

www.secca.es

SECCA 2021

www.congresos-secca.com

22 CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE

2021



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

LIBRO DE RESÚMENES



EVENTO PATROCINADO POR:



SEDE
HOTEL EUROSTARS
PALACIO DE CRISTAL





SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

Solicitados créditos Seaformec



Sociedad Española de Cirugía de Cadera y de Rodilla

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



COMUNICACIONES ORALES

PRIMERA MESA DE COMUNICACIONES

28 OCTUBRE 15:00-16:20

Presidente: Eduardo García Cimbreló (Madrid)

Moderador: Diego Collado Gastalver (Barcelona)

10-OR

APLICACIONES DE MODELOS 3D EN LA CIRUGÍA DE PELVIS Y CADERA

Adela Mesado Vives, Nuria Olmedo García, Encarna Cruz Renovell

Hospital General Universitario De Castellón

Objetivos

Intentar mejorar los tiempos quirúrgicos en cirugías de pelvis y caderas complejas .
Mejorar la planificación pre e intraoperatoria de cirugías más complejas. Conocer mejor la anatomía quirúrgica.

Material y Métodos

Se ha utilizado el TC para conformar los modelos 3D de los casos elegidos. Se han elegido 4 casos de patologías diferentes:

1. Displasia femoral
2. Displasia/Luxación inveterada de cadera en chico de 19 años
3. Fractura de pelvis
4. NAV cadera con defecto acetabular

Se realiza TC en corte finos para luego su procesamiento con diferentes programas informáticos hasta conseguir el modelo 3D. Impresión del modelo con impresora 3D. Utilización del modelo para planificar la osteosíntesis en cada caso. En el caso de la fractura de pelvis se ha preconformado la placa de forma prequirúrgica disminuyendo el tiempo quirúrgico.

En todos los casos se ha conseguido un menor tiempo quirúrgico y una mejor osteosíntesis excepto en un caso que hubo que reoperar ya que el injerto autólogo óseo no fué suficiente.



Resultados

Se muestran los resultados clínicos y radiológicos de los casos.

Comentarios y Conclusiones

La impresión 3D lleva muchos años en uso pero todavía no se usa de forma habitual en nuestra especialidad. Con este trabajo pretendo dar a conocer una herramienta más que puede ser muy útil en nuestra especialidad, sobre todo en fracturas y en casos más complejos de pelvis y cadera. Requiere de un manejo de ciertos programas informáticos no muy complejos y de una impresora 3D (muy asequible económicamente).

Gracias a la impresión de modelos 3D hemos realizado cirugías complejas con mayor conocimiento de la fractura a tratar y menor tiempo quirúrgico.

Es importante la planificación preoperatoria y pensamos que con estos modelos tenemos una herramienta muy útil ante ciertas cirugías. Es una herramienta factible en prácticamente todos los hospitales.

12-OR

¿SON LOS 90 LOS NUEVOS 80? ESTUDIO RETROSPECTIVO EN FRACTURA SUBCAPITALES DE CADERA EN EL PACIENTE ORTOGERIATRICO

Marta Yáñez Hernández, Beatriz Fernández Maza, Sergio Sánchez Belmonte, Fernando Trell Lesmes, Jesús Campo Loarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos

Estudiar y analizar los resultados obtenidos con la realización de hemiartroplastias tras fracturas subcapitales de cadera en pacientes previamente deambulantes nonagenarios y compararlos con la literatura existente en este rango de edad.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo en donde analizamos los resultados de 62 caderas intervenidas entre abril y septiembre de 2018. Son fracturas intracapsulares desplazadas no patológicas.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



De ellas 26 son pacientes con 90 o más años en el momento de la intervención. Se revisaron 62 fracturas intracapsulares no patológicas de cadera intervenidas entre abril y septiembre de 2018, de las cuales 26 fueron en pacientes con 90 años o más en el momento de la cirugía.

Analizamos la distribución por sexos, lateralidad, estancias medias, supervivencia a 6 meses, reanudación de la deambulación, destino tras alta hospitalaria, necesidades transfusionales así como la existencia de complicaciones post-operatorias: TVP, infección, fracturas peri protésicas, luxación.

Todas ellas fueron intervenidas en las primeras 3 primeros días tras la fractura, con anestesia espinal, profilaxis antibiótica, en decúbito lateral, con abordaje de Hardinge. Los cirujanos fueron siempre residentes en formación. El implante fue siempre el mismo: vástago cónico pulido cementado (Exeter, Stryker®).

Resultados

De las 62 hemiartroplastias intervenidas en pacientes mayores de 75 años, 58 tenemos datos de seguimiento a 6 meses, con una edad media de 88 (75-102), siendo 44 mujeres. Se realizó la intervención dentro de las 78 horas, siendo la raquianestesia la más utilizada (77,5%).

El tiempo quirúrgico medio fue de menos de 60 minutos, solo 27,5% no se sentaron al 1º día post-operatorio. El retorno a la deambulación se produjo en 43 pacientes (74,13%). Las necesidades de transfusión post-operatoria fueron en 28 pacientes, permaneciendo ingresados 4,7 días.

No hubo reingresos en los 30 primeros días, y solo una reintervención por una fractura peri-implante a los 3 meses. La mortalidad en los 6 primeros meses de 1 caso. No tuvimos facturas intraoperatorias, ni luxaciones, ni infecciones en esta serie. Solo un caso de TVP sin repercusión pulmonar.

Comentarios y Conclusiones

La comparación de nuestros resultados con la revisión bibliográfica no muestra diferencias significativas entre el abordaje lateral directo y el abordaje anterior directo en los 6 primeros meses post-operatorios. Debido a que en estos pacientes,

en su mayoría mujeres de edad avanzada y con hueso osteoporótico son los principales factores de riesgo para sufrir complicaciones para el abordaje anterior directo, consideramos mantener nuestro abordaje habitual para el tratamiento de la hemiarthroplastia tras la fracturas.

26-OR

RESULTADO DEL VASTAGO CORTO CON PRESERVACION DEL CUELLO FEMORAL CFP CON UN SEGUIMIENTO MINIMO DE 10 AÑOS

Miquel Pons Cabrafiga

Hospital Universitari Sant Rafael, Barcelona

Objetivos

Las técnicas de preservación ósea en prótesis totales de cadera primarias han experimentado un gran auge en los últimos años. Entre estas técnicas destaca la utilización de vástagos cortos. En el momento presente no existen muchos trabajos con un seguimiento a largo plazo de estos sistemas. El objetivo de este trabajo es analizar retrospectivamente el resultado del sistema de vástago corto con preservación de cuello femoral Collum Femoris Preserving (CFP) en una cohorte de pacientes intervenidos en nuestro centro con un seguimiento mínimo de 10 años.

Material y Métodos

Entre los años 2001 y 2010 se realizaron 175 prótesis con vástago CFP en 157 pacientes en nuestro hospital. Todos los pacientes fueron intervenidos por un único cirujano. La edad media en el momento de la cirugía fue de 56.47 años (rango 22-77).

Resultados

Se han evaluado 175 prótesis con un seguimiento mínimo de 10 años y una media de 13.89 años (rango 10-19), habiéndose perdido 16 casos. Durante el seguimiento ha habido 8 recambios de polietileno, 2 de cótilo por aflojamiento, 2 osteosíntesis por fractura sin aflojamiento y 5 recambios de vástago: 1 por infección crónica, 2 por fractura y 2 por aflojamiento aséptico.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Comentarios y Conclusiones

Hasta donde sabemos este es el primer trabajo de seguimiento de un vástago corto implantado en nuestro país con un mínimo de 10 años de evolución. Los recambios de este vástago por aflojamiento aséptico han sido 2/159 y, por tanto, la supervivencia por este motivo es del 98.75% a los 10 años.

11-OR

COMPLICACIONES DE LA OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURAS SUBCAPITALES DE FÉMUR CON TORNILLOS CANULADOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Sergio Sánchez Belmonte, Gonzalo Gutierrez Baiget, Ainhoa Guijarro Valtueña, Jaime De De La Esperanza Rubio, Alejandra Rapicano Rico
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la incidencia de complicaciones del tratamiento de las fracturas subcapitales de fémur mediante osteosíntesis con tornillos canulados, así como su relación con los posibles factores predictores de fracaso de la osteosíntesis.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se recogieron todas las fracturas subcapitales de fémur tratadas mediante osteosíntesis con tornillos canulados entre Enero de 2017 y Febrero de 2021 en nuestro centro.

Se evaluó la incidencia de necrosis ósea avascular de la cabeza femoral (NOA), pseudoartrosis y fractura periimplante, así como su relación con el ángulo de Pauwells, el grado de desplazamiento de la fractura según la clasificación de Garden y la edad de los pacientes.



Resultados

Se obtuvieron 81 pacientes con una mediana de edad de 76 años, de los cuales se excluyeron 7 por pérdida durante el seguimiento, incluyendo finalmente un total de 74 pacientes. Fueron seguidos una media de 40 semanas tras la cirugía.

Durante el seguimiento 5 pacientes (6,8%) presentaron una NOA, 1 (1,4%) presentó una pseudoartrosis y 1 (1,4%) presentó una fractura periimplante.

En cuanto al grado de desplazamiento, 41 pacientes (54,7%) presentaron fracturas Garden I, 24 pacientes (32%) Garden II y 9 pacientes (12%) Garden III.

La media del ángulo de Pauwels fue de 37, 93° , presentando 22 (29,3%) pacientes un Pauwels I, 48 pacientes (64%) un Pauwels II y 4 pacientes (5,3%) un Pauwels III.

Se observó una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre la incidencia de NOA y la presencia de un grado III de desplazamiento según la clasificación de Garden.

Comentarios y Conclusiones

La presencia de desplazamiento en las fracturas subcapitales de fémur (grado III según la clasificación de Garden) tratadas mediante osteosíntesis con tornillos canulados fue el único factor predictor que se relacionó con un aumento de la incidencia de complicaciones durante el seguimiento de los pacientes.

15-OR

CONVERSIÓN DE HEMIARTROPLASTIA A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: TASAS DE RE-REVISIÓN SIMILARES PERO MÁS LUXACIONES. ESTUDIO CASOS-CONTROLES

Lorena Bellostas Muñoz, Eduardo Garcia Rey, Ana Cruz Pardos,

Fátima María Pérez Barragáns

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

Aunque la tasa de conversión de una hemiarthroplastia (HA) después de una fractura

del cuello femoral a una artroplastia total de cadera (ATC) es baja, este procedimiento se ha asociado con un mayor riesgo de reintervención en comparación con la ATC de revisión. Nos preguntamos si las tasas de re-revisión y complicaciones son más altas en los pacientes sometidos a conversión de ATC que en los que se realiza una revisión por aflojamiento aséptico.

Material y Métodos

Un total de 39 pacientes que se sometieron a la conversión de una HA a una ATC (grupo 1) se compararon con 162 pacientes que se habían sometido a una cirugía de revisión de ATC por aflojamiento aséptico (grupo 2) en un estudio retrospectivo de casos y controles emparejados. La edad, el sexo, la extensión del defecto óseo preoperatorio y la técnica quirúrgica fueron similares en todos los pacientes. En ambos grupos, se realizó la técnica de injerto óseo impactado acetabular (IOI) en caderas con defectos óseos Paprosky 3A o 3B, y una copa no cementada convencional o una copa de doble movilidad (CDM) en defectos óseos más pequeños. En el grupo 1 había 33 pacientes del sexo femenino y la edad media fue de 82 (DE 5,6) años. Se realizó IOI en 28 caderas, se implantó un cotilo no cementado en seis y un cotilo de doble movilidad en cinco. También se comparó el análisis radiológico de la reconstrucción acetabular. El seguimiento medio fue de 9 años (3 a 15).

Resultados

En el último seguimiento, la puntuación media del Harris Hip Score ($p = 0,2$), la discrepancia media en la longitud de las piernas ($p = 0,2$) y el número de pacientes con una cojera visible ($p = 0,4$) fueron similares entre los grupos. La supervivencia para la cirugía de revisión por cualquier causa a los 9 años fue de 97,4 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 92,4 a 100, 10 caderas en riesgo) en el grupo 1 y 91,9 (IC del 95%: 87,1 a 96,7, 80 caderas en riesgo) en el grupo 2 ($p = 0,4$). Hubo ocho luxaciones en cada grupo. En el grupo 1, hubo tres luxaciones (una revisada) en caderas con IOI, cuatro (una revisada) en caderas con copa no cementada convencional y una en caderas con CDM. La supervivencia para la luxación a los 9 años fue de 78,9 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 65,6 a 92,3; 10 caderas en riesgo) en el grupo 1 y 94,8 (IC del 95%: 91,2 a 98,4; 93

caderas en riesgo) en el grupo 2. La distancia vertical preoperatoria mejoró de 25,7 mm a 17,3 en el grupo 1, y de 37,2 mm a 24,4 en el grupo 2 ($p = 0,001$). De manera similar, la distancia del centro de rotación de la cadera preoperatoria mejoró de 11,8 mm a 5,2 mm en el grupo 1, y de 21,0 mm a 7,9 mm en el grupo 2 ($p = 0,001$) después de la cirugía.

Comentarios y Conclusiones

La cirugía de reconstrucción acetabular puede proporcionar buenos resultados en conversiones a artroplastia total de cadera, si bien la tasa de luxación es preocupante. La técnica quirúrgica puede afectar estos resultados. Se requieren más investigaciones para el uso de cotilos de doble movilidad en comparación con los insertos fijos convencionales.

13-OR

FRACTURAS PERI-PROTÉSICAS POST OPERATORIAS DE FÉMUR VANCOUVER B2. RESULTADOS CLÍNICOS, RADIOGRÁFICOS Y FUNCIONALES A CORTO PLAZO EN UNA SERIE DE PACIENTES

Nelson Lasluisa Molina (1), Jenaro Fernández Valencia (2), Diana Crego Vita (3)

1. Hospital Santa Bárbara, Soria

2. Hospital Clinic, Barcelona

3. Hospital Central de la Defensa, Madrid

Objetivos

Primario: Describir y analizar los resultados clínicos, radiográficos y funcionales post operatorios a corto plazo en una serie de pacientes con fracturas peri-protésicas Vancouver B2, tratadas en nuestra institución en el período 2015-2019.

Secundario: Describir el porcentaje de fracturas peri-protésicas atípicas y su posible relación con el tratamiento crónico con bifosfonatos.

Material y Métodos

Selección de pacientes:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. Se trataron un total de 29 fracturas peri-protésicas de las cuales 17 fueron clasificadas como B2 e incluidas en nuestro estudio. Se excluyeron de nuestro análisis las fracturas peri-protésicas intra-operatorias y las distintas al subtipo B2.

Los resultados clínicos, funcionales y radiográficos fueron evaluados retrospectivamente con los registros obtenidos al año de seguimiento.

Características demográficas:

Se analizaron: sexo, edad al momento de la fractura, IMC, tiempo entre cirugía primaria y fractura peri protésica, indicación de cirugía primaria, tipo de vástago previo a la fractura, trazos de fractura atípicos.

Tipo de tratamiento quirúrgico:

Primer grupo, 11 pacientes (64,7%) fueron tratados mediante recambio del vástago más cerclajes, en 1 caso además se precisó el recambio del polietileno. En ningún caso se recambió el componente acetabular.

Segundo grupo, seis pacientes (35,2%) fueron tratados mediante reducción abierta y osteosíntesis mediante placa peri-protésica LCP mas cerclajes.

Características clínicas y funcionales previo a la fractura según el tipo de tratamiento:

Se analizó ASA score e índice de Barthel.

Seguimiento:

Se analizaron de forma retrospectiva los registros clínico y radiográfico all primer mes, 3 meses, 6 meses y al año post quirúrgico.

No se encontraron registradas escalas post operatorias que permitan determinar la situación clínica ni funcional al año de la cirugía.

Se utilizó el porcentaje y tipo de complicaciones durante el primer año post operatorio tales como: infección, luxación, re-fractura, cirugía de revisión, éxitus en cada grupo de tratamiento.



Se analizó la capacidad de deambulaci3n despu3s la cirugía como medida de la situaci3n funcional.

Para los resultados radiogr3ficos se analizaron el grado de consolidaci3n alcanzado, retardo de consolidaci3n/pseudo-artrosis, desplazamientos secundarios y fallo de la osteosíntesis, estabilidad del nuevo implante/hundimiento del mismo.

Resultados

El grupo de osteosíntesis tiene: m3s edad, puntuaciones de Barthel m3s bajas y un ASA score m3s elevado al momento de la fractura comparado con el grupo de recambio prot3sico, con diferencias estadísticamente significativas. (p: 0,006, p:00,2 y p:0,007 respectivamente)

No se encontraron diferencias al comparar el IMC al ingreso (p:0,247); ni tampoco al comparar la longevidad del v3stago inicial (p:0,132).

Complicaciones post operatorias:

4 pacientes (23,5%) presentaron complicaciones durante el primer ańo post operatorio. 3 en el grupo de osteosíntesis y 1 en el grupo de recambio prot3sico.

Resultados funcionales:

Al ańo post operatorio en el grupo de recambio prot3sico, 7 pacientes (63,64%) presentaban deambulaci3n con dispositivos de ayuda y 4 pacientes (36,3%) se movilizaban en silla de ruedas.

En el grupo tratado de osteosíntesis, 2 pacientes (33,3%) realizaban deambulaci3n asistida con dispositivos de ayuda y 2 pacientes (33,3%) se desplazaban es silla de ruedas.

Resultados radiol3gicos:

En el grupo de osteosíntesis: 2 pacientes (33,3%) presentaban signos de consolidaci3n completa, 2 pacientes (33,3%) presentaban signos de retardo de la consolidaci3n con progresi3n del aflojamiento del v3stago.

En el grupo de recambio prot3sico, en 8 pacientes (72,7%) se observ3 una fijaci3n estable con signos de consolidaci3n de la fractura y en 3 pacientes (27,2%) se observ3 hundimiento progresivo del v3stago respecto a los controles radiogr3ficos iniciales.

Comentarios y Conclusiones

En nuestra serie las fracturas peri-protésicas femorales tipo B2 se asociaron con altas tasas de morbilidad y mortalidad a corto plazo independientemente del tipo de tratamiento quirúrgico utilizado, razón por la cual es imprescindible una minuciosa valoración de la estabilidad del implante tanto preoperatoria como intraoperatoriamente.

La osteosíntesis en este tipo de fracturas solo estaría indicada en pacientes que cumplan estrictamente las indicaciones propuestas para este tipo de tratamiento.

Se debería buscar de forma sistemática trazos de fractura atípicos en el contexto de fracturas peri protésicas para evitar que sean infra diagnosticados.

4-OR

¿MEDIMOS CORRECTAMENTE LA MEJORÍA FUNCIONAL DE NUESTROS PACIENTES TRAS UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA?

Almudena Bañon González, Miguel Cañones Martín, Carlos Collado Escudero, Jorge Martín Lozoya, Oliver Marín Peña, Ricardo Larrainzar Garijo
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

Objetivos

La medición de los resultados funcionales mediante cuestionarios PROMs, se ha convertido en la única forma de valorar objetivamente los resultados en Artroplastia Total de Cadera (ATC). Las escalas actuales en artroplastia de cadera no evalúan de forma precisa los resultados en pacientes activos. En la actualidad, existen cuestionarios PROMs para cirugía preservadora de cadera, como iHOT33 y HOS, que podrían ofrecernos más información sobre el resultado funcional tras ATC

Objetivo. Valorar los resultados funcionales tras artroplastia de cadera utilizando escalas específicas iHOT 33 y HOS para pacientes activos validadas al español, no utilizadas hasta ahora para ATC.



Material y Métodos

Realizamos un estudio descriptivo, observacional, longitudinal retrospectivo de una cohorte de 49 pacientes intervenidos en nuestro centro en el periodo 2013-2016 mediante artroplastia total de cadera. Los criterios de exclusión fueron: negativa del paciente a participar y derivación del paciente a intervenir en otro centro. Se recogieron datos demográficos, de la técnica quirúrgica, así como las complicaciones. Para la valoración clínica, utilizamos las escalas validadas al español iHOT-33 y HOS preoperatoriamente y al año de la intervención.

Resultados

Analizamos una cohorte homogénea de 49 pacientes intervenidos mediante artroplastia total de cadera (mismo cirujano y mismo protocolo). Del total de la muestra, 26 de ellos eran varones (53,07%) y en 26 afectaba el lado izquierdo (53,07 %). La edad media fue de 47,04 años. Se estableció la diferencia entre los valores preoperatorios y al año en las escalas iHOT33 y HOS-ADL y HOS Sport. El valor medio diferencial obtenido en la escala iHOT33 fue de 46.9 puntos. La puntuación media de iHOT 33 supera la Diferencia Mínima Clínicamente Detectable (MCID) y el Beneficio Clínico Sustancial (SCB). Se comprueba que, de forma individual, sólo dos pacientes (4 %) no superaban la MCBI y la SCB. Respecto a las complicaciones postquirúrgicas, 3 de ellos (un 6.12 % del total) presentaron algún tipo de complicación: 1 drenaje persistente de la herida, 1 neuroapraxia temporal y una luxación protésica. El seguimiento medio de estos pacientes fue de 6,75 años, con un seguimiento mínimo de 5,5 años y máximo de 10 años.

Comentarios y Conclusiones

El uso de cuestionarios PROM específicos para medir la actividad de los pacientes intervenidos de cadera, como iHOT33 y HOS, nos permite tener una valoración más precisa del grado de mejora clínica de los pacientes tras artroplastia total de cadera.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



SEGUNDA MESA DE COMUNICACIONES

28 OCTUBRE 18:40-20:15

Presidente: Humberto Ferrer Escobar (Barcelona)

Moderador: Jorge Albareda Albareda (Zaragoza)

16-OR

¿PORQUÉ SE ROMPEN LOS VÁSTAGOS FEMORALES? ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO A PARTIR DE 9 CASOS.

*Lucas Martorell De Fortuny, Alexandre Coelho Leal, Ivet Pares Alfons, Albert Fontaellas Fes, Alfonso Leon Garcia, Fernando Marques Lopez
Hospital del Mar, Barcelona*

Objetivos

La rotura del componente femoral es una complicación que supone un reto para el cirujano de cadera. Por su baja frecuencia la literatura disponible al respecto se basa en “case reports” y series de casos cortas. Es por ello que nos proponemos revisar nuestra serie de 9 casos con el objetivo de describir los factores de riesgo de ruptura del componente femoral en prótesis totales de cadera en nuestro medio. El objetivo secundario es evaluar el nivel funcional tras el tratamiento

Material y Métodos

Se han identificado los casos de rotura del componente femoral de nuestro centro entre 2002 y 2020.

Hemos definido las variables de interés: edad, sexo, índice de masa corporal, modularidad, cementación o no, estabilidad, mecanismo causal, punto de rotura, complicaciones, funcionalidad y dependencia postoperatoria.

La información se ha recogido de la historia clínica, informes preanestésicos, informes de alta y hojas quirúrgicas.

La estabilidad del vástago en el momento de la rotura se ha valorado mediante las escalas de Harris y Engh que miden el nivel de integración/grado de aflojamiento en radiografía simple. La funcionalidad mediante las escalas de Postel Merle d’Aubigné y Barthel.

Para el análisis descriptivo se han usado representaciones gráficas, distribuidores de frecuencia y medidas de posición.



Resultados

La edad media ha sido 71 años con una prevalencia del 2:1 en hombres. 55,55% tenían un índice de masa corporal superior a la normalidad y el 66,66% se han roto de forma espontánea. Estos primeros resultados muestran que los factores que someten al implante a fuerzas de mayor magnitud pueden ser factores de riesgo de rotura pero no son la causa por sí solos, va a ser necesario acompañen ciertas condiciones del implante. Todos los vástagos con componentes modulares se han roto por el punto de unión entre componentes, esto se debe a que la modularidad permite un micromovimiento que puede provocar liberación de micropartículas y corrosión. De los no modulares el 60% en el tercio medio, el resto en la unión del cuello con la metáfisis. En la literatura el punto de rotura más frecuente en implantes no modulares, a diferencia de en nuestra serie, es la zona de unión cuello-metáfisis, sobre todo en casos de cuellos largos y offset aumentado. El 22,22% de los vástagos estaban completamente estables en el momento de la ruptura. El 66,66% eran implantes cementados.

55,55% ha tenido complicaciones postoperatorias, la infección protésica es la más frecuente. El 66,66% fueron más independientes al alta y la funcionalidad media a los 3 años era moderada.

Comentarios y Conclusiones

Hemos identificado varios factores de riesgo (sexo masculino, índice de masa corporal, modularidad y aflojamiento) pero ninguno determinante. El punto de unión entre componentes modulares parece el de máximo riesgo de ruptura y el aflojamiento del implante ha sido el factor que con más frecuencia se ha asociado a esta complicación. En cuanto a los resultados funcionales tras la cirugía de rescate la dependencia ha disminuido al alta y la funcionalidad ha mejorado lo que podría explicarse con los hallazgos previos de que la mayoría de vástagos que se han roto tenían cierto grado de aflojamiento.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



8-OR MANEJO DE COMPLICACIONES EN FRACTURAS SUBTROCANTÉREAS: UNA SERIE DE CASOS

Maria Martín Gaitero, Miguel Viño Loureiro, Lidia De La Cruz Gutierrez, Elena Esparcia Arnedo, Luis Javier Díez Romero, Alfonso Sánchez Robles
Complejo Asistencial Universitario de León, León

Objetivos

Las fracturas subtrocantéreas son relativamente frecuentes, ocupando el 10% del total de fracturas de cadera. Su incidencia ha ido creciendo, coincidiendo con el envejecimiento de la población, y con la tendencia al alza de seguir aumentando en las próximas décadas. Son fracturas que habitualmente ocurren tras traumatismos de baja energía en pacientes ancianos y que suponen un importante impacto en su calidad de vida.

El “gold standard” del tratamiento es el enclavado endomedular, y a pesar de las mejoras en con las últimas generaciones de clavos, el riesgo de complicaciones es elevada, especialmente para las pseudoartrosis. Esto se explica por los factores mecánicos y biológicos propios de la región subtrocantérica.

Esta región es la que más cargas soporta en el cuerpo humano, con menor índice de hueso esponjoso y menor aporte sanguíneo. La parte posteromedial se comprime, mientras que las fuerzas de tracción musculares distraen el fragmento proximal, dificultando la reducción y la fijación de la fractura, suponiendo un reto para todo cirujano ortopédico. La deformidad en varo es un importante predictor de complicaciones. Nuestro objetivo es reportar las complicaciones postquirúrgicas, su manejo y resultados, en las fracturas subtrocantéreas intervenidas en nuestro Hospital desde el 2015 al 2018.

Material y Métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 127 pacientes con el diagnóstico de fractura subtrocantérea, traumática, no patológica, tratadas con enclavado endomedular durante un periodo de cuatro años.

10 de los 127 pacientes presentaron complicaciones, siendo el retardo en la consolidación



la complicación más frecuente, registrada en 7 ocasiones.

El tratamiento en tres pacientes consistió en la retirada del clavo, en dos casos se sustituyó por otro de mayor grosor e injerto óseo, y en otro por un DCS. En un paciente se mantuvo el clavo junto a una placa cable, cerclajes e injerto óseo. En dos pacientes se decidió abstención terapéutica y en otra ocasión se dinamizó el tornillo distal para conseguir la consolidación.

Las complicaciones restantes se recogieron unitariamente: una fractura periclavo tratada con recambio del clavo y un desplazamiento secundario tratado con resección ósea del fragmento protuyente e injerto.

Por último, registramos una infección tratada con antibioterapia, fijador externo y espaciador, y posteriormente con un clavo de reconstrucción e injerto óseo.

Resultados

La pseudoartrosis supone el 70% de las complicaciones en nuestro análisis, el 71% de ellas no tuvieron una reducción postoperatoria óptima, con inclinación a la deformidad en varo. El 42% asoció también rotura del material de osteosíntesis.

Los casos tratados con recambio del clavo por uno de mayor diámetro e injerto óseo consolidaron antes de los 6 meses, con buena movilidad y sin otras complicaciones. Aquellos que se trataron sustituyendo el clavo por otro sistema de osteosíntesis mostraron peores resultados, necesitando una nueva intervención para terminar ambos en la implantación de una prótesis tumoral.

Comentarios y Conclusiones

Nuestra serie de casos sugiere, coincidiendo con la literatura, que la complicación más frecuente son las alteraciones en la consolidación, pudiendo asociar fallos en el material de osteosíntesis.

Biomecánicamente, una óptima reducción preoperatoria facilita la osteosíntesis y disminuye la deformidad en varo postoperatoria.

El recambio del clavo por uno de mayor grosor y aporte de injerto óseo es una opción válida de tratamiento, con menor riesgo fallo en la osteosíntesis y reintervención.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



19-OR

FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES CENTENARIOS, ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

*Marta Sarasa Roca, María Del Carmen Angulo Castaño, Marta Zamora Lozano, Raúl Lorenzo López, Jorge Albareda Albareda, Antonio Torres Campos
HCU Lozano Blesa, Zaragoza*

Objetivos

El aumento de la esperanza de vida está incrementando la incidencia de fractura de cadera en pacientes centenarios. Nuestro objetivo es comparar las características basales de una serie de pacientes centenarios con fractura de cadera frente a controles de menor edad, analizando si existen diferencias en cuanto a complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y supervivencia a corto-medio plazo.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, tipo caso control sobre 24 pacientes centenarios y 48 controles octogenarios con fractura de cadera. Se analizaron presencia de comorbilidades e índice de Charlson, demora quirúrgica, complicaciones, estancia hospitalaria y mortalidad durante el ingreso. Al alta se valoró la mortalidad precoz, la supervivencia después del año y el retorno a la funcionalidad previa.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas en parámetros basales ni comorbilidades ($p > 0,05$) siendo el paciente tipo una mujer con fractura extracapsular. La estancia hospitalaria fue mayor en el grupo control ($p = 0,038$) y la complicación más frecuente la anemia que precisó transfusión sanguínea (23/24 en los centenarios, $p < 0,0001$). La mortalidad intrahospitalaria y acumulada al año en los centenarios fue del 33% y 67% respectivamente, frente al 10% y 25% en octogenarios [$p = 0,017, OR = 4,3(1,224-15,101)$ y $p = 0,110$]. Sólo 2 pacientes centenarios consiguieron volver a caminar tras la intervención, frente a un 53,84% que volvió a la situación funcional previa en los controles ($p = 0,003$).



Comentarios y Conclusiones

Frente a un grupo control de pacientes de menor edad, la mortalidad intrahospitalaria y en el primer año tras una fractura de cadera es significativamente mayor en los centenarios y muy pocos recuperan la actividad previa a la fractura.

31-OR

¿SE PUEDE PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LA CADERA CONTRALATERAL TRAS UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA?

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez (1), Vicent Climent Peris (2), Lucía Lanuza Lagunilla (3), Álvaro Cambor Valladares (3), Antonio Meneses Gutiérrez (3), Abelardo Joaquín Suárez Vázquez (3)

- 1. Hospital Universitario San Agustín, Avilés*
- 2. Hospital Verge dels Lliris, Alcoy*
- 3. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*

Objetivos

Cuando en su práctica diaria clínica los traumatólogos recomiendan la artroplastia como tratamiento a la coxartrosis, los pacientes suelen preguntar por el destino que seguirá su otra cadera. ¿Se deteriorará de la misma manera? ¿Será necesario operarla? ¿Cuándo? Valorar si es posible predecir que va a pasar en un futuro con “la otra” cadera en nuestra población de una manera sencilla y confrontar nuestros hallazgos con la bibliografía publicada.

Material y Métodos

Se solicitó al servicio de documentación del Hospital de Cabueñes un listado de pacientes intervenidos de Artroplastia Total de Cadera en 2011 y 2012, siendo un total de 543. Se incluyen aquellos pacientes en los que la indicación de cirugía es coxartrosis idiopática.

Se analizó la edad, sexo, lado, tiempo de evolución y grado de coxartrosis según la clasificación de Tonnis y JOA.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Resultados

La población a estudio consta de 252 pacientes (52% mujeres y 48% varones). Los pacientes se intervinieron a una edad media de 67 años. De estos pacientes, 58 intervinieron quirúrgicamente la cadera contralateral (23%), siendo el lado izquierdo el 57,1%.

El seguimiento medio fue de 4,14 años, con una mediana de 4,49 años.

En conjunto, un 69,8% de los pacientes mantuvieron su estadio Tonnis y un 30,2% aumentaron el estadio.

Comentarios y Conclusiones

El incremento en el estrechamiento articular y en la forma de la cabeza femoral está fuertemente relacionado con implantarse una prótesis en la cadera contralateral.

Por cada unidad de aumento, el riesgo de tener prótesis aumenta en 2,75 veces en el estrechamiento articular ($p=0,003$) y en 2,6 en la forma ($p=0,015$).

Por cada estadio que aumente en la clasificación de JOA, las odds de ser operado aumentan en 8,08 y 8,42 ($p<0,001$) para cada estadio que aumente en la clasificación de Tonnis.

Si atendemos al área bajo la curva, la escala de Tonnis también es mejor para predecir la evolución de la cadera contralateral 0,87 vs 0,85, pero la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

Por tanto hay una clara tendencia al aumento del riesgo con el aumento de cualquiera de las escalas, especialmente al disminuir el espacio articular o alterarse la morfología de la cabeza femoral.



14-OR

INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON SARS-COV-2 Y PRINCIPALES RESULTADOS TRAS CIRUGÍA EN UN DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

*Kushal Lakhani Mahtani, Joan Minguell Monyart, Ernesto Guerra Farfán, Unai Jambrina Abasolo, Yuri Lara Taranchenko, Jorge Núñez Camarena
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*

Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar la incidencia y la información clínica de una serie de casos que desarrollaron infección nosocomial por SARS-CoV-2 en un departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología en España.

Material y Métodos

En este estudio retrospectivo, no-intervencional, llevado a cabo en un hospital de tercer nivel perteneciente al Sistema Nacional de Salud de España, se incluyeron todos los pacientes admitidos en el departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología entre el 9 de marzo y el 4 de mayo de 2020. Se recogieron de los registros médicos informatizados los datos clínicos, biológicos y radiológicos, así como los datos de mortalidad.

Resultados

Se analizó un total de 293 periodos de hospitalización en 288 pacientes. La edad media fue 66.1 años y el 57.3% de los pacientes fueron mujeres. Diecinueve pacientes (6.48%) cumplieron los requisitos para ser categorizados como pacientes que desarrollaron infección nosocomial por SARS-CoV-2. En el análisis comparativo entre estos pacientes y aquellos pacientes que no desarrollaron infección nosocomial por SARS-CoV-2, la edad, la estancia hospitalaria y las tasas de mortalidad mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). La mediana de tiempo entre la admisión del paciente y el desarrollo de la infección nosocomial por SARS-CoV-2 en nuestra cohorte fue de 16 días (6 – 86 días). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el sexo, tipo de residencia habitual o motivo de ingreso. A pesar de observar que la

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



mayor parte de infecciones nosocomiales por SARS-CoV-2 (78.9%) se produjeron en marzo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar periodos de hospitalización.

Comentarios y Conclusiones

Hemos encontrado una tasa del 6.48% de infección nosocomial por SARS-CoV-2, pero con una reducción importante en su incidencia tras la implementación de protocolos específicos que incluían la realización de cribaje universal mediante test RT-PCR para SARS-CoV-2. La edad y la estancia hospitalaria fueron identificados como factores de riesgo para el desarrollo de infección nosocomial por SARS-CoV-2. Para la progresiva restauración de la actividad quirúrgica programada, recomendamos seleccionar cuidadosamente a los pacientes en cirugía electiva y promover protocolos “fast-track” con alta precoz en pacientes intervenidos en cirugía no electiva en la medida que sea posible.

29-OR

LA PANDEMIA COVID-19 Y LAS FRACTURAS DE CADERA: CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y COMPLICACIONES

*Álvaro Cambor Valladares, Lucía Lanuza Lagunilla, Pablo José Suárez-Anta Rodríguez,
Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias, Julián Cabria Fernández
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*

Objetivos

La pandemia causada por el coronavirus SARS-Cov-2 ha generado una presión sin precedentes sobre los sistemas socio-sanitarios. En pacientes de edad avanzada se han comunicado tasas más elevadas de morbimortalidad. Aquellos que presentan una fractura de cadera son especialmente vulnerables. El objetivo de este estudio fue analizar la gestión, atención, características demográficas y tasa de complicaciones asociadas en pacientes mayores de 65 años que acudieron a nuestro centro con una fractura de cadera



durante el decreto del primer estado de alarma por el COVID-19 entre el 14 de Marzo y el 21 de Junio del año 2020.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo en el que fueron incluidos pacientes mayores de 65 años que fueron atendidos en nuestro centro por presentar una fractura de cadera durante el decreto del primer estado de alarma por el coronavirus SARS-Cov-2. Comparamos los resultados con una cohorte de pacientes de similares características tratados durante el mismo período estacional del 2019.

Resultados

En el año 2019 se registraron un total de 102 fracturas de cadera, con una edad media de 85 años. El 87,5% se trató de forma quirúrgica en nuestro hospital, con un tiempo medio de espera hasta la intervención de 4,6 días y una estancia media de 11,3 días. Un 6% de los pacientes demoró su visita a urgencias más de 24 horas desde el traumatismo que provocó la fractura. A los 6 meses se evidenció una tasa de mortalidad del 33% en este grupo.

En el 2020 se registraron 107 fracturas de cadera, con 86 años de edad media. El 74,6% se intervino quirúrgicamente en nuestro centro, con una espera media de 2,8 días y 10,9 de estancia hospitalaria. En esta cohorte, un 16% de pacientes acudió a urgencias más allá de 24 horas tras el traumatismo inicial. Asimismo se registró un 26% de mortalidad a los 6 meses.

En ambos grupos de estudio, el traumatismo que generó la fractura tuvo lugar en el domicilio/residencia geriátrica en un 67% de los casos. La tasa de complicaciones mayores y de éxitus fue de 8,9% y 6,7% respectivamente en 2019, y de 9,4% y 7,8% en 2020.

Comentarios y Conclusiones

El número de fracturas de cadera se incrementó pese a la declaración del estado de alarma en comparación con el descenso en el resto de urgencias traumatológicas. Esto se debe a que por las características epidemiológicas de estas fracturas, el traumatismo que las genera tiene lugar en el domicilio de los pacientes, no en la vía pública o

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



durante la práctica deportiva, y por ello apenas se vieron afectadas por el confinamiento domiciliario.

Durante este periodo el tiempo medio de espera hasta la cirugía fue menor, debido a una mayor disponibilidad de quirófanos al suspenderse la totalidad de las intervenciones programadas. No hubo variación relevante en las características demográficas de los pacientes, ni en la tasa de complicaciones y éxitos notificados. Tampoco se registraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a los 6 meses.

1-OR

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE TRAS CIRUGÍA PRESERVADORA DE CADERA: ¿ALCANZAMOS LA DIFERENCIA MÍNIMA CLÍNICAMENTE DETECTABLE (MCID) Y EL BENEFICIO CLÍNICO SUSTANCIAL (SCB)?

*Almudena Bañón González, Miguel Cañones Martín, Carlos Collado Escudero, Miguel Benito Mateo, Oliver Marín Peña, Ricardo Larrainzar Garijo
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid*

Objetivos

Una de las claves en la cirugía preservadora de cadera en el paciente joven es alcanzar las altas expectativas preoperatorias. Los actuales cuestionarios PROMs para cirugía preservadora de cadera, como iHOT33 y HOS, no presentan el efecto techo que de las escalas clásicas y podrían ofrecer mas información sobre si hemos alcanzado las expectativas

Objetivo

Valorar si se alcanzan la Diferencia Mínima Clínicamente Detectable (MCID) y el Beneficio Clínico Sustancial (SCB) tras cirugía preservadora de cadera utilizando las escalas para pacientes jóvenes iHOT 33 y HOS.



Material y Métodos

Realizamos un estudio descriptivo, observacional, longitudinal retrospectivo de una cohorte de 30 pacientes intervenidos en nuestro centro en el periodo 2012-2017 mediante cirugía preservadora de cadera por choque femoroacetabular. Se recogieron datos demográficos, de la técnica quirúrgica, así como las complicaciones. Para la valoración clínica, utilizamos las escalas validadas al español iHOT-33 y HOS preoperatoriamente y al año de la intervención.

Resultados

Analizamos una cohorte homogénea de 30 pacientes intervenidos mediante cirugía preservadora de cadera (mismo cirujano y mismo protocolo). Del total de la muestra, 20 eran varones (66,66%) y en 17 casos afectaba al lado derecho (56,66 %). La edad media fue de 35,8 años. Se estableció la diferencia entre los valores preoperatorios y al año en las escalas iHOT33 y HOS-ADL y HOS Sport. El valor medio diferencial obtenido en la escala iHOT33 fue de 35,1 puntos. Los valores medios obtenidos en la escala iHOT33 superan la Diferencia Mínima Clínicamente Detectable (MCID) y el Beneficio Clínico Sustancial (SCB). Se comprobaron estos valores de forma individual, detectándose que, para el iHOT33, 6 pacientes (20 %) no supera la MCID y 10 pacientes (33 %) no superan el SCB.

Respecto a las complicaciones postquirúrgicas, 6 de ellos (20 %) presentaron algún tipo de complicación. Tres pacientes se consideraron como fracaso de tratamiento quirúrgico preservador por persistencia de dolor y 3 casos presentaron neuroapraxias temporales. El seguimiento medio de estos pacientes fue de 5,95 años, con un seguimiento mínimo de 1 año y máximo de 8 años y 9 meses

Comentarios y Conclusiones

El uso de cuestionarios PROM más exigentes, como iHOT33 y HOS, para medir la actividad de los pacientes tras cirugía preservadora de cadera, nos permite detectar aquellos pacientes que no superan la Diferencia Mínima Clínicamente Detectable (MCID) y el Beneficio Clínico Sustancial (SCB), y por ello no alcanzan las expectativas respecto al tratamiento.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



3-OR

RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES A LARGO PLAZO DE LOS VÁSTAGOS FEMORALES METABLOC™: ¿ES UN VÁSTAGO SEGURO?

Alexandre Coelho Leal, Albert Pardo Pol, Alfonso León García, Marc Tey Pons, Fernando Marqués López
Parc de Salut Mar, Barcelona

Objetivos

La evolución de los componentes protésicos al largo del tiempo ha permitido crecientes tasas de supervivencia protésica con menor incidencia de complicaciones. Diferentes tipos de vástago se han diseñado, cementados y no cementados, para permitir el uso en diferentes patologías articulares.

Dentro de los diferentes componentes femorales, se encuentra el vástago Metabloc™ (Zimmer-Biomet) - un vástago recto doble cono con encaje metafisario con estrías longitudinales proximales, que se puede implantar mediante cementación o sin ella - introducido en el mercado Europeo hace más de una década, con pocos estudios clínicos reportados.

El objetivo primario de este estudio es analizar los resultados clínicos y funcionales del vástago Metabloc™ con un mínimo de 5 años de seguimiento. Como objetivo secundario, se analiza la seguridad de este vástago, valorando la incidencia de complicaciones y revisiones del mismo.

Material y Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyéndose todos los pacientes en que se había implantado el vástago Metabloc™ entre 2005 y 2013. La muestra se subdividió en 2 grupos según la cementación del vástago (grupo 1 - vástago no-cementado y grupo 2 - vástago cementado).

Se recogieron datos de visitas pre y postoperatorias como variables demográficas, causa de intervención, escala funcional de Postel-Merle-d'Aubigné (PMA) y complicaciones durante el seguimiento, así como necesidad de reintervención. También se recogieron



variables intraoperatorias y del postoperatorio inmediato, tales como características de los componentes, complicaciones intraoperatorias y análisis radiográfico del postoperatorio inmediato (valorando malposición de componentes).

Se realizó igualmente un estudio radiográfico (sistema PACS) valorando posibles movilizaciones de componentes, lesiones añadidas, lucencias según la clasificación DeLee and Charnley para acetábulo y de Gruen para fémur y también la aparición de calcificaciones según la clasificación de Brooke.

Resultados

Se incluyeron un total de 279 vástagos implantados en 248 pacientes. Dentro de estos, 61 eran cementados y 218 no-cementados. La edad media obtenida fue de 74,7 +- 10,9 para cementados y de 61,9 +- 12,7 para no-cementados, con un seguimiento medio de 6,13 y 7,85 años, respectivamente.

La coxartrosis fue la principal indicación (63,3% de los casos), seguida de necrosis avascular (11,1%), fracturas (4,7%). Los vástagos cementados se utilizaron principalmente en mujeres, de edad avanzada y con osteoporosis, mientras que los no-cementados tenían una distribución equitativa en cuanto a género, con bajo porcentaje presentado osteoporosis.

239 (85,7%) vástagos se implantaron en artroplastias primarias, mientras que los 40 (14,3%) restantes se implantaron como artroplastias de revisión. Los vástagos no-cementados se utilizaron principalmente en artroplastias primarias (97,7% del total de vástagos no-cementados) y la mayoría de los vástagos cementados se implantaron como artroplastias de revisión (57,4% de total de cementados).

En cuanto a resultados funcionales, los vástagos cementados y no-cementados obtuvieron niveles funcionales postoperatorios similares, con una mejoría significativa en comparación con los valores de PMA preoperatorios (8,85 para vástagos no-cementados y 10,82 para vástagos cementados). La mejoría en PMA fue más significativa para vástagos no-cementados, con una mejora media de 7,27, que para cementados (4,97).

Dentro de las complicaciones intraoperatorias, 13 fueron fracturas de calcar y 7 fracturas de trocánter mayor, que se detectaron intraoperatoriamente y se trataron

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



in situ. De las complicaciones postoperatorias, cabe destacar 20 luxaciones (13 pacientes), 20 aflojamientos asépticos (3 metalosis), 12 infecciones protésicas (principal microorganismo identificado - *S. epidermidis*) y 8 fracturas periprotésicas (de las cuales 4 requirieron artroplastia de revisión).

Al finl del seguimiento, 46 de 279 (16,5%) prótesis de cadera habían sido revisadas quirúrgicamente incluyendo todo tipo de complicaciones. 11 de los casos fueron en vástagos cementados (18% de los cementados) y 35 en no-cementados (16%). La supervivencia protésica observada en vástagos cementados fue de 80.5% y 77.6% a 5 y 10 años, mientras en no-cementados fue de 86.6% y 82.7% en los mismos períodos.

Comentarios y Conclusiones

Los resultados funcionales obtenidos con el vástago Metabloc son similares a los referenciados en la literatura pero con una supervivencia inferior a la esperada a medio plazo, explicada por la heterogeneidad de ambos grupos que incluyen indicaciones diferentes a la coxartrosis como la cirugía de revisión y fracturas.

20-OR

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE COTILO MEDIANTE ARTROPLASTIA DE CADERA PRIMARIA

*Marta Sarasa Roca, María Del Carmen Angulo Castaño, Marta Zamora Lozano, Raúl Lorenzo López, Jesús Gómez Vallejo, Jorge Albareda Albareda
HCU Lozano Blesa, Zaragoza*

Objetivos

El aumento de esperanza de vida está produciendo un incremento de fracturas de cotilo en pacientes ancianos. Se han descrito múltiples opciones terapéuticas sin existir un algoritmo definido. La artroplastia total con anillo de refuerzo es una opción técnicamente compleja, pero permite control de la fractura, movilización y deambulación precoz. Nuestro objetivo es valorar si la artroplastia total de cadera sobre anillo de Burch-Schneider es una opción terapéutica de las fracturas de cotilo en pacientes ancianos que mejore los resultados funcionales sin aumentar la mortalidad



Material y Métodos

Estudio descriptivo sobre una serie de 14 pacientes con fracturas de cotilo tratados mediante anillo de refuerzo asociado a autoinjerto más implante acetabular cementado e inicio precoz de movilización, sedestación y deambulación en carga. Se analizaron los tipos de fractura según AO, la demora quirúrgica y complicaciones durante el ingreso. Al alta se valoró la incorporación de injertos según la clasificación de Gie, presencia de calcificaciones según Brooker, consolidación de la fractura, movilización de implantes y aspectos funcionales según la escala de HHS y Merlé Dauvigné Postel.

Resultados

La fractura más frecuente fue la tipo C (7/13), siendo la demora quirúrgica media de 11 (4-36) y la estancia media 21,5 días (10-87). El seguimiento medio fue de 34,4 meses (6-36). Se identificó una paresia de CPE postoperatoria que se resolvió espontáneamente y dos infecciones tratadas con DAIR sin incidencias. Se permitió carga en una media de 3,4 días. Todas las fracturas consolidaron e incorporaron el injerto (grado III de Gie). El Harris Hip Score (HHS) medio fue de 82 puntos y el Merle D'Aubigné Postel score de 15/18. No hubo complicaciones relativas a la artroplastia.

Comentarios y Conclusiones

La artroplastia primaria de cadera con anillo de BS sobre injerto autólogo y sin osteosíntesis añadida es una buena opción en el tratamiento en la fase aguda de todo tipo de fracturas de cotilo desplazadas en pacientes ancianos

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



TERCERA MESA DE COMUNICACIONES

29 OCTUBRE 10:50-12:00

Presidente: Antoni Coscujuela Mañá (Barcelona)

Moderador: Fernando Marqués López (Barcelona)

25-OR

RESULTADOS MINI VÁSTAGO FURLONG EVOLUTION A 5 Y 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Fernando Marqués Lopez, Vito Andriola -, Ivet Parés Alfonso, Raquel Companys Berraondo, Marc Tey Pons, Alfonso León García

PS Mar, Barcelona

Objetivos

Los vástagos cortos presentan una serie de características que los hacen atractivos para su uso en pacientes jóvenes y activos. Sin embargo, su experiencia clínica todavía es limitada y algunos autores reclaman prudencia en su empleo, dados los excelentes resultados reportados con los modelos tradicionales.

Objetivo: valoración resultados clínico radiológicos en cohorte de pacientes con seguimiento entre 5 y 10 años con el mini vástago Furlong Evolution (JRI).

Hipótesis: supervivencia, funcionalidad y complicaciones comparables a los vástagos no cementados tradicionales.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo de los pacientes con dicho implante desde octubre 2010. Se recogen datos antropométricos, quirúrgicos, radiológicos, complicaciones, satisfacción y supervivencia. Se utilizan escalas funcionales Merle Postel D´Aubigné y Womac, Escala EVA para dolor. Análisis estadístico STATA con T Student y Test Fisher con Curvas Kaplan Meier.

Resultados

Cohorte de 69 pacientes (45H/23M) con edad media 52,1 años con IMC medio de 27,5 y con un seguimiento medio de 77,4 meses (60-127), se produce pérdida de seguimiento en 1



caso por fallecimiento. En el 72,06% (49 casos) por coxartrosis. En el 86,76% (59) el par de fricción era ce/ce. Tiempo quirúrgico 60,6 min (38-96), pérdida hemática 299,1 ml (100-600). Estancia media 3,1 días. Complicaciones precoces se obtuvieron 3 hematomas, 2 fracturas acetabulares intraop y 1 fractura de calcar que no requirieron reintervención. El vástago se posicionó correctamente en 46 casos, en varo 21 y valgo 1. A los 12 meses se reportaron 6 psoitis, 1 luxación, 2 infecciones crónicas que requirieron revisión protésica. Dolor medio a los 6 meses 0,41 (0-6). Escala MPD preop 12,8 y postop 17,81 ($p < 0.001$). Estando el 86,76% (59) muy satisfechos, 11,76% (8) satisfechos y el 1,47% (1) no satisfecho. Supervivencia del vástago fue del 97,05% y en ausencia de infección ascendió al 100%. El grado de satisfacción se encuentra relacionado con el dolor (escala EVA) a los 6 meses ($p < 0.001$) y con el valor final que toma la escala MPD independiente del punto de partida ($p = 0,0337$), con especial énfasis en las ayudas a la marcha $p = 0,0172$ y la presencia de complicaciones a los 12 meses $p = 0,014$.

Comentarios y Conclusiones

El vástago corto Furlong Evolution presenta una supervivencia y resultados clínicos funcionales similares a los vástagos no cementados convencionales a 5 y 10 años de seguimiento.

24-OR

FRACTURAS ACETABULARES INTRAOPERATORIAS EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

*Albert Fontanellas Fes, Alfonso León García, Marc Tey Pons, Vito Andriola -, Alexandre Coelho Leal, Fernando Marqués López
Parc de Salut Mar, Barcelona*

Objetivos

Exponer nuestra serie de casos de fracturas acetabulares intraoperatorias en la artroplastia total de cadera (ATC), analizando los principales factores de riesgo y resultados postoperatorios.

Material y Métodos

Entre 2006 y 2020 se realizaron un total de 3891 ATC en nuestro centro, siendo la gran mayoría no cementadas. Analizando retrospectivamente nuestro registro de complicaciones, encontramos 18 pacientes (18 caderas) que sufrieron una fractura acetabular intraoperatoria.

Analizamos el diseño del cótilo implantado, localización anatómica de la fractura, momento de diagnóstico (intraoperatoria o postoperatorio inmediato), el tratamiento realizado, así como la funcionalidad pre y postoperatoria mediante la escala Postel Merle d'Aubigné. El seguimiento mínimo fue de 12 meses.

Para el análisis descriptivo se han usado representaciones gráficas, distribuidores de frecuencia y medidas de posición. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS®.

Resultados

De nuestro registro, solo un 0,4% presentó una fractura acetabular intraoperatoria. La edad media en el momento de la cirugía era de 72 años, con 14 (77,8%) mujeres y 4 (22,2%) hombres.

De los 18 casos, en 7 (38,9%) el cótilo inicial implantado era CSF PLUS (JRI). seguidos por 3 (16,7%) G7 (Biomet) y 2 (11,1%) U2 (United), todos ellos hemisféricos modulares. En 13 casos (72%) se afectaba el trasfondo acetabular. Del total, solo 5 (27,8%) fueron diagnosticadas y tratadas en el mismo acto quirúrgico.

El tratamiento mayoritariamente empleado fue el sistema de revisión acetabular TMARS (38,9%), seguidas por la colocación de anillo de Ganz (22,2%), así como el recambio por un cótilo de mayor diámetro en el mismo acto quirúrgico (16,7%).

En cuanto a la funcionalidad, pasaron de una puntuación media de 9.4 (preoperatoria) a 12.1 (en el último seguimiento). Un 28% requirieron cirugía posterior por alguna complicación (1 aflojamiento, 2 infecciones, 2 luxaciones).

Realizando un subanálisis de las variables postoperatorias (complicaciones, funcionalidad y supervivencia) en función si el diagnóstico de la fractura había sido intraoperatorio o postoperatorio, no hubo diferencias en ninguna de ellas ($p>0.05$).



Comentarios y Conclusiones

Las fracturas acetabulares intraoperatorias son una complicación rara asociada a la implantación de una prótesis total de cadera. En nuestro estudio observamos un claro aumento de frecuencia al implantar el cótilo CSF PLUS (JRI), de alineación de titanio con recubrimiento de hidroxiapatita. La característica distintiva respecto otros cótilos es que presenta un mayor grosor en el polo, siendo de características más rígidas y obligando a un sobrefresado para su implantación press fit, condicionando la aparición de dichas fracturas con mayor frecuencia.

Aunque no encontremos diferencias en el seguimiento postoperatorio en función del momento diagnóstico de la fractura creemos que es importante cerciorarnos intraoperatoriamente si se produce una fractura y tratarla en el mismo acto quirúrgico.

27-OR

USO DE MEGAPRÓTESIS EN PÉRDIDAS MASIVAS FEMORALES EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS. SERIE PERSONAL RETROSPECTIVA DE 14 CASOS

*Juan Ribera Zabalbeascoa, Jesus Payo Ollero, David Serranp Toledano,
Marta Del Rio Arteaga
Hospital Viamed Santa Angela De La Cruz, Sevilla*

Objetivos

Las Megaprótesis (MEG) de reconstrucción femoral, diseñadas en origen para cirugía oncológica, vienen siendo utilizadas desde hace tiempo en el estadio final de la cirugía de revisión de cadera. El bajo número de series en relación con esta indicación es el motivo del presente estudio y análisis de la serie realizada en nuestro Centro.

Material y Métodos

Se trata de un estudio RETROSPECTIVO realizado en Enero de 2021 sobre 14 de los 15 casos intervenidos en nuestra Institución entre Mayo de 2012 y Octubre de 2019, siendo 10

SECCA 2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO NACIONAL



mujeres y 4 hombres con una edad media de 74,5 años (67 - 85) y un seguimiento medio de 4,5 años (1.3 – 8.5 a). Se analizan todos los parámetros epidemiológicos, etiológicos, preoperatorios, intra y postoperatorios analizando el resultado funcional mediante la escala de Harris, EVA , MSTs y la valoración subjetiva y objetiva del resultado, según los criterios de Parvizi.

Resultados

El 78 % de los pacientes fueron remitidos de otros Centros. El número medio de intervenciones previas a la MEG fue de 2,5 (1- 6), con disimetrías previas superiores a 3 cms en el 50 % casos. El tiempo medio entre la primera cirugía y la MEG fue de 8.9 años (0.3 – 20 años) y entre la última y la MEG de 3.5 años (0.2 - 20 años). El 50% de los casos fueron de origen séptico, siendo 6 de ellos portadores de un espaciador utilizado una media de 3,75 meses; un 28 % fueron consecuencia de movilizaciones asépticas y un 22% fracasos de osteosíntesis previas. El ASA medio fue de 2.78 con un 57% de los casos grados 3 o 4. Todos los casos fueron intervenidos por el mismo cirujano, por vía lateral y con el sistema OSS de Zimmer-Biomet®, variando los sistemas de reconstrucción acetabular. El 14% de los defectos femorales fueron Paprosky IIIA, 57% IIIB y un 29 % IV, siendo de los 11 defectos acetabulares el 37 % tipo I, IIB el 45% y IIIA el 18%. El 86% de los vástagos fueron cementados siendo el más usado el de 11 por 150 mm. El 57 % de los montajes fueron con insertos constreñidos. En 6 casos se realizó fijación del remanente trocántereo con cerclajes. El tiempo quirúrgico medio fue de 176 min (135 – 240) diferenciando los pacientes que vienen de un espaciador (180 min), movilización aséptica (200 min) o de fracaso de osteosíntesis (145 min). La estancia media hospitalaria fue de 7.25 días (4-15) siendo transfundidos el 42% de los pacientes.

El 57 % de los pacientes (8/14) presentó alguna complicación: 1 úlcus sangrante, 1 estatus epiléptico embolígeno, 2 seromas no complicados y 4 pacientes con 5 complicaciones mayores (28,6 %): 2 infecciones (14%), 2 luxaciones (14%) y 1 Fractura Periprotésica . Tres pacientes (21%) precisaron al menos 1 reintervención mayor posterior. Consideramos curados a los 7 pacientes sometidos a MEG por infección, presentando 2 de los 7 restantes, criterios de infección de la MEG (Tasa infección del 14%). Los resultados al



final del seguimiento, incluyendo el resultado de los pacientes complicados, mostraron una mejora del EVA medio de 8.91 a 3.25 , del mHHS de 27,2 (15-42) a 68 (45-82) con un 64 % de los pacientes con puntuación >70, un MSTS del 63,8 % , siendo la valoración Subjetiva del resultado Buena en 64 % de los casos, Regular en el 36% y la Objetiva, de Buena y Regular al 50 %. Salvo 1 paciente, todos desarrollaron una vida autónoma aunque 9 de los 14, precisaban de un soporte para salir a la calle.

Comentarios y Conclusiones

Pese a la complejidad global con la que nos encontramos con estos pacientes, el uso de Megaprótesis proporciona una solución razonablemente buena a casos funcional y estructuralmente extremos.

23-OR

REVISIÓN DE LOS PARÁMETROS RADIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN DE LA INCLINACIÓN Y OBLICUIDAD PÉLVICAS EN PACIENTES CON DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. ESTUDIO CON SEGUIMIENTO MÍNIMO DE 5 AÑOS

*Marina Abin Saracho, Eduardo García Rey, Ana Cruz Pardos, Jose Ortega Chamarro
Hospital Universitario La Paz, Madrid*

Objetivos

Las deformidades óseas influyen en los resultados de la prótesis total de cadera (PTC) en pacientes con artrosis secundaria a displasia congénita de cadera (DCC). La reconstrucción conseguida y los cambios que se producen en la inclinación y oblicuidad pélvica pueden variar a lo largo del tiempo. Nos preguntamos si estos cambios que ocurren en el postoperatorio inmediato varían a lo largo del seguimiento.

Material y Métodos

Se analizan los cambios radiológicos de la reconstrucción quirúrgica de la displasia y la inclinación y oblicuidad pélvica con un seguimiento mínimo de 5 años.

Se incluyen 48 pacientes intervenidos entre 2009 y 2015 de PTC, de los cuales, 38 eran mujeres y 10 varones con una edad media de 52.1 años (DE 13.2). Hubo 3 casos con luxación alta de Hartofilakidis, se precisó de una osteotomía de acortamiento en 1 caso, 2 cotiloplastias, 4 casos con autoinjerto en acetábulo y 7 presentaban cirugías previas. Se analizan los cambios pre- y postoperatorios del ángulo de Wiberg, índice acetabular (IA) y discrepancia de longitud de las extremidades inferiores. La valoración de la inclinación pélvica se realizó mediante la medición del ángulo sacro-femoro-púbico (SFP) según Blondel y la oblicuidad pélvica según Meftah y Ranawat en el preoperatorio, a las seis semanas después de la PTC, al año y a los cinco años.

Resultados

Hubo dos casos que necesitaron recambio de la cúpula por aflojamiento aséptico. Los valores medios pre- y postoperatorios mejoraron en el ángulo de Wiberg (de 11.8 a 32.1, $p < 0.001$) y el IA (de 46.9 a 41.3, $p < 0.001$). El alargamiento medio era de 10.8 mm (rango, 6 a 36) y había 16 casos con una discrepancia de 1 cm o más. El ángulo SFP cambió de 65.7 a 68.7 a las seis semanas y a 68.8 a los 5 años ($p = 0.033$). La oblicuidad pélvica cambió de 4.1 a 3.4 a las seis semanas y a 1.2 a los 5 años ($p = 0.004$).

Comentarios y Conclusiones

La mejoría de los parámetros radiológicos en los pacientes con PTC por DCC permiten obtener buenos resultados. La oblicuidad pélvica mejora y se mantiene en el tiempo de manera más evidente que la inclinación pélvica. Las consecuencias clínicas de estos cambios precisan de más estudios.

18-OR**¿PRESENTAN MAYOR RIESGO DE CIRUGÍA DE REVISIÓN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA POR OSTEONECROSIS QUE LOS INTERVENIDOS POR ARTROSIS PRIMARIA? ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE 2464 CADERAS EN NUESTRO CENTRO**

Fátima María Pérez Barragáns (1), Lorena Bellostas Muñoz (1), Laura Saldaña Quero (2), Eduardo García Rey (1)

1. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

2. Idipaz, Madrid, España

Objetivos

Los resultados del tratamiento de la prótesis total de cadera (PTC) en pacientes con necrosis avascular de la cabeza femoral comparados con los de la artrosis primaria son controvertidos. Diferentes factores como la edad, el tipo de implante y la técnica quirúrgica pueden afectar a estos resultados. Nos preguntamos si existe una mayor tasa de cirugía de revisión de cadera en pacientes con osteonecrosis frente a pacientes con diagnóstico de artrosis primaria.

Material y Métodos

En este estudio de cohortes de recogida prospectiva se incluyen 2464 PTCs implantadas en nuestro centro entre 1989 y 2017. Los pacientes se clasificaron en: Grupo 1, 2090 caderas con artrosis primaria, y grupo 374 caderas con osteonecrosis. En el grupo 2 había más pacientes varones ($p < 0.001$), menores de 60 años ($p < 0.001$) y con una actividad física más alta ($p < 0.001$).

Los resultados clínicos se evaluaron mediante el Harris Hip Score y el análisis radiológico incluía datos de la posición de los componentes protésicos y los posibles cambios observados a lo largo del seguimiento. Se utilizó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para estudiar la posibilidad de cirugía de revisión y los modelos de regresión de Cox para evaluar los posibles factores de riesgo.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Resultados

La puntuación media de la escala de Harris fue mejor en el grupo de osteonecrosis. 90 caderas necesitaron cirugía de revisión, 68 de las cuales por aflojamiento o desgaste, 52 (2,5%) en el grupo 1 y 16 (4,3%) en el grupo 2. La tasa de supervivencia para la cirugía de revisión por cualquier causa a los 22 años fue 88.0 % (IC 95%, 82-94) en el grupo 1 y 84.1% (IC 95%, 69 – 99) en el grupo 2 ($p=0.019$). El análisis de regresión multivariante mostró un riesgo de revisión incrementado asociado al uso del polietileno convencional como par de fricción ($p=0.01$, Hazard Ratio (HR): 2.12, IC 95% 1.15-3.92) y con la colocación de los componentes acetabulares fuera de la zona de seguridad de Lewinnek ($p<0.001$, HR: 2.57, IC 95% 1.69-3.91).

Comentarios y Conclusiones

La utilización de los polietileno altamente entrecruzados y del par cerámica-cerámica, además de una técnica quirúrgica adecuada, mejoran los resultados en cuanto a necesidad de cirugía de revisión en pacientes con osteonecrosis frente a los que presentan artrosis primaria. Los nuevos pares de fricción y la técnica quirúrgica podrían ser más importantes que la osteonecrosis en sí en pacientes intervenidos de PTC.

9-OR

¿SON POSIBLES Y SEGUROS LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTES OCTOGENARIOS?

*Emanuele Astarita ., Pablo Demaria ., Juan Castellanos Robles
Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi De Llobregat*

Objetivos

El aumento en la esperanza de vida, combinado con el aumento en las expectativas de calidad de vida en la población anciana, ha dado lugar a un aumento en el número de prótesis de cadera implantadas en esta población. La edad avanzada es uno de los



mayores factores de riesgo para la presentación de complicaciones postquirúrgicas, para la necesidad de recurso sociosanitario tras el alta, así como para los reingresos hospitalarios.

Los programas de recuperación mejorada tras la cirugía (“fast track”, “rapid recovery”) permiten disminuir las estancias hospitalarias tras cirugía protésica sin por ello aumentar ni las complicaciones ni los reingresos.

Objetivo del trabajo: Examinar y comparar los resultados obtenidos tras implantar una Artroplastia Primaria de Cadera con programa de recuperación acelerada, entre el grupo de pacientes con edad > 80 años (GPO) y el grupo de pacientes control < de 80 años (GPC).

Hipótesis del trabajo: Los pacientes > 80 años pueden ser incluidos de forma segura y eficiente en un programa de “fast track”, sin por ello aumentar ni las complicaciones ni los reingresos.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro Hospital de PTC durante el periodo 1-8-2017 al 10-8-2021,

Se realizaron 254 PTC, de estas 43 presentaban una edad > a los 80 años y 211 < de 80 años.

Como variables, se recogieron la edad del paciente, genero, ASA, antecedentes patológicos, estancia hospitalaria, destino del paciente al alta, las complicaciones mayores y menores intrahospitalarias, los reingresos en los primeros 30 días tras la cirugía y el motivo del mismo, y los fallecimientos durante este periodo.

Resultados

En el GPO la edad media era de 82 años (80 a 86). En las 213 PTC correspondientes al GPC la edad media era de 63.2 años (29 a 79) ($p = 0.000$). En el grupo octogenario el 62.8 % eran mujeres mientras que en el grupo control el 41.2 % ($p=0.010$).

Existe una diferencia significativa ($p=0.000$) en la distribución del ASA en ambos grupos: el 73.9% ASA II y el 19% ASA III en el GPC mientras que en el grupo GPO hay un 41.9% ASA II y un 53.5% ASA III.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



La estancia media fue superior en el GPO, 4.1 días frente a 2.6 en el GPC ($p=0.000$). Así mismo diferían en cuanto al destino al alta, en el GPO solo el 55.8% iban a domicilio (el resto remitidos a un centro sociosanitario), mientras que en el GPC era del 86.7% ($P=0.000$)

Si analizamos las estancias medias de forma separada, existen diferencias ($p<0.05$) entre los pacientes con destino a domicilio, mientras que no existen diferencias ($p=0.919$) en aquellos pacientes que iban a S.S.

La incidencia de complicaciones (sumadas las mayores y menores) fue de 26 casos en el GPO (12.3%) y de 9 en el GPC (20.9%) ($p=0.147$). La tasa de transfusión fue del 2.8% (6 casos) en el GPC y del 9.3% (4 casos) en el GPO ($p=0.069$)

En cuanto a la mortalidad en ambos grupos fue del 0%.

Comentarios y Conclusiones

La artroplastia primaria de cadera es un procedimiento eficaz y seguro en la población anciana (> 80 años), con una tasa de complicaciones intrahospitalarias, y de reingresos baja, y que en nuestra serie es semejante a la población < 80 años intervenida en el mismo periodo, aunque con una estancia hospitalaria superior (4.1 frente a 2.6 días) y con la necesidad de recuso sociosanitario también más elevada (44.2% frente a 13.3%).

Por tanto, podemos concluir que los programas de recuperación acelerada ("fast track") son programas perfectamente aplicables en esta población anciana y lo más importante son programas seguros, pero que en nuestro entorno es frecuente la necesidad de recuso sociosanitario tras el alta hospitalaria en esta población octogenaria y ello puede en parte explicar el aumento de la estancia hospitalaria.

MEJORES COMUNICACIONES

29 OCTUBRE 15:00-16:30

Presidente: Daniel Hernández Vaquero (Oviedo)

Moderador: Miguel A. Suárez Suárez (Gijón)

28-OR

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ABORDAJE ANTERIOR DIRECTO VERSUS ABORDAJE LATERAL DIRECTO DE CADERA EN HEMIARTROPLASTIA TRAS FRACTURA DE CUELLO FEMORAL

Kushal Lakhani Mahtani (1), Iñaki Mimendía Sancho (1), Juan Antonio Porcel Vázquez (1), Lidia Ana Martín Domínguez (2), Ernesto Melchor Guerra Farfán (1), Víctor Manuel Barro Ojeda (1)

1. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

2. Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España

Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias entre el abordaje anterior directo (DAA) y el abordaje lateral directo (DLA) en la hemiartroplastia de cadera (HHA) tras fractura desplazada de cuello femoral (FNF) en cuanto a los datos intraoperatorios, estancia hospitalaria, resultado funcional postoperatorio y tasas de morbilidad.

Material y Métodos

En este estudio retrospectivo no-intervencional, llevado a cabo en un Centro de Traumatología de tercer nivel perteneciente al Sistema Nacional de Salud de España, se incluyeron los datos demográficos, biológicos y clínicos de todos los pacientes intervenidos de HHA tras FNF entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019. Los criterios de exclusión consistieron en edad < 65 años y sospecha o confirmación de fractura patológica. Todas las cirugías se realizaron por 2 cirujanos pertenecientes a la Unidad de Cadera de nuestra Institución.

Los datos extraídos incluyeron el abordaje utilizado (DAA versus DLA), clasificación de la American Society of Anaesthesiologists (ASA) de riesgo anestésico, tipo de residencia

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



habitual, hemoblogina pre y postoperatoria, necesidad de transfusión sanguínea, duración de la estancia hospitalaria, destino al alta, tipo de movilidad tras la cirugía, complicaciones postoperatorias, así como tasas de re-intervención y de mortalidad, con un seguimiento mínimo de 8 meses.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 23.0; IBM Corp.). La estadística descriptiva general se realizó utilizando la media y la desviación estándar (SD) para variables continuas que seguían una distribución normal. Para el resto de variables se utilizó la mediana y rango intercuartílico. El test de la Chi cuadrado y el test exacto de Fisher se utilizaron para comparar variables categóricas entre grupos, mientras que el test de la T-Student y el test de U de Mann-Whitney se utilizaron para comparar variables continuas, según correspondiese. La significación estadística se fijó en un valor P menor o igual a 0.05.

Resultados

Se incluyeron 94 pacientes (40 en el grupo DAA y 54 en el grupo DLA). La mediana de seguimiento fue de 19.2 meses (rango 8 – 30.8 meses). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparativo de las características demográficas y generales preoperatorias entre ambos grupos. El grado de movilidad postoperatorio mostró diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo DAA, en donde el 35% de los pacientes fueron capaces de caminar sin asistencia externa tras la cirugía frente al 9.26% hallado en el grupo DLA. El grupo DAA mostró un día menos de hospitalización en comparación con el grupo DLA (8 días versus 9 días, respectivamente, $p < 0.05$). El 20% de los pacientes del grupo DAA requirió transfusión sanguínea postoperatoria, frente al 33.33% de los pacientes del grupo DLA ($p > 0.15$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de complicaciones postquirúrgicas, tasas de re-intervención o de mortalidad.

Comentarios y Conclusiones

Nuestro estudio destaca los beneficios del abordaje anterior directo de cadera para la hemiartroplastia de cadera tras fractura desplazada de cuello femoral en términos de movilización postoperatoria y estancia hospitalaria en comparación con el abordaje lateral directo.



30-OR

¿INFLUYE LA DEPRESIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA?

*Albert Pardo Pol, Jorge Amestoy Ramos, Alexandre Coelho Leal, Fernando Marques López, Lucas Martorell De Fortuny, Albert Fontanelles Fes
Parc de Salut Mar, Barcelona*

Objetivos

La depresión y la artrosis son dos enfermedades crónicas relativamente frecuentes en la población de edad avanzada. El dolor crónico y la limitación funcional que provoca la coxartrosis influyen en la depresión, por lo que existen tasas más altas de depresión en este grupo de pacientes que en la población general. La artroplastia total de cadera (ATC) ha demostrado disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad de estos pacientes, lo que puede influir satisfactoriamente en los síntomas depresivos del paciente.

El objetivo principal es evaluar las diferencias en el postoperatorio inmediato (dolor y tiempo de hospitalización) entre los pacientes con depresión y los pacientes sin depresión. Como objetivos secundarios, valorar si la depresión condiciona unos peores resultados al año de la cirugía y valorar el rango de mejora de la depresión después de la artroplastia.

Material y Métodos

Estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con indicación de artroplastia total de cadera primaria durante el año 2017. Todas las cirugías fueron realizadas por cirujanos expertos de la unidad de cadera del mismo hospital universitario. Se excluyeron los pacientes sometidos a cirugías de revisión o protetizados debidos a fractura de fémur proximal.

Preoperatoriamente los pacientes rellenaron el cuestionario PHQ-9, validado tanto para el diagnóstico como para la monitorización del tratamiento de la depresión, y se clasificaron en pacientes con depresión (si PHQ-9 preoperatoria $> 0 = a 10$) y pacientes sin depresión (PHQ-9 pre $< a 10$).

Durante el ingreso hospitalario se evaluó el dolor postoperatorio empleando el EVA (medio y máximo) y la necesidad de rescates analgésicos con opioides mayores. En la visita de control al año de la intervención, los pacientes rellenaron nuevamente el cuestionario PHQ-9 y se hizo una valoración funcional con el cuestionario Postel Merle d'Aubigné (PMA).

Resultados

Se reclutaron un total de 83 pacientes, 16 pacientes con depresión y 67 pacientes sin depresión. Ambos grupos eran comparables respecto sexo, edad, IMC y ASA.

La media de rescates con opioides mayores entre los pacientes no depresivos fue de 3,88 rescates y de los depresivos, de 3.31($p=0,273$). La media del EVA máximo fue de 3,9 en pacientes no depresivos y de 5 en pacientes depresivos ($p=0,12$) y la media del EVA medio fue de 1,26 vs 2,27, respectivamente($p=0,457$). La estancia hospitalaria fue de 4,6 días para los pacientes sin depresión y de 4,7 para los pacientes con depresión ($p=0,116$).

El rango de mejora al año del cuestionario PHQ-9 era de 0.164 puntos en el grupo de pacientes sin depresión, mientras que era de 6.133 puntos en el grupo de pacientes con depresión ($p<0,001$). Los resultados del PMA (sumatorio de los 3 parámetros) fueron de 17.2 en los pacientes con depresión y de 17.6 en los pacientes sin depresión ($p=0,09$)

Comentarios y Conclusiones

Los pacientes con diagnóstico de depresión no tienen un peor control del dolor postoperatorio tras ATC ni un ingreso más prolongado. Este grupo de pacientes presenta un buen control de su enfermedad tras la cirugía, presentando un mayor rango de mejora del test PHQ-9 en comparación con pacientes no diagnosticados de depresión. No hay diferencias a nivel funcional entre los dos grupos de pacientes al año de la cirugía.

5-OR

VÁSTAGO CORTO FURLONG EVOLUTION. ¿UNA ALTERNATIVA A LOS VÁSTAGOS CONVENCIONALES? ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO CON 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Daniel Donaire Hoyas (1), Jesús Moreta Suárez (2), David Raya Roldán (1), Jorge Albareda Albareda (3), Manuel Sumillera García (4), Alberto Albert Ullibarri (1)

1. Hospital de Poniente, El Ejido, España

2. Hospital de Galdakao, Vizcaya, España

3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

4. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Objetivos

Los vástagos cortos en cirugía protésica de cadera son una alternativa a los vástagos convencionales, si bien todavía no disponemos de estudios a largo plazo que puedan demostrar resultados equiparables a los vástagos convencionales. El objetivo del estudio es evaluar los resultados clínico-radiológicos a medio plazo del vástago Furlong Evolution en prótesis total de cadera.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo multicéntrico realizado en 3 Hospitales de pacientes tratados con vástago corto Furlong Evolution desde Abril 2013 hasta la actualidad con un mínimo de seguimiento de 1 año.

Se intervinieron 381 pacientes. Para la evaluación de resultados clínicos se utilizó la escala WOMAC y el Harris Hip Score (HHS) de forma preoperatoria, al mes, 3 meses, 1 año y anualmente. Se evaluó también la satisfacción del paciente.

Realizamos un análisis radiológico de la colocación del implante (dismetría, angulación cotilo, angulación vástago varo-valgo, centro de rotación horizontal y vertical, offset horizontal) y la fijación del implante se evaluó con los criterios radiológicos de Engh.

Se utilizó Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas, ANOVA y t de Student para el análisis de variables cuantitativas y el modelo general lineal de medidas

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



repetidas para analizar los resultados de las escalas HHS y WOMAC entre los distintos pares de fricción. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 26 para Windows 64 bits

Resultados

Cohorte de 381 pacientes, 269 varones y 112 mujeres, edad media 52,28 años
El seguimiento medio de 30 meses.

IMC medio 28,06, presentando sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$) 76,9% de los pacientes.
Abordaje posterior en 123 pacientes (32,28%) y abordaje lateral en 218 casos (35 posterolateral y 183 anterolateral) (57,22%).

Duración media de la cirugía: 83 minutos

Estancia media hospitalaria: 5,2 días

El par de fricción utilizado fue cerámica-cerámica (CoC) en 116 casos (30,7%), metal-policarbonato uretano (MoPCU) en 116 (30,7%) y cerámica-polietileno (CoP) en 146 (38,6%)
Se obtuvo una mejoría significativa del HHS pasando de una media preoperatoria de 49,06 a 95,53 al año ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en los resultados HHS al año entre los 3 pares de fricción ($p = 0,105$), ni a los 3 años entre los 3 pares de fricción ($p = 0,692$).

En las escalas WOMAC Dolor, Rigidez y Capacidad funcional se observó mejoría significativa entre el preoperatorio y los seguimientos a 1 y a 3 años ($p < 0,001$ para las tres escalas)

Al comparar los pares de fricción, se observaron mejores resultados para el grupo CoC en las subescalas Dolor y Capacidad Funcional tanto en el primer año como a los 3 años de seguimiento.

Entre las complicaciones, sólo hubo una intraoperatoria relacionada con el vástago, una fisura del cálcar que no precisó cerclaje. En relación con el acetábulo tuvimos 3 fracturas del fondo acetabular, (tratadas con injerto óseo + descarga) y 1 fractura del borde posterior del acetábulo (tornillos + descarga).

En el postoperatorio, hubo 2 infecciones superficiales y 4 infecciones profundas.
Reportamos 2 recambios de vástago por traumatismo de alta energía y 1 recambio acetabular por prótesis dolorosa y sospecha clínica de aflojamiento aséptico.



En 5 casos los pacientes refirieron ruidos tipo “chirridos” que se resolvieron de manera espontánea en los primeros meses, todos ellos en el par de fricción MoPCU. No objetivamos ningún caso de aflojamiento.

Comentarios y Conclusiones

El vástago corto analizado presenta buenos resultados clínicos y tasas de complicación similares a otros implantes femorales convencionales.

Al estudiar y comparar los distintos pares de fricción utilizados hemos objetivado mejoría similar en las escalas funcionales, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Como limitaciones del estudio destacar que el número de pacientes no es muy elevado comparado con las series de vástagos tradicionales y que el tiempo de seguimiento es de pocos años.

Hasta el momento, podemos concluir, basándonos en los resultados del estudio, que este vástago puede ser utilizado como alternativa a vástagos de mayor tamaño. Por supuesto debemos seguir recogiendo datos y ver la evolución largo plazo del implante y de los pares de fricción.

2-OR

ESTUDIO DE LA CINÉTICA ARTICULAR DE CADERA TRAS LA RECONSTRUCCIÓN DEL LABRUM ACETABULAR CON UN IMPLANTE DE POLIURETANO. ESTUDIO BIOMECÁNICO CADAVÉRICO.

Bruno Capurro Soler (1,2,3,4), Francisco Reina De La Torre (5), Anna Carrera Burgaya (5), Fernando Marqués López (1), Alfonso León García (1), Marc Tey Pons (1,3)

1. Hospital del Mar - Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

2. ReSport Clinic, Barcelona, España

3. GIPCA - Grupo Ibérico de Cirugía de Preservación de Cadera, Portugal, España

4. Hospital de Mollet, Barcelona, España

5. NEOMA - Facultad Medicina - UdG, Girona, España

Objetivos

El labrum acetabular tiene un rol primordial en la cinética articular de la cadera. Es por esta razón, que la restauración de la función labral es considerada clave para el éxito de la cirugía de preservación de cadera. El objetivo del estudio es evaluar el efecto de la reconstrucción de una lesión del labrum acetabular, producida por una labrectomía parcial anterosuperior, con un implante artificial de poliuretano macroporoso (IPM) y con un autoinjerto de fascia lata (AFL).

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio biomecánico cadavérico, aprobado por el comité de ética, utilizando 10 caderas de 5 pelvis frescas-congeladas con labrum acetabular intacto y sin osteoartritis. Con un sistema de prueba electromecánico intraarticular se ha medido el área de contacto (AC), la presión de contacto (PC) y la tensión punta (TP) para las siguientes condiciones: 1) Labrum intacto; b) Labrectomía parcial anterosuperior; c) Reconstrucción con IPM; d) Reconstrucción con AFL. Los especímenes fueron analizados para cada condición en: flexión de 90°, flexión de 90° más rotación interna, flexión de 90° más rotación externa, extensión de 20°. Además, en cada condición se realizó la prueba de sellado labral. Se llevó a cabo un análisis estadístico normalizando las medidas al labrum intacto, asignándole el valor 1, para identificar las diferencias de las medidas obtenidas en los parámetros biomecánicos entre las cuatro condiciones.

Resultados

La labrectomía parcial disminuyó el AC ($0,82 \pm 0,07$), aumentó la PC ($1,28 \pm 0,20$) y la TP ($1,27 \pm 0,10$) en todas las mediciones en comparación al labrum intacto ($p < 0,05$). La reconstrucción con IPM e AFL: restauran el AC en un $0,96 \pm 0,06$ y $0,97 \pm 0,05$ sin diferencias con respecto al labrum intacto ($p > 0,05$), excepto en la rotación interna con AFL ($0,93 \pm 0,03$, $p = 0,037$); Aunque ambas disminuyen la PC en comparación a la labrectomía parcial ($p > 0,05$), no logran normalizar la PC al labrum intacto en todos los movimientos del rango articular analizado ($p < 0,05$); disminuyen normalizando la TP en un $1,05 \pm 0,09$ y $1,07 \pm 0,08$ en comparación a la labrectomía parcial y sin diferencias con respecto al labrum intacto ($p > 0,05$), excepto con AFL en flexión ($1,07 \pm 0,04$, $p = 0,002$) y en la rotación externa ($1,07 \pm 0,07$, $p = 0,008$). Al comparar el AC, la PC y la TP entre la

reconstrucción con IPM e AFL no se encontraron diferencias en ninguna de las posiciones del rango articular entre las condiciones ($p>0,05$). La prueba de sellado labral se pierde cuando se realiza una labrectomía parcial y se restablece en un 80% de los casos cuando se reconstruye con un IPM y en un 70% con el AFL.

Comentarios y Conclusiones

Conclusiones: En el presente estudio biomecánico realizado in vitro, se obtiene que tras haber realizado una labrectomía parcial anterosuperior, la reconstrucción con IPM y la reconstrucción con AFL restauran el área de contacto, consiguen normalizar las presiones de contacto y la tensión punta en comparación con una labrectomía parcial anterosuperior, sin observar diferencias entre ambas técnicas de reconstrucción.

Relevancia clínica: Se describe por primera vez la utilización de un implante de poliuretano sintético para la reconstrucción labral y se demuestra que restaura la biomecánica del contacto femoroacetabular siendo no inferior a la técnica más utilizada actualmente para la reconstrucción labral. Por último, destacar una de las principales ventajas clínicas del IPA es que permitiría disminuir el tiempo quirúrgico de la obtención y preparación de los autoinjertos, además de evitar las comorbilidades en la zona donante.

21-OR

CIRUGÍA DE REVISIÓN EN 4.013 PRÓTESIS TOTALES DE CADERA PRIMARIAS A 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO. FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS.

Eduardo Garcia Rey

Hospital La Paz, Madrid,

Objetivos

Se analiza la supervivencia de estar libre de cirugía de revisión en las prótesis totales de cadera (PTC) operadas durante un largo periodo en un Hospital General Terciario y sus posibles causas clínicas y radiológicas.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Material y Métodos

En 4.013 PTCs primarias implantadas entre 1999 y 2020 se recogen de manera prospectiva diferentes variables demográficas, quirúrgicas y radiológicas buscando factores de riesgo en los casos revisados. Factores debido al paciente (sexo, edad, etiología, patología lumbar), al implante (tipo fijación, tamaño de cabeza, par de fricción), y a la técnica quirúrgica (vía, reconstrucción del centro de rotación y del mecanismo abductor, localización de la cúpula fuera de la ventana de seguridad de Lewinnek). Se realiza un estudio de análisis de supervivencia a 20 años general y se comparan para los distintos factores mediante estudios de regresión de Cox ajustado por dichos factores con análisis univariados y multivariados.

Resultados

Se identificaron 187 revisiones: 77 revisiones de cúpula, 27 de vástago, 5 de ambos componentes, 16 por fractura periprotésica, 52 por luxación recidivante, y 10 por infección profunda. La supervivencia global fue 94.8 % (intervalo de confianza (IC) 95% 93 – 96) (1432 caderas en riesgo) a los 10 años y 87.6 % (intervalo de confianza (IC) 95% 84– 90) (132 caderas en riesgo) a los 20. La supervivencia a los 20 años era mejor en pacientes con artrosis primaria ($p=0.01$), con cúpulas dentro de la ventana de Lewinnek ($p<0.001$), a menos de 5 mm del centro de rotación de la cadera ($p=0.029$) y con una mejor reconstrucción del aparato abductor ($p=0.019$). El análisis multivariante de Cox mostró que los pacientes con un diagnóstico diferente a la artrosis primaria ($p=0.003$, HR= 1.557) y las caderas fuera de la ventana de Lewinnek un 59% ($p=0.001$, HR= 2.387) tenían un mayor riesgo de revisión.

Comentarios y Conclusiones

La colocación de la PTC fuera de la ventana radiológica de Lewinnek fue la principal causa de revisión. La técnica quirúrgica es esencial para garantizar los resultados óptimos de la PTC. Los registros de datos clínicos y radiológicos ayudan a la hora de identificar los factores mejorables de la cirugía.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



22-OR INSERTOS COMPUESTOS DE CERÁMICA Y POLIETILENO (CERASUL®) EN CÓTILOS NO CEMENTADOS: RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UNA SERIE DE 60 IMPLANTES.

*Daniel Rodríguez Pérez, Jose Manuel De María Prieto, Marcos Del Carmen Rodríguez, Jose Luis Agulló Ferre, Antonio Coscujuela Maña
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona*

Objetivos

En la década de los 70 del siglo pasado se inicia el uso del par de fricción cerámica-cerámica en la prótesis total de cadera. Con una tasa de roturas muy elevada en esas cerámicas de primera generación, en la década de los 90 nacen diseños modulares de inserto cotiloideo, formados por un polietileno con revestimiento cerámico en la zona que articula con la cabeza protésica, a fin y efecto de reducir la rigidez de acoplamiento entre el inserto y la cabeza de cerámica. Los estudios sobre este implante arrojan buenos resultados en el corto plazo pero una alta tasa de roturas en el medio plazo.

El objetivo principal de este trabajo es estudiar la supervivencia de este modelo de inserto (Cerasul®) implantado en un componente acetabular no cementado en una serie de pacientes de nuestro servicio entre los años 1999 y 2003. Los objetivos secundarios son realizar estudio radiológico y clínico de estos pacientes y estimar, si fuera posible, factores pronósticos (preventivos o de riesgo) de las eventuales complicaciones de este modelo de inserto.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes intervenidos de prótesis total de cadera no cementada los años 1999 y 2003 a los que se les implanta este tipo de inserto. Se realiza una base de datos que se generarán a partir de la historia clínica del paciente, de visita presencial, y de estudio radiográfico por radiografía simple y TC. Esta base de datos incluye datos epidemiológicos y biométricos, de procedimiento quirúrgico y su evolución-complicaciones; evaluación clínica con escala de Harris, Merle d'Aubigne,

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Womac y EuroQol 5d actuales, así como estudio con radiología simple y TC. El tratamiento de los datos y su análisis es realizado con el software estadístico R versión 4.1 para Windows.

Resultados

Serie de 55 pacientes en los que se implantan 60 componentes cotiloideos Cerasul^o, de los cuales 42 son con evaluación clínica y radiológica (rx y TC) completa de evolución del implante hasta la fecha, 5 con información parcial (no posible realizar rx actual pero sí entrevista telefónica), 12 exitus con información de supervivencia radiológica del implante hasta el deceso y 1 sin datos y no localizable. Se trata de una cohorte de 50 hombres y 5 mujeres, con una media de edad en el momento del implante protésico de 47,4 (22-57) años, con diagnóstico de artrosis en 29 de los casos, necrosis en 14, secuelas de patología infantil en el 6 y artritis inflamatoria en 6. En todos ellos el vástago fue no cementado Alloclassic ZweyMüller y el abordaje anterolateral de Watson Jones. Como complicaciones postoperatorias en el corto plazo hubo una axonotmesis y un episodio de inestabilidad. En cuanto a las escalas clínicas, la media del Merle d'Aubigne actual es de 17,4(11-18), de la escala de Harris 95,05(55-100), de WOMAC 7,05 (0-55) y de EuroQol 5D 0,88(0,58-1) En el estudio radiológico se objetivan osteolisis en el 22% de los casos y deformación tipo “creep” en un porcentaje cercano al 65%, sin relación estadísticamente significativa con inclinaciones elevadas del acetábulo o con imágenes de osteolisis. La serie presenta 3 casos de recambio de cótilo por rotura: dos casos a los 6 años de la implantación y otro a los 19 años. Se exponen gráficas de tiempo de supervivencia hasta recambio con estimador de Kaplan-Meier, y también con el éxitus como riesgo competitivo. Se estima que la probabilidad de realizar recambio de cótilo a los 15 años es del 7%. No es posible, con la información disponible, establecer factores preventivos o de riesgo de las complicaciones de este inserto.

Comentarios y Conclusiones

En nuestra serie, el implante estudiado presenta unos buenos resultados de clínicos y de supervivencia en el largo plazo, con una complicación catastrófica (la rotura) en un porcentaje similar a estudios previos publicados y con unos resultados en el estudio radiográfico que nos obligan a estar vigilantes por lo que respecta a su evolución.

7-OR

INFECCIÓN PERIPROTÉSICA AGUDA TRAS ARTROPLASTIA POR FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL: RESULTADOS TRAS DESBRIDAMIENTO, ANTIBIÓTICOS Y RETENCIÓN DEL IMPLANTE.

Juan Castellanos Robles (1), Pablo Demaria . (1), Emanuelle Astarita . (1), Marti Bernaus Johnson (2), Lluís Font Vizcarra (2), Montserrat Monfort Mira (3)

1. Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi De Llobregat, España

2. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España

3. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

Objetivos

La sustitución protésica es el tratamiento de elección tras fractura del cuello femoral (FCF) desplazada. La infección periprotésica es una de las complicaciones más grave. Al darse además en una población habitualmente de edad avanzada, frágil y con múltiples comorbilidades, el desarrollo de una infección periprotésica puede ser devastador, provocando un aumento en los días de hospitalización, en los costes y en la morbimortalidad. El desbridamiento, antibióticos y retención del implante (DAIR) es el tratamiento de elección tras infección periprotésica aguda (IPA), según el 2º Consenso de Filadelfia, pero la evidencia existente está referida a cirugía electiva protésica, existiendo sin embargo menor evidencia en los casos tras artroplastia por FCF.

Valorar la tasa de éxito del DAIR como tratamiento de la IPA tras artroplastia por FCF.

Ver que variables se correlacionan con el fracaso.

Valorar la mortalidad en el primer año de seguimiento y si tiene relación con el fracaso del DAIR.

Hipótesis:

El DAIR como tratamiento de la IPA tras artroplastia por FCF presenta una tasa de fracaso elevada.

El fracaso del DAIR se correlaciona con una mortalidad al año más elevada.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo multicéntrico, de aquellos pacientes tratados mediante DAIR por IPA tras artroplastia por FCF: 53 pacientes con una edad media de 79'4 años (51-96), siendo mayoritario el sexo femenino (36 pacientes, 68%). La mayoría de pacientes eran ASA 3 o superior (37 pacientes, 69'8%). El Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) medio fue de 5 (rango 1-10).

Todos los pacientes fueron tratados mediante DAIR (en 36 de ellos con cambio de partes móviles).

Resultados

Dieciséis pacientes fallecieron antes del año (30'2%), el seguimiento medio del resto es de 34 meses (12-88 meses).

El DAIR fue efectivo en erradicar la infección en 29 pacientes (54'7%). En los 8 casos en que se efectuó un 2º DAIR el resultado final fue de fracaso.

De los 16 pacientes que fallecieron antes del año, en 12 el fallecimiento tuvo relación con la infección. En los 29 pacientes en que el DAIR fue exitoso se produjeron 4 fallecimientos al año (13'8%), mientras que en los 24 pacientes en que fracasó el tratamiento los fallecimientos al año fueron 12 (50%). Encontrando una asociación entre la mortalidad al año y fallo del tratamiento ($p= 0.0042$).

En 34 pacientes (64'1%) la infección fue monobacteriana, en 16 pacientes (30'2%) fue polimicrobiana y en 3 casos los cultivos fueron negativos (5'7%). La familia de los estafilococos fueron los gérmenes aislados más frecuentemente, en el 52'8% de los casos.

Existiendo una relación entre infección polimicrobiana y fallo en el tratamiento (11/16: 68'75%, $p=0.024$).

Una VSG más elevada se correlaciona con el fracaso del DAIR (84.7 frente a 42.4, $p=0.013$)

Comentarios y Conclusiones

Tras el 2º Consenso de Filadelfia (2018) se estableció que el tratamiento de elección tras IPA en artroplastias de cadera es el DAIR, con tasas de éxito del 71% en un metaanálisis publicado recientemente. Sin embargo, el riesgo de fracaso tras DAIR en artroplastias

por FCF, del 43'4% en nuestra serie, que está en concordancia con la mayoría de series publicadas, debería hacer reconsiderar que el DAIR sea el tratamiento de elección en este grupo de pacientes.

En nuestro estudio hallamos que el fracaso del DAIR se correlaciona con un aumento en la mortalidad al año (del 50%).

La infección polimicrobiana, y una VSG elevada (con punto de corte en 56) se correlacionan con el fracaso del DAIR en nuestra serie

Conclusiones

Aquellos pacientes afectos de IPA tras artroplastia de cadera por FCF tienen un riesgo marcadamente más elevado de fracaso del DAIR que aquellos pacientes con artroplastia de cadera electiva. Por ello serían necesarios estudios prospectivos y con un número elevado de pacientes para valorar la mejor opción terapéutica tras IPA en artroplastias de cadera implantadas por fractura del cuello femoral.

17-OR

TRATAMIENTO CON PLACA DE ESTABILIDAD ANGULAR PARA FRACTURAS PERIPROTÉSICAS DE CADERA: ABORDAJE MINI INVASIVO VERSUS REDUCCIÓN ABIERTA.

*Alexandre Coelho Leal, Lucas Martorell De Fortuny, Albert Fontaellas Fes, Santos Martínez Díaz, Alfonso Leon Garcia, Fernando Marques Lopez
Hospital del Mar, Barcelona*

Objetivos

En vista de que el paciente que sufre fracturas periprotésicas es frágil y presenta elevado riesgo quirúrgico y que los abordajes mínimamente invasivos reducen sangrado, necesidad de transfusión y complicaciones postoperatorias, las placas de estabilidad angular con tornillos poliaxiales son una herramienta que permite una osteosíntesis efectiva mediante abordajes mínimamente invasivos indicada generalmente en FPPCs

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



tipo B1 y C con vástago estable o en los raros casos que se decide no realizar recambio protésico.

Con la hipótesis de que la fijación de las FPPCs con placa de estabilidad angular mediante abordaje mini invasivo obtiene mejores resultados clínicos en comparación al abordaje abierto clásico (RAFI) a expensas de un menor tiempo quirúrgico y un menor sangrado intraoperatorio. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados clínicos tras la osteosíntesis de las FPPCs en nuestra serie, que es más larga que cualquier otra publicada hasta el momento, comparando dos abordaje: mini invasivo y abordaje abierto clásico.

Material y Métodos

Se reclutaron de forma retrospectiva, mediante la revisión del registro de placas NCB® (non-contact bridging; Zimmer Biomet) implantadas en nuestro centro, todos los pacientes con fracturas periprotésicas de cadera tratados mediante osteosíntesis en nuestro centro entre 2012 y 2019. Se excluyeron fracturas Vancouver tipo A y B3 y las tratadas con otras técnicas.

La clasificación según Vancouver se hizo mediante la Rx al ingreso. Todos los pacientes fueron intervenidos por cirujanos expertos mediante abordaje Mini invasivo o RAFI. En la RAFI se exponía todo el fémur permitiendo ver la longitud completa de la placa sobre la fractura reducida mientras en el Mini invasivo se exponía lo justo para conseguir la reducción y la presentación de la placa.

La variable independiente es el abordaje. Las dependientes: duración de la cirugía, caída de Hb, nº de transfusiones, días de ingreso, tiempo hasta consolidación e inicio de carga, complicaciones y funcionalidad postoperatoria. Finalmente, las variables confusoras que se han tenido en cuenta: Sexo, edad, clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), tiempo hasta la fractura, tipo de fractura, tamaño de placa y n de tornillos.



Resultados

En total 43 casos, 24 tratados mediante abordaje Mini invasivo (55,81%) y 19 mediante RAFI (44,19%). No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables confusoras por lo que partimos de dos grupos comparables entre sí.

El tiempo quirúrgico fue 30 minutos menor (P. 0,001), la hemoglobina cayó 0,7 puntos menos (P. 0,005) y se necesitaron menos transfusiones (P. 0,022) con el abordaje Mini invasivo.

Sin diferencias en el tiempo de ingreso pero sí en el de consolidación y de reinicio de deambulación. Los pacientes con abordajes Mini invasivos consolidaron de media 1 mes antes (P. <0,001), definiendo consolidación como la visualización de puentes óseos en ° de las corticales en el Rx anteroposterior y lateral. También comenzaron a deambular 1,5 semanas antes (P. <0,001).

Hubo 10 casos de complicaciones (23,25%) sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos aunque las dos infecciones fueron en el grupo de RAFI. A pesar de que hay cierta tendencia a que caminen con menos ayudas y tengan una mejor puntuación en el test de Barthel en el grupo del abordaje Mini invasivo no se han encontrado diferencias significativas en la funcionalidad postoperatoria.

Comentarios y Conclusiones

Los pacientes con FPPCs, que permiten osteosíntesis, tratados con placa NCB® mediante abordaje Mini invasivo se benefician de unos mejores resultados clínicos. Concretamente un menor tiempo quirúrgico, menor sangrado intraoperatorio que se traduce en menor necesidad de transfusiones y una consolidación más rápida y deambulación precoz. En contra de lo hipotetizado no encontramos una clara mejora funcional.

6-OR

¿INFLUYE EL TAMAÑO DE LA CABEZA PROTÉSICA DE CERÁMICA EN EL RESULTADO DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA? ESTUDIO PROSPECTIVO A 7 AÑOS

David Raya Roldán (1), Daniel Donaire Hoyas (1), Jesús Moreta Suárez (2), Jorge Albareda Albareda (3), Fernando Marqués López (4), Alberto Albert Ullibbarri (1)

1. Hospital de Poniente, El Ejido, España

2. Hospital de Galdakao, Vizcaya, España

3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

4. Parc de Salut Mar (Hospitales del Mar y Esperanza), Barcelona, España

Objetivos

En cirugía protésica de cadera, la introducción del par de fricción cerámica-cerámica ha demostrado unos resultados excelentes a largo plazo con baja tasa de complicaciones (1). Con la aparición de la nueva generación de cerámicas y su estructura molecular modificada, las tasas de desgaste son muy pequeñas (2) y las complicaciones por fracturas de la cerámica según la literatura ronda el 0,003% (3).

Según los estudios publicados (4) la fiabilidad de este par de fricción es muy alta, pero no encontramos estudios que comparen específicamente los diferentes tamaños de cabeza cerámica de cuarta generación y si existen diferencias clínicas y/o funcionales significativas entre éstos, utilizando un mismo tipo vástago. (5) (6) (7) (8) (9) (10)

El objetivo es analizar y comparar los resultados clínicos y funcionales obtenidos en nuestra serie en función del tamaño de la cabeza femoral protésica Biolox Delta entre los pacientes sometidos a una artroplastia total de cadera con par de fricción cerámica-cerámica y vástago corto Furlong Evolution.

Material y Métodos

Estudio prospectivo observacional de pacientes tratados con un mismo tipo de vástago corto desde Abril 2013 hasta Mayo 2021, con un mínimo de seguimiento de 1 año en los que se haya usado el par de fricción cerámica-cerámica.

El tamaño de muestra obtenido es de 200 pacientes intervenidos con vástago corto. De ellos en 107 se empleó cerámica-cerámica. Los datos recogidos de cada uno de los pacientes son la edad, diagnóstico, antecedentes relevantes, peso y talla, lateralidad, vía de abordaje, par de fricción utilizado, tamaños de los componentes, además de las complicaciones intra y postoperatorias.

Se realizó una evaluación pre y postoperatoria, recogiendo la escala WOMAC, la escala Harris Hip Score, un análisis radiológico y complicaciones.

Resultados

106 pacientes, 37 mujeres (35%) y 69 hombres (65%)

Seguimiento medio: 54,5 meses

Edad Media 55,6 años. Talla media: 170 cm. Peso medio: 80,76 kg. IMC: 27,8.

El diagnóstico más frecuente fue la coxartrosis primaria con 47 casos (44,34%).

Tamaños de cabeza: 18 casos 32 mm (17%); 60 pacientes con 36 mm (57%) y 28 pacientes con 40 mm (26%).

Se consideraron tres grupos de comparación según el tamaño de las cabezas femorales (32, 36 y 40 mm). Tras realizar un análisis de la varianza mediante un modelo de medidas repetidas, no hallamos diferencias significativas en el uso de los diferentes tamaños de cabeza protésica cerámica en la evolución de las escalas de valoración clínica HSS ($p=0,888$), ni en el de las subescalas del WOMAC (dolor $p=0,899$; rigidez $p=0,266$; capacidad funcional $p=0,947$).

Tampoco encontramos diferencias en los rangos de movilidad obtenidos con los diferentes diámetros de cabeza (flexión $p=0,226$; rotación externa $p=0,503$; rotación interna $p=0,379$; abducción $p=0,362$; aducción $p=0,918$).

No tuvimos ninguna complicación relacionada con el par de fricción cerámica-cerámica o con el tamaño de la cabeza femoral. Ningún paciente refirió "chirridos" en su cadera.

Comentarios y Conclusiones

En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en relación al tamaño de cabeza femoral, con unos resultados excelentes en todos los grupos y las complicaciones recogidas no se relacionan con el par de fricción. Aunque no se alcanza

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

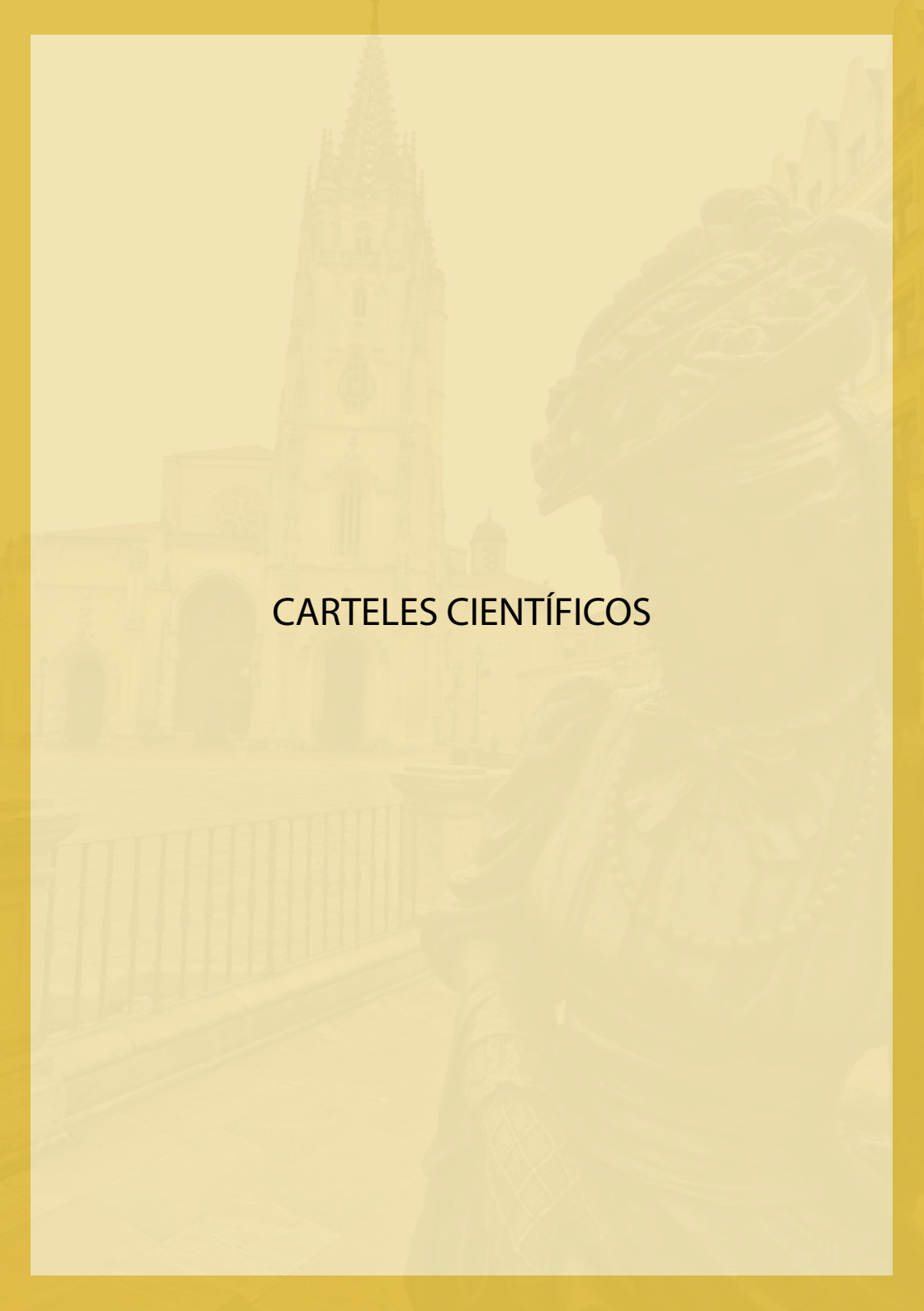
OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



significación estadística, el grupo de cabezas de 32 mm son los que mejoran más su movilidad general, por lo que deberíamos preguntarnos por qué y en qué tipo de pacientes se han empleado.

Como limitaciones destacar el pequeño tamaño muestral de nuestros grupos y el seguimiento solo a medio plazo. A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo no hemos encontrado estudios que comparen específicamente los tres tipos de tamaño de cabeza femoral BioloX Delta, incluyendo cabezas de 32, 36 y 40 mm, y empleado un mismo tipo de vástago en todos los casos. Este estudio puede ser un punto de partida para tener más datos sobre las cabezas mayores de 36 mm a medio y largo plazo.



CARTELES CIENTÍFICOS



CARTELES CIENTÍFICOS

1-P

CIATALGIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA PROTESICA DE CADERA

Carlos Zamorano Moyano¹, Miguel Ángel Olcina Meseguer¹, Jesús Manuel Méndez Sánchez², Alejandro Holgado Rodriguez De Lizana¹, Jose Antonio Serrano Trenas¹, Rafael Quevedo Reinoso¹

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

2. Hospital De Montilla, Córdoba

Objetivos

Presentar el caso clínico de un paciente intervenido de una artroplastia total de cadera por una displasia, que en el postoperatorio inmediato presentó clínica de ciatalgia por compresión directa de uno de los tornillos de fijación del cotilo.

Material y Métodos

Paciente de 43 años, sin antecedentes personales reseñables que acude a consulta de Traumatología por coxalgia derecha de años de evolución. A la exploración, ligera marcha en Trendelenburg, con una disimetría de 1 cm en miembro inferior derecho. La flexión y rotaciones de la cadera derecha son dolorosas sin presentar bloqueo.

Se realiza una radiografía anteroposterior y axial de cadera derecha en la que se observa una displasia de cadera Grado I de Crowe, con coxartrosis Grado IV de la clasificación de Tönnis.

Se indica como tratamiento la colocación de una artroplastia total de cadera.

Se realiza un abordaje posterolateral para la implantación de la artroplastia total de cadera no cementada con par cerámica-polietileno. Se coloca cotilo de metal trabecular con un tornillo de 35 mm en zona posterosuperior y otro de 30 mm en zona posteroinferior debido a características del acetábulo displásico.

A las 48 horas de la cirugía, el paciente comienza con clínica de ciatalgia en miembro inferior derecho.



El paciente acude al mes a consulta caminando con muletas y refiere un empeoramiento de la clínica ciática. Tras descartar otras causas que pudiesen provocar la clínica, se solicita TAC de cadera para valorar la localización de los tornillos acetabulares.

En las imágenes del TAC se aprecia protrusión de los tornillos acetabulares ubicándose el extremo distal del tornillo posterosuperior en músculo piramidal y el posteroinferior próximo al trayecto del nervio ciático

Se decide revisión quirúrgica para recambiar tornillos realizándose un abordaje posterolateral. Se evidencia buena fijación de los componentes protésicos, se sustituye tornillo posterosuperior por uno de 25 mm y se retira el tornillo posteroinferior. Se coloca nuevo inserto de polietileno y nueva cabeza de cerámica.

Resultados

A las 24 horas de la cirugía, la sintomatología de irritación del nervio ciático ha desaparecido y solo presenta ligera hipoestesia en zona plantar.

Tras un mes, el paciente acude a consulta deambulando sin dolor, sin clínica neurológica, con un balance articular completo y sin disimetría.

Pasados los 6 meses de la cirugía el paciente se reincorpora a su actividad laboral sin complicaciones reseñables.

Comentarios y Conclusiones

La lesión neurológica tras una artroplastia total de cadera tiene una incidencia de hasta el 3%, siendo más frecuentes en displasias de cadera y cirugías de revisión. Las causas pueden ser varias entre las que se incluyen: lesión directa, daño tras la colocación de los tornillos acetabulares, alargamiento de la pierna, compresión (hematoma o luxación) o lesión térmica por el cemento. Sin embargo, hasta un 40% de los casos se desconoce la causa concreta.

La colocación de tornillos para la fijación del componente acetabular puede provocar con mayor frecuencia lesiones vasculares, aunque también pueden aparecer lesiones neurológicas como es el caso expuesto.

Existe una zona segura para la colocación de los tornillos que es el cuadrante posterosuperior de Wasielewski, sin embargo, en algunos pacientes como aquellos que

presentan una displasia del acetábulo, nos puede ser de ayuda la colocación de los tornillos bajo control fluoroscópico para un mejor control de la localización de dichos tornillos.

2-P

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA DIGITAL EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Beatriz Fernández Maza, Javier Jiménez Martín, Marta Yaguez Hernandez, Sergio Bartolomé García, Jesús Campo Loarte
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Objetivos

Los dos factores más importantes para obtener un resultado funcional óptimo tras una artroplastia de cadera son la estabilidad del implante y el posicionamiento adecuado de los componentes. Para ello es imprescindible la evaluación clínica del paciente y la planificación preoperatoria adecuada. Actualmente es posible realizar esta última mediante programas informáticos que aumentan la precisión de las mediciones permitiendo restablecer la biomecánica y mejorando el resultado.

Nuestro objetivo es verificar el porcentaje de aciertos entre el sistema informático de planificación preoperatoria utilizada en nuestro centro y los componentes implantados/ resultados en la radiografía postoperatoria.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 20 pacientes operados de artroplastia total primaria de cadera. La planificación se hizo con el programa informático disponible en nuestro centro (Traumacad®) por el mismo cirujano que realizó la intervención quirúrgica en todos los casos. La cirugía se realizó mediante acceso lateral modificado por Hardinge. El diagnóstico principal para la implantación de la prótesis fue la coxartrosis con el fin de obtener un grupo homogéneo. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, lateralidad, cotilo planificado e implantado, vástago planificado e implantado, offset

planificado e implantado (estándar o lateralizado), cementación y discrepancia de longitud final.

Resultados

De los 20 casos revisados 11 eran mujeres y 9 hombres, 7 fueron caderas derechas y 13 izquierdas. La edad media fue de 62 años. Se encontró coincidencia en el tamaño del vástago planificado e implantado con una diferencia de ± 1 talla en el 80% (16 casos). En el cotilo el porcentaje de acierto fue del 70% (14 casos). En el 94% de los casos se implantó el offset planificado. Del total de artroplastias sólo 3 fueron cementadas y la discrepancia media de longitud en milímetros fue de 3.9.

Comentarios y Conclusiones

De acuerdo con la bibliografía, la planificación permite anticipar posibles errores y complicaciones quirúrgicas. Además la minuciosa reproducción de las medidas durante la cirugía permite restablecer la biomecánica de la cadera. En nuestras manos el sistema informático de planificación preoperatoria proporciona mediciones aceptables que se reproducen en muchos casos en los resultados postoperatorios. No obstante, son necesarios más trabajos que muestren el grado de significación estadística de nuestros datos.

3-P

CÓMO NOS AYUDA UN SISTEMA TRIPOLAR EN LA CIRUGIA DE REVISIÓN DE CADERA

Beatriz Fernández Maza, Marta Yaguez Hernández, Aurelio Moreno Velasco, Sergio Bartolomé García, Jesús Campo Loarte
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Objetivos

Presentar el caso de una paciente con cotilolisis por enfermedad de partículas tras desgaste de polietileno en prótesis parcial de cadera, presentando defecto acetabular cavitario, sometida a una cirugía de recambio protésico manteniendo prótesis femoral primaria y creando un sistema tripolar.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Material y Métodos

Paciente de 54 años con antecedente de prótesis tumoral total de fémur y prótesis de tibia proximal izquierdos por osteosarcoma a los 13 años que requirió recambio de cabeza bipolar a los 15 años de la cirugía primaria.

Acude a revisión a nuestra consulta. Refiere dolor controlado con analgesia. A la exploración física destaca deambulación con ligera rotación interna del pie y leve cojera. No presenta disimetrías ni dolor a la movilización pasiva de la cadera. El balance articular es simétrico a contralateral.

Se completa estudio con Tomografía Axial Computarizada (TAC) observándose defecto cavitario en cotilo.

Se propone a la paciente reconstrucción con injerto de esponjosa y cotilo poroso de metal trabecular. La prótesis de la paciente presenta una cabeza femoral monobloque por lo que se plantea convertirlo en un sistema tripolar; Implantar cabeza Stryker[®] de 44 mm articulada en su cabeza monobloque de 26 mm mediante un polietileno para cabeza de 44 en cotilo Stryker[®] PLS.

La paciente se encuentra de acuerdo y se realiza cirugía según planificación. Se accede mediante abordaje lateral de Hardinge observándose enfermedad por partículas, se toma muestra del líquido articular y sinovial para microbiología y anatomía patológica. Se retira cotilo y fragmentos de polietileno rotos. Tras la limpieza del cotilo, se observa techo y pared posterior conservados. Se realiza fresado comprobándose estabilidad con prueba de 58 mm. Se aporta injerto de banco en fondo y techo. Se implanta cotilo Stryker[®] con 5 tornillos, polietileno y cabeza bipolar que se ajusta a la cabeza metálica de la prótesis primaria. Se realiza reducción sin incidencias y se comprueba adecuada estabilidad.

Resultados

Al año de seguimiento la paciente presenta una evolución favorable. El resultado de los cultivos resultó negativo, aunque el Cobalto en suero se encontraba elevado (16.7 $\mu\text{g/L}$, normal: 0.0 - 0.9) por lo que se completó estudio por parte de Medicina Interna que descartó afectación a otros niveles.



Comentarios y Conclusiones

Cuando nos encontramos con una prótesis mono bloque bien implantada una solución, en el caso de precisar una cirugía de revisión, puede ser la transformación a un sistema tripolar sin que por ello se vea perjudicada la estabilidad o funcionalidad de la artroplastia.

4-P

OSTEOMIELITIS ENFISEMATOSA DE LA CADERA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Beatriz Fernández Maza, Sergio Sánchez Belmonte, Marta Yaguez Hernández, Aurelio Moreno Velasco, Jesús Campo Loarte
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Objetivos

La osteomielitis enfisematosa es una entidad altamente infrecuente con menos de 30 casos reportados en la literatura. Es una entidad que suele resultar fatal, registrándose una mortalidad mayor al 30%. Puede ser monomicrobiana, por diseminación hematógena, o polimicrobiana cuando presenta origen abdominal. Según la literatura, es más frecuente en pacientes con comorbilidades asociadas como la diabetes mellitus o tumores malignos y típicamente cursa con gas interóseo.

Nuestro objetivo es presentar el caso de varón de 69 años tratado en nuestro centro de una osteomielitis enfisematosa de fémur izquierdo con posible origen abdominal.

Material y Métodos

Varón de 69 años fumador de 20 cigarrillos al día, sin otros antecedentes médico quirúrgicos de interés, que acude al servicio de Urgencias de nuestro centro por lumbalgia y fiebre. A su llegada presenta signos de sepsis (fiebre, taquicardia, taquipnea e hipotensión) por lo que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con antibioterapia de amplio espectro. Se realiza una Tomografía Axial Computarizada (TAC) observándose hipercaptación sinovial y presencia de gas, fundamentalmente en cabeza,



cuello y en el aspecto endomedular del fémur izquierdo, compatibles con osteomielitis enfisematosa y artritis séptica de cadera izquierda.

Se decide tratamiento quirúrgico urgente realizándose artroplastia de resección tipo Girdlestone, fresado del cotilo y del canal femoral y abundante lavado. Además, se colocan espaciadores de cemento con antibiótico en cotilo y canal femoral (vancomicina, gentamicina y clindamicina).

En las muestras obtenidas durante la cirugía se obtiene Bacterioides Fragillis, Acidaminococcus Intestini, Staphylococcus Epidermidis, Escherichia Coli por lo que se ajusta cobertura antibiótica intravenosa según antibiograma.

Ante la sospecha de origen intestinal de la infección (por microorganismos aislados) se realiza TAC abdominal que no muestra foco activo, por lo que desestima tratamiento quirúrgico por parte de Cirugía General y Digestiva.

Durante su evolución en UCI desarrolla una insuficiencia renal y una miocardiopatía agudas que finalmente se resuelven. Además, presenta empeoramiento de reactantes de fase aguda con persistencia de datos de infección en pruebas de imagen por lo que se realizan hasta 8 lavados quirúrgicos (incluyendo fresado con sistema RIA).

Tras 106 días de ingreso hospitalario el paciente permanece estable, afebril, con buena evolución de las heridas, por lo que es dado de alta y se suspende tratamiento antibiótico.

Resultados

A los 7 meses de seguimiento y tras 4 meses sin tratamiento antibiótico el paciente permanece afebril, sin dolor y sin elevación de reactantes de fase aguda en la analítica, pendiente de conversión de la artroplastia de resección a artroplastia total de cadera.

Comentarios y Conclusiones

La osteomielitis enfisematosa presenta un pronóstico pobre y debido a su baja incidencia, es importante para su adecuado diagnóstico una alta sospecha clínica, seguida de un tratamiento quirúrgico precoz y agresivo en combinación con terapia antibiótica intravenosa.



5-P

MANEJO DEL PACIENTE CON FRACTURA SUBCAPITAL ASOCIADA A FRACTURA DE PARED ANTERIOR DE ACETÁBULO

Carlos Zamorano Moyano¹, Jesús Manuel Méndez Sánchez², Miguel Angel Olcina Mesequer¹, Alejandro Holgado Rodriguez De Lizana¹, Manuel Jesús López Pulido¹, Rafael Quevedo Reinoso¹

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

2. Hospital De Montilla, Córdoba

Objetivos

Presentar el caso clínico de un paciente con fractura de pared anterior de acetábulo asociado a fractura subcapital de cadera derecha, que se trató con una artroplastia total de cadera de doble movilidad con cotilo cementado.

Material y Métodos

Paciente de 63 años que tras caída fortuita desde 3 metros de altura acude al servicio de urgencias refiriendo dolor en zona inguinal derecha e imposibilidad de realizar ni flexo-extensión ni rotaciones de cadera. Se realiza body -TAC por tratarse de traumatismo de alta energía y radiografía anteroposterior y axial de cadera derecha.

No se encuentran hallazgos reseñables en cráneo, tórax ni abdomen. En pelvis presenta fractura de rama ileopubiana derecha con extensión intraarticular llegando a pared anterior de acetábulo sin desplazamiento, fractura de rama isquiopubiana derecha y fractura subcapital de cadera derecha Garden tipo IV.

A destacar entre los antecedentes personales del paciente una encefalitis límbica autoinmune que le provoca crisis de epilepsia en tratamiento con prednisona y carbamazepina.

En la planificación preoperatoria se considera al paciente como alto riesgo de luxación para una prótesis total de cadera por presentar enfermedad neurológica y fractura de cadera, por lo que se decide indicar artroplastia total de doble movilidad. Para tratar la fractura de pared anterior de acetábulo se decide colocar cotilo cementado debido a que

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



se trata de una fractura transversa con desplazamiento menor de 2 mm y que solo afecta a la pared anterior de acetábulo. Se realizó abordaje lateral por presentar menor riesgo de luxación que el posterolateral.

Resultados

Al segundo día tras cirugía el paciente comenzó a tolerar la sedestación y deambulación con andador. Tras cierre completo de heridas se indicó tratamiento rehabilitador. Pasado 6 meses de la cirugía el paciente deambula sin ayuda, no disimetría y radiografía satisfactorias.

Comentarios y Conclusiones

Las fracturas subcapitales de cadera asociadas a fracturas de pared acetabular son lesiones poco frecuentes que suelen presentarse tras traumatismo de alta energía. Las fracturas transversas de la pared anterior del acetábulo aisladas con desplazamientos menores de 2 mm pueden manejarse con tratamiento conservador, sin embargo cuando se asocian a fracturas subcapitales, el uso de artroplastias totales de cadera con cotilos cementados pueden ser una buena alternativa terapéutica.

Las luxaciones de las artroplastias totales de cadera siguen siendo una complicación frecuente, especialmente en pacientes con criterios de alto riesgo, como son: diabetes, alcoholismo, cirugías previas sobre la cadera, enfermedades neurológicas, obesidad, sexo femenino, patología lumbar o tras fracturas de cadera. El paciente presentaba dos criterios de alto riesgo para luxación por lo que la opción del uso de cotilo de doble movilidad puede disminuir la incidencia de dicha complicación.

6-P**Detección De Iones Metálicos En Sangre Y Orina En Dos Modelos Protésicos. Estudio A Los Doce Meses.**

Susana Iglesias Fernández¹, Ana Escandón Rodríguez², Jimena Llorens De Los Ríos³, José María Viloria Gutiérrez¹, Manuel Ángel Sandoval García¹, Daniel Hernández Vaquero⁴

- 1. Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España*
- 2. Hospital Oriente de Asturias, Arriondas, España*
- 3. Hospital Universitario de la Plana, Castellón, España*
- 4. Universidad de Oviedo, Oviedo, España*

Objetivos

Es conocido el aumento de los niveles de determinados metales en sangre y orina en pacientes portadores de algunos modelos de prótesis de cadera, especialmente en aquellas cuyo par de fricción es metal-metal. No existe constancia en la bibliografía reciente de que otros modelos no puedan presentar esta complicación.

El objetivo principal de este póster es determinar si existen diferencias en los niveles sérico y urinarios de cromo y cobalto en el periodo preoperatorio y a los doce meses de la intervención quirúrgica.

Material y Métodos

La muestra consta de 102 pacientes divididos en dos grupos (51 pacientes en cada grupo), a los que se les implantó uno de los dos modelos protésicos con par de fricción metal-polietileno utilizados en el Servicio (modelo A y B).

Se realizaron determinaciones analíticas en sangre y orina de veinticuatro horas, de manera preoperatoria y los doce meses de la cirugía. Las determinaciones analíticas se realizaron en el mismo laboratorio a través del Servicio de Bioquímica del Hospital. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 28.

Resultados

La muestra final consta de 102 pacientes (edad media: 66,2 años). El 39,2% fueron intervenidos de la cadera del lado izquierdo. Los niveles medios séricos preoperatorios de

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



cromo fueron de 0,77 $\mu\text{g/L}$, los de cobalto de 0,34 $\mu\text{g/L}$. Los niveles medios en orina de 24 horas de cromo fueron de 1,01 $\mu\text{g/L}$ y los de cobalto fueron de 0,85 $\mu\text{g/L}$.

Los niveles séricos y en orina de 24 horas a los doce meses de la implantación protésica en ambos modelos de prótesis se mantuvieron por debajo de 5 $\mu\text{g/L}$ (0,77 y 1,00 en el caso del cromo sérico; 0,55 y 0,54 $\mu\text{g/L}$ en el cobalto sérico; 1,84 y 1,74 $\mu\text{g/L}$ en el cromo urinario; 1,29 y 1,38 $\mu\text{g/L}$ en el cobalto urinario en los modelos A y B respectivamente), no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,5$) en todas las determinaciones.

Comentarios y Conclusiones

La presencia de metales en sangre y en orina, no origina sintomatología en estadios iniciales pero se desconoce si ello podría suceder a medio y largo plazo si esta se incrementa, ya que la elevación mantenida de determinados metales como es el caso del cromo o del cobalto puede originar depósitos patológicos en determinados órganos diana (riñones, hígado y cerebro).

Es por ello que, nos parece adecuado implementar de manera sistemática la determinación de niveles de estos iones metálicos en aquellos pacientes portadores de artroplastias de cadera. Si bien es cierto, que los hallazgos de nuestro estudio al año de la cirugía, demuestran niveles muy por debajo de los que se considerarían de riesgo.

7-P

2.5 AÑOS DE EXPERIENCIA DE NUESTRO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PRECOZ EN ARTROPLASTIA DE CADERA. PROTOCOLO, RESULTADOS, DIFICULTADES Y PUNTOS DE MEJORA

*David Raya Roldán, Felipe Guerra Alonso, Daniel Donaire Hoyas, Alberto Albert Ullibarrí
Hospital de Poniente, El Ejido, España*

Objetivos

Los programas de rehabilitación precoz están basados en un enfoque multidisciplinar perioperatorio, su objetivo es facilitar la recuperación funcional del paciente después de una artroplastia de cadera.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Explicar nuestro protocolo de rehabilitación precoz, comunicar los resultados obtenidos, dificultades y los puntos de mejora.

Material y Métodos

Nuestro protocolo se basa en un abordaje multidisciplinar junto a los servicios de Anestesiología, Rehabilitación (Fisioterapia) y Enfermería.

Los criterios de inclusión en el protocolo son pacientes que vayan a someterse a artroplastia electiva de cadera y que sean capaces de colaborar activamente.

Preoperatoriamente se explica al paciente el funcionamiento del programa de rehabilitación precoz al incluirlo en la lista de espera quirúrgica. Con antelación de 1 mes de la cirugía, se refuerzan los conceptos en la escuela de pacientes. En esta reunión intervienen el cirujano ortopédico, el fisioterapeuta y enfermería de enlace.

A nivel anestésico aplicamos un protocolo específico (anestesia más analgesia raquídea sin catéter epidural, e infiltración local tisular). La sonda se retira en la sala de reanimación, antes de subir a la planta. No dejamos drenajes.

Los abordajes utilizados son el abordaje antero lateral de Hardinge modificado y el abordaje anterior directo.

En las primeras doce horas postoperatorias, fisioterapia realiza la valoración del paciente y planifica el tratamiento en la planta. La analgesia iv se mantiene la primera noche, posteriormente se pasa a vía oral. En las primeras 24 horas el paciente se pasa de la sedestación a la bipedestación y marcha supervisada por un fisioterapeuta. Se suelen utilizar muletas tipo bastón inglés. Habitualmente se procede al alta hospitalaria a las 48-72 horas tras realizar una encuesta de satisfacción.

Tenemos una enfermera de enlace que contacta con los pacientes de manera telefónica para comprobar que la evolución clínica es satisfactoria. Las curas de la herida quirúrgica se realizan en su centro de salud. La primera consulta con el traumatólogo se hace a las dos semanas.



Resultados

Desde el año 2019 llevamos aplicando este protocolo, con el desafortunado intervalo de falta de actividad de cirugía programada en nuestro hospital durante la pandemia (Marzo 2020- abril 2021). Hemos aplicado este protocolo en 55 pacientes, y hemos observado que el grado de satisfacción está por encima de la media de los pacientes a los que no se les aplica el protocolo.

Las principales dificultades en la aplicación de este protocolo han surgido en la falta de costumbre en relación a la colaboración interservicios.

Las complicaciones clínicas observadas en los pacientes fueron mareo por hipotensión ortostática en las primeras 24 horas (11 casos), dolor que limitaba la deambulacion (8 casos), y sangrado postquirúrgico (2 casos, que solo requirió cambio de apósitos). 4 pacientes fueron dados de alta en las primeras 24 horas, 37 pacientes a las 48 horas y 14 requirieron 72 horas o más para el alta.

Comentarios y Conclusiones

La aplicación de un protocolo de rehabilitación precoz supone una mejora en la calidad asistencial recibida por nuestros pacientes destacando los siguientes hechos:

- El paciente participa activamente en su proceso.
- Acceso fácil a la información que precise.
- Equipo multidisciplinar y enfermería de enlace que mantiene el contacto con el paciente lo que le transmite seguridad y confianza.
- Permite un ahorro económico no desdeñable al disminuir la estancia hospitalaria de estos pacientes.

Para aplicar un protocolo de rehabilitación precoz debemos conseguir la colaboración de otros servicios y darlo a conocer dentro de nuestro propio servicio, para que de ese modo los resultados sean satisfactorios para el médico y el paciente, ya que éste último es el objeto de nuestra práctica médica.

8-P**VARIACIÓN EN EL GRADO EN DEPENDENCIA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD TRAS FRACTURA DE CADERA. ESTUDIO A LOS 12 MESES**

Susana Iglesias Fernández¹, Jimena Llorens De Los Rios², Ana Escandón Rodríguez³, Gorka Luis Ruete Gil¹, Manuel Ángel Sandoval García¹, Daniel Hernández Vaquero⁴

- 1. Hospital Universitario San Agustín, Avilés*
- 2. Hospital Universitario de la Plana, Castellón De La Plana*
- 3. Hospital del Oriente de Asturias., Arriondas,*
- 4. Universidad de Oviedo, Oviedo*

Objetivos

La fractura de cadera en el anciano es la lesión más frecuente en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología en los países desarrollados. Los principales factores que contribuyen a ello son la debilidad ósea y la facilidad para las caídas que presentan las personas de la tercera edad. Su presencia es capaz de alterar, tanto las relaciones sociales, familiares y dependencia del anciano.

Aunque el tratamiento de las fracturas de cadera en el anciano esta ampliamente estandarizado, existen controversias en cuanto a la modificación del grado de dependencia previo.

El objetivo de este estudio es determinar si existe modificación en el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria en los pacientes mayores de 65 años incluidos en nuestra muestra a los doce meses de sufrir el evento.

Material y Métodos

Pacientes atendidos en el Servicio de Traumatología de nuestro Hospital por fractura de cadera (fracturas de cuello femoral y del macizo trocantérico) durante un periodo de tres meses. Se compararon los datos recogidos en el momento del ingreso a través de la historia clínica, entrevista al paciente, a su familia directa y/o cuidador/a, con la evaluación realizada en consultas externas a los doce meses de producirse la fractura. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados

La serie final consta de 88 pacientes (edad media: 80,5 años). El 30,7% de los casos no precisaba de ningún tipo de asistencia para la marcha en el momento del ingreso, cifra que descendió hasta el 3,4% a los tres meses, manteniéndose sin cambios a los 12. La capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria medida previamente a la fractura mediante la escala de Barthel fue de 62,50 puntos de media, siendo de 42,34 puntos a los doce meses con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (t de Student para muestras apareadas). Aquellos pacientes que presentaban antes de la fractura una mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo moderado-severo, estaban institucionalizados y no deambulaban o se desplazaban en silla de ruedas, presentaron una mayor dependencia e incapacidad funcional tras la fractura.

Comentarios y Conclusiones

La capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria disminuye a los doce meses tras una fractura de cadera. Esta diferencia se mostró de manera más llamativa en pacientes que presentan previamente una mayor dependencia, no deambulaban libremente y tenían deterioro cognitivo. Este grupo de pacientes precisa una atención personalizada y deberían seguir un protocolo específico postoperatorio, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.

9-P

EL TENSOR DE LA FASCIA LATA ¿SÓLO AFECTA A LA RODILLA?

Marta Yáñez Hernández, Beatriz Fernández Maza, Serigo Sánchez Belmonte, Diego García Rodríguez, Jesús Campo Loarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

Objetivos

Presentar el caso de una mujer de 39 años con una rotura traumática de la porción proximal del tensor de la fascia lata tras caída sobre la que se realizó un tratamiento conservador con descarga y fisioterapia dirigida.



Material y Métodos

Mujer de 39 años que tras una caída con mecanismo indirecto de aducción forzada del miembro inferior derecho acude a nuestro servicio de urgencias con importante dolor en la cara lateral del muslo que le dificulta notablemente la deambulaci3n.

A la exploraci3n f3sica llamaba la atenci3n la asimetr3a a nivel de la regi3n lateral del muslo con respecto a la contralateral. Presentaba adem3s dolor marcado en la regi3n proximal de la cara lateral del muslo, con impotencia para la abducci3n contra resistencia, claudicando por dolor.

Se realiz3 en un primer momento una radiograf3a simple anteroposterior de pelvis, donde se descartaron lesiones 3seas agudas y se constat3 una marcada asimetr3a a nivel de las partes blandas de la regi3n lateral del muslo.

Fue sometida a una resonancia magn3tica, donde se observ3 una rotura del origen del m3sculo tensor de la fascia lata en su inserci3n en la espina il3aca anterosuperior derecha con retracci3n de 14mm y edema circundante.

Ante estos hallazgos se decidi3 un manejo conservador, con reposo relativo hasta cumplimentar 6 semanas desde la lesi3n y posterior rehabilitaci3n con ejercicios de fisioterapia dirigidos, enfocados en recuperar el rango de movilidad y estiramiento y fortalecimiento progresivo de los m3sculos extensores de cadera, abductores, cu3driceps y extensores de rodilla.

Resultados

A los 12 meses de la ca3da, la paciente se encuentra sin dolor y realizando actividad deportiva normal. Presenta un defecto est3tico poco reseable, con asimetr3a a nivel de la regi3n proximal de la cara lateral del muslo derecho, sin ninguna limitaci3n funcional.

Comentarios y Conclusiones

Las lesiones de la porci3n proximal del tracto iliotibial y la fascia lata, aunque menos comunes que las de la porci3n distal, son un diagn3stico a tener en cuenta en estos casos. Hay que ser precavidos al prescribir fisioterapia en estos pacientes, ya que puede aumentar la sobrecarga y tensi3n a la que est3 sometido el m3sculo. LA fisioterapia debe ir dirigida a un estiramiento y fortalecimiento de los extensores de cadera, abductores y cu3driceps para una buena evoluci3n.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



10-P

ARTROPLASTIA DE CADERA EN CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE FRACTURA DE FÉMUR

Miguel Viño Loureiro, María Martín Gaitero, Marcos González Alonso, Paula Casas Ramos, Francisco Arias Martín, Alfonso Sánchez-Robles Hurtado
Hospital de León

Objetivos

Presentar el caso de un varón de 79 años con deformidad en diáfisis femoral por consolidación viciosa de una fractura previa al que se le realizó una artroplastia total de cadera en nuestro centro.

Material y Métodos

Se revisa la bibliografía existente respecto a artroplastias de cadera en deformidades femorales y se presenta el caso de un varón de 79 años que presenta una coxartrosis derecha. En el miembro ipsilateral se evidencia una disimetría, para la cual utiliza un alza, debido a la consolidación viciosa de una fractura diafisaria de fémur, que no había sido tratada quirúrgicamente. A la exploración física no existe aparentemente deformidad angular ni rotacional, pero sí de longitud. Se realiza un estudio radiológico para valorar disimetría, deformidad angular y alteraciones rotacionales, mediante telerradiografías y medición del ángulo Q. Se realiza una artroplastia total, y debido a la obliteración del canal medular por el callo de fractura, se coloca un vástago corto.

Resultados

La evolución del paciente es favorable, sin presentar dolor a nivel de cadera o rodilla. No hay signos de aflojamiento de los implantes. Existe leve disimetría, de 0,5cm, por lo que se ajusta el alza.

Comentarios y Conclusiones

Las deformidades femorales en pacientes candidatos a artroplastia de cadera pueden ser leves o severas y ser angulares, rotacionales o de longitud. Alteraciones en la versión femoral o angulaciones severas, pueden hacer necesarios gestos quirúrgicos añadidos,



como osteotomías desrotadoras. Otra opción sería el empleo de vástagos cónicos (tipo Wagner), que permiten compensar alteraciones de la versión femoral. Según la región afectada del hueso y el tipo e intensidad de la deformidad, puede verse modificado el tratamiento preciso, por lo que es importante la realización de una planificación prequirúrgica adecuada y completa del paciente, realizando pruebas de imagen adicionales si fuese preciso.

11-P

UN FÉMUR, MÚLTIPLES FRACTURAS.

Lidia De La Cruz Gutiérrez, Ivan Soto Perez, Marcos González Alonso, Raúl Marcos Mesa, Luis Javier Díez Romero, Alfonso Sánchez-Robles Hurtado
Hospital de León

Objetivos

Presentar nuestra experiencia en un caso de fractura femoral basicervical sobre un fémur con una osteosíntesis previa y las complicaciones del mismo.

Material y Métodos

Paciente mujer de 88 años que acude a urgencias tras una caída de propia altura presentando dolor e impotencia funcional en la cadera derecha. Tras la realización de un estudio radiográfico se diagnostica de fractura basicervical de fémur derecho, como antecedente de interés sufrió una fractura diafisaria de dicho fémur que se trató mediante osteosíntesis con placa hace 8 años. Se decide ingreso para tratamiento mediante enclavado endomedular de dicha fractura tras retirada de material de osteosíntesis previo. Durante la retirada de material se produce una fractura a nivel de uno de los tornillos generándose una fractura subtrocanterea, tras lo cual se decide una osteosíntesis mediante un clavo largo.

Resultados

La paciente recibe el alta caminando con andador y con tratamiento mediante calcio y vitamina D. Durante las sucesivas revisiones se aprecia una consolidación de la

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



fractura subtrocanterea pero con movilización de la lámina cefálica, produciéndose un cut out 7 meses después de la intervención. Se decide retirar el clavo y sustitución por una prótesis total de cadera cementada de doble movilidad al presentar la región anterosuperior del cotilo una zona de lesión ósea. A los dos años de seguimiento la paciente no presenta dolor, camina con andador y sin nuevas complicaciones de su última intervención.

Comentarios y Conclusiones

Ante la presencia de fracturas osteoporóticas es necesario iniciar un tratamiento precoz. En hueso de mala calidad, durante el enclavado intramedular, aumenta el riesgo de complicaciones, por ello, cada vez más estudios recomiendan la utilización de cemento mediante técnicas de aumentación del implante.

12-P

QUISTE ÓSEO SOBRE DISPLASIA DE CADERA

Lidia De La Cruz Gutiérrez, Elena Esparcia Arnedo, María Martín Gaitero, Ricardo Mencía Barrio, Paula Casas Ramos, Alfonso Sánchez-Robles Hurtado
Hospital de León

Objetivos

Mostrar nuestra experiencia en el manejo de un caso de quiste óseo simple en fémur proximal en el contexto de una cadera displásica con osteotomía femoral previa.

Material y Métodos

Paciente mujer de 28 años remitida a nuestro centro por presencia de lesión lítica en región de fémur proximal derecho tras realización de estudio radiológico por dolor inguinal de entorno a un año de evolución, sin traumatismo previo. La paciente fue intervenida en la infancia por displasia de esa misma cadera mediante la realización de tenotomía de aductores y osteotomía femoral. A la exploración presenta limitación para las rotaciones de cadera y dolor en región glútea. Se completa estudio mediante TAC y RMN informándose como lesión compatible con quiste óseo aneurismático o simple

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



atípico, sin afectación de partes blandas, con subluxación superolateral de la cabeza femoral. Se decide tratamiento quirúrgico realizándose una ventana lateral y curetaje simple, con relleno de la lesión con homoinjerto estructural e impactado esponjoso, y osteosíntesis mediante un sistema de placa-tornillo deslizante. Durante la intervención se toma muestras para estudio anatomopatológico y microbiológico.

Resultados

El resultado anatomopatológico fue compatible con quiste óseo simple, sin crecimiento en cultivos microbiológicos. Se inicio carga progresiva con carga completa a los 3 meses de la intervención. La paciente evoluciona favorablemente sin limitación de la movilidad, ni disimetrías ni dolor en la región con buena integración y consolidación del injerto óseo.

Comentarios y Conclusiones

Aunque el quiste óseo simple es una lesión benigna, el tratamiento quirúrgico debe ser considerado cuando sospechemos un alto riesgo de fractura, como indicará la presencia de una clínica florida, el tamaño de la lesión o su situación en huesos de carga.

Es importante establecer un diagnostico diferencial correcto, sobretodo con el quiste óseo aneurismático, por tanto, será necesario un correcto estudio de imagen y anatomopatológico.

No hay un consenso acerca de cuál es el mejor aporte óseo para cubrir la cavidad. En caso de defectos de gran tamaño, se recomienda asociar osteosíntesis para evitar fracturas de la zona y favorecer la curación.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



13-P

RECONSTRUCCIÓN PÉLVICA TRAS MAL UNIÓN E INESTABILIDAD CRÓNICA POSTRAUMÁTICA DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Tomas Maio Mendez, Fernado Granell Escobar, Eric Montserrat Rodriguez, Montserrat Castillo Pou, Santiago Gallardo Villares
Hospital Asepeyo Sant Cugat, Barcelona*

Objetivos

El tratamiento de las lesiones pélvicas inestables siguen siendo un reto a día de hoy presentando unas tasas de recuperación incompleta e incapacidad para la deambulaci3n de entre el 25% - 73% seg3n las series. El resultado funcional se ve afectado por la presencia de otras lesiones musculoesquel3ticas, viscerales y nerviosas asociadas que suelen acompa1ar a los traumatismos p3lvicos graves. Adem3s, el resultado tambi3n se ve afectado por el desarrollo de una consolidaci3n defectuosa o pseudoartrosis del anillo p3lvico como resultado de una reducci3n sub3ptima inicial, m3todos de fijaci3n insuficientes y otros factores que pueden provocar dolor residual cr3nico, deformidad y discapacidad funcional progresiva.

El tratamiento de las secuelas de fracturas p3lvicas mal consolidadas constituyen un gran reto para el cirujano y precisan de centros especializados en este tipo de patolog3a para obtener 3xito en el resultado. As3 como los resultados del manejo agudo de los traumatismos p3lvicos es bien conocido, la bibliograf3a sobre el tratamiento de mal-uniones p3lvicas es escaso.

Es por ello, que presentamos este caso cl3nico de un paciente con una inestabilidad cr3nica y mal-uni3n p3lvica de 3 a1os de evoluci3n, dado que es de sumo inter3s profundizar en el tratamiento y el resultado general en este tipo de lesiones tanto para los especialistas de pelvis como para la comunidad cient3fica en general.

Material y M3todos

Se trata de paciente var3n de 41 a1os, que en abril del 2017 sufri3 un accidente de tr3fico, siendo diagnosticado con fractura inestable abierta de pelvis izquierda tipo Tile C1,



complicado con desgarro y exposición de la mucosa rectal y una lesión genitoureteral. Fue tratado en otro centro, donde inicialmente, se colocó un fijador externo para estabilizar la pelvis, e intervenir sobre las partes blandas. En febrero de 2018, se realiza un intento de reducción de la sínfisis del pubis, que no fue posible y se colocan dos tornillos canulados sacroiliacos. Evolucionó tórpidamente, interviniendo en varias ocasiones por hernias a repetición y fallos en el material de hernioplastia (mallas). En marzo del 2021 es remitido a nuestro centro para estudio y valoración del tratamiento. El paciente clínicamente refería imposibilidad para caminar más de 200 metros por claudicación y dolor en la zona sacroilíaca izquierda e incontinencia urinaria. En los estudios preoperatorios se realizan radiografías y TC, donde se evidencia una inestabilidad pélvica crónica, con subluxación de la sacroilíaca izquierda y apertura de sínfisis púbica unos 4 cm aproximadamente. Además, se realiza una cistouretrografía donde se evidencia una herniación anterior de la vejiga. Se imprimió en 3D un molde de la pelvis, para la correspondiente planificación preoperatoria. Se valoraron las opciones quirúrgicas de forma multidisciplinaria y con el paciente. Se optó por realizar una reconstrucción pélvica, vesical y de la pared abdominal. Inicialmente, se procedió a la artrodesis de la sínfisis púbica con doble placa, previamente premoldeadas mediante el molde 3D, y aporte con injerto tricortical de cresta ilíaca. Luego, se procedió a la reducción vesical y colocación de nueva malla de refuerzo aponeurótico. Finalmente, se realizó una fijación sacroilíaca, mediante una instrumentación S1-ilíaco.

Resultados

El paciente cursa actualmente su tercer mes de postoperatorio. Ha tenido una evolución favorable, con mejoría evidente del dolor y de la sintomatología urinaria. Se encuentra en un programa estricto de rehabilitación, donde ya se consiguió la deambulacion con carga parcial. Se realiza un TC de control a los dos meses de postoperatorio, donde ya se evidencia claramente que el proceso de consolidación está evolucionando. El paciente sigue controles por la consulta externa, evolucionando satisfactoriamente.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



Comentarios y Conclusiones

La principal causa de pseudoartrosis y deformidad pélvica, como secuela de una fractura, es el manejo inadecuado inicial de la misma. Las revisiones de secuelas de fractura pélvica siempre generan un reto al cirujano, por su complejidad anatómica y exigencia quirúrgica. Para un resultado exitoso, se requiere una planificación preoperatoria minuciosa y es esencial una intervención quirúrgica metódica. La impresión 3D parece permitir una planificación preoperatoria más precisa, ayudando al premoldeado de las placas para la intervención.

14-P

TECNICA DE SLOOF EN DEFECTO ACETABULAR PROTESICO

*Victor Manuel Barcena Tricio, Jose Manuel Perales Ruiz
Hospital Universitario de Burgos, Burgos*

Objetivos

La creciente incidencia de reemplazos articulares de cadera ha determinado que en la actualidad la revisión del componente acetabular sea un procedimiento bastante frecuente. Siendo el mayor inconveniente a la hora de realizar la cirugía de recambio protésico el defecto óseo. Por tanto, se convierte en un verdadero desafío técnico conseguir la estabilidad del implante. A través de la clasificación de Paproski podemos estadificar el defecto en función de la osteolisis del isquion, la línea de Kohler y la lagrima acetabular. Existen distintas técnicas quirúrgicas para solventarlo: megacotilos, anillos de reconstrucción, suplementos metálicos, aloinjertos estructurales y aloinjertos triturados. La técnica de Sloof intenta mediante el aporte de aloinjerto esponjoso impactado crear una superficie endóstica al huésped que permita la reconstrucción de esos defectos óseos y conseguir una estabilidad primaria.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 67 años con un aflojamiento aséptico de la PTC intervenido con una artroplastia de cadera en 1995. Es alérgico a la aspirina y la PTC se



indico por coxartrosis como antecedentes personales de interés.

Tras 10 años desde la artroplastia el paciente comienza con importante cojera y dolor inguinal visulizándose en las imágenes radiológicas la movilización del componente acetabular con importante defecto óseo(Clasificación Paproski II C).

Se realiza intervención quirúrgica en la cual se extrae el componente acetabular, se realiza una limpieza exhaustiva del fondo cotiloideo y se procede a un estudio intraoperatorio que confirma el aflojamiento aséptico. Se procede a reconstrucción mediante técnica de Sloof con injerto autologo triturado y malla atornillada con cementación del componente acetabular.

A los 5 días, el paciente fue dado de alta tras una adecuada evolución manteniendo la descarga del miembro intervenido.

Resultados

El paciente evolucionó favorablemente en las semanas sucesivas a la intervención quirúrgica. Se mantuvo la descarga durante 6 semanas y de manera progresiva se comenzó a realizar carga parcial con muletas. A los 5 meses tras la cirugía, el paciente realizaba una deambulacion sin ayuda de muletas, sin presentar dolor ni cojera.

Durante 14 años el paciente realizó revisiones periódicas sin objetivarse clínicamente ni radiológicamente nuevo aflojamiento articular.

Comentarios y Conclusiones

Los aloinjertos triturados e impactados tienen un proceso de integración progresivo y completo que se puede vigilar radiológicamente, siendo la reabsorción de este sustitutivo óseo muy baja.

Por tanto, la técnica de Sloof proporciona una opción quirúrgica muy útil ya que permite la reconstrucción del defecto óseo de tal manera que mantiene una suficiente cantidad ósea en el caso de necesitar nuevas intervenciones, así como, mantener el centro de rotación de la cadera.

15-P LUXACIÓN CENTRAL FEMORAL BILATERAL TRAS EPISODIO DE CRISIS EPILÉPTICA

*Jeronimo Tara De Miguel, Guillem Figueras Coll, Pablo Iriondo Soler, Santiago Goberna Rives, Juan Cabello Gallardo, Jose Antonio Hernández Hermoso
Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona*

Objetivos

Presentar el resultado clínico y radiológico en el seguimiento postoperatorio de este paciente con el empleo bilateral de anillo antiprotrusivo (Burch Schneider), dados los pocos casos publicados en la literatura tras este tipo de lesión.

Material y Métodos

Varón de 77 años derivado a nuestro hospital tras episodio de crisis convulsiva, que una vez finalizado el mismo, presenta mucho dolor asociado e impotencia funcional para ponerse de pie.

A su llegada a urgencias, se realiza la exploración pertinente y las pruebas de imagen (radiografía, Body TC y angio-TC).

En la radiografía de pelvis se observa luxación central femoral bilateral (Figura 1). El TC pélvico informa de fractura acetabular transversa bilateral (clasificación de Letournel) y fractura longitudinal de la pala iliaca derecha (Figura 2). El angio TC descarta sangrado intrapélvico/abdominal.

Al estudiar el caso se valoró la conminución, patrón de fractura y la osteoporosis asociada a la edad que pueden condicionar los resultados de una osteosíntesis. Por esta razón se decidió implantación de anillo antiprotrusivo (Burch Schneider) bilateral y osteosíntesis de la fractura de la pala iliaca derecha, junto artroplastia bilateral con cótilo de doble movilidad y vástago femoral no cementado. Se lleva a cabo en dos tiempos (cada cadera por separado) mediante abordaje posterior de Moore. La síntesis de la fractura de pala iliaca se realizó a través de la primera ventana del abordaje ilioinguinal de Letournel (Figura 3).

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



En el postoperatorio, el paciente no presentó déficits neurovasculares en ninguna de las dos cirugías ni otras complicaciones asociadas a las mismas. Durante el ingreso, el paciente no realizó carga ni deambulación, solo se permitía sedestación. Inició la deambulación con carga parcial progresiva a partir de las 6 semanas, previo control radiológico.

Resultados

Tras el seguimiento del paciente, al año postoperatorio, el paciente realiza carga completa con la ayuda de un bastón, una puntuación de Harris Hip Score (HHS) de 79 en cadera izquierda y 77 en la derecha; y un WOMAC de 12 global. No ha presentado ninguna complicación postoperatoria hasta el momento.

Comentarios y Conclusiones

En pacientes de edad avanzada (>60 años) es compleja lograr una reducción anatómica mediante la realización de osteosíntesis, condicionada por la conminucion, patrones de fractura complejos y la mala calidad ósea; conllevando el desarrollo de una artrosis postraumática precoz y una reconversión a artroplastia en el futuro. Por esta razón, es una opción optar por anillos antiprotrusivos, dado que el anclaje a nivel ilíaco e isquiático nos puentea la fractura y logra una adecuada estabilidad. Se optó por el empleo de cótilo de doble movilidad dado la edad avanzada y el antecedente de epilepsia, donde puede existir una predisposición a la luxación.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



16-P PRÓTESIS MODULAR DE CADERA COMO TRATAMIENTO DE FRACTURA PERIPROTÉSICA. SERIE DE DOS CASOS

Alejandro Holgado Rodriguez De Lizana, Manuel Jesus Lopez Pulido, Jesus Manuel Sanchez Mendez, Francisco Javier Marquez Ruiz, Francisco Solano Marques Gomez, Rafael Antonio Quevedo Reinoso
hospital reina sofía, Cordoba

Objetivos

Las fractura periprotésica de cadera es una patología relativamente infrecuente, de difícil manejo y potencialmente grave, este tipo de fractura tienen una incidencia en torno al 0,4% - 2,3% cuando se trata de prótesis primarias. Esta incidencia aumenta en cirugías de revisión 3%-5%.

En nuestro póster queremos mostrar dos casos de fracturas periprotésicas que tras múltiples intervenciones por fracaso de la osteosíntesis, han sido intervenidas en nuestro hospital mediante sistema de revisión de cadera curvo Revitan® (Zimmer Biomet). El objetivo de esta comunicación es exponer los casos de dos mujeres de 73 y 77 años respectivamente tratadas en nuestro hospital con éxito de fractura periprotésica tipo Vancouver B1 con prótesis modular de revisión.

Material y Métodos

Se realizó el seguimiento de ambos casos clínicos durante 4 meses tras la intervención quirúrgica.

Resultados

Se realizó el seguimiento de ambos casos clínicos durante 4 meses tras la intervención quirúrgica.

Comentarios y Conclusiones

La fractura periprotésica de cadera es una patología que está aumentando su incidencia en los últimos años. Este tipo de fracturas conllevan una gran morbimortalidad para los pacientes.



Las prótesis modulares de revisión con cerrojos distales, pueden ser una posible opción para el tratamiento para las fracturas Vancouver B1 tras múltiples fallos de la osteosíntesis con buenos resultados.

17-P

CUT IN (MIGRACIÓN INTRAPÉLVICA) COMO COMPLICACIÓN PRECOZ TRAS FRACTURA PERTROCANTÉREA INTERVENIDA CON CLAVO INTRAMEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro Holgado Rodriguez De Lizana, Jesus Manuel Mendez Sanchez, Miguel Angel Olcina Messeguer, Carlos Zamorano Moyano, Jose Ignacio Mengual Delgado, Francisco Javier Marquez Ruiz
Hospital reina sofía, Cordoba, España

Objetivos

La migración intrapélvica es una complicación en torno al 0,5% de fracturas pertrocantéreas intervenidas con clavo intramedular.

El objetivo es mostrar un caso de migración intrapélvica de tornillo cefálico a los 3 meses, tras intervención en por fractura pertrocantérea de cadera

Material y Métodos

Mujer de 83 años que ingresa tras fractura pertrocantérea de cadera izquierda. Es intervenida en las primeras 24 horas con clavo intramedular. La paciente fue dada de alta hospitalaria sin complicaciones e inició el protocolo habitual domiciliario.

A los tres meses de la cirugía presenta migración intrapélvica de tornillo cefálico.

En la prueba de imagen, angio-TAC pelvis: protrusión intrapélvica de tornillo cefálico a 1,5 mm de arteria iliaca externa.

Se procedió a cirugía mediante abordaje parainguinal izquierdo, disección y referencia de vasos femorales e ilíacos. Se realizó una movilización y extracción de dicha lámina en dirección proximal

Resultados

Se permitió sedestación en el postoperatorio inmediato. A partir de los tres meses se permitió carga parcial con andador.

Actualmente al año la paciente presenta buen balance articular, deambula con alza y ayuda de andador. No ha presentado ninguna otra complicación ni ha requerido de ingreso hospitalario, siendo dada de alta de consultas externas.

Comentarios y Conclusiones

La migración intrapélvica de tornillo cefálico de un clavo endomedular de cadera es una complicación rara, que conlleva una gran morbimortalidad para el paciente.

La extracción de dicho dispositivo es una técnica quirúrgica que se puede realizar a través de abordaje inguinal, que ha tenido éxito en este caso.

18-P

EVALUACIÓN DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE IMPINGEMENT ISQUIOFEMORAL

*Sandra Giménez Ibáñez, Luis Ruano García, Alfonso Lisón Torres, Víctor Salmerón Martín, María Del Pilar Latorre Coy, Guillermo Jesús Gómez Templado
Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia*

Objetivos

El Impingement isquiofemoral se define por el estrechamiento del espacio entre el aspecto lateral del isquion y el trocánter menor del fémur y constituye una causa rara de coxalgia y síndrome glúteo profundo. Entre los factores de riesgo que contribuyen a este estrechamiento en pacientes intervenidos previamente mediante artroplastia total de cadera se encuentran una mayor medialización o altura del cotilo y una excesiva anteversión femoral. En este artículo realizamos una revisión sistemática de la literatura acerca del impingement isquiofemoral y de la artroplastia total de cadera como posible causa a través de un caso clínico, haciendo hincapié en la técnica quirúrgica utilizada en la cirugía de revisión para la resolución de la clínica preoperatoria.



Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 45 años, intervenida previamente en otro centro por una enfermedad de Perthes mediante artroplastia total de cadera. En el momento de la consulta refiere dolor a nivel glúteo profundo de carácter mecánico. Realizamos una cirugía de revisión al presentar un aflojamiento del cotilo, que además de sobredimensionado, se halla anteverso y verticalizado. Ante la persistencia de dolor tras la intervención, se decide realizar una TC, en la que se pone de manifiesto la presencia de una esclerosis a nivel de trocánter menor e isquion que apunta a un pinzamiento dinámico entre ambas estructuras y que parece el responsable de la clínica de la paciente. Así, realizamos una nueva cirugía de revisión con una osteotomía del trocánter menor asociada a una resección en espejo de la zona isquiática de conflicto y a un aumento del offset lateral con un sistema modular de cuello femoral, comprobando posteriormente mediante escopia la estabilidad del implante y la ausencia de pinzamiento residual.

Resultados

A los cinco meses de la intervención y tras el tratamiento rehabilitador, la paciente evoluciona sin incidencias. Se consigue la resolución del dolor glúteo profundo preoperatorio, un balance articular libre y la vuelta a las actividades de la vida diaria.

Comentarios y Conclusiones

El impingement isquiofemoral se trata de una potencial causa de dolor glúteo profundo en pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera. Dada su baja frecuencia, es imprescindible realizar una exhaustiva exploración física y descartar otras causas más frecuentes con el objetivo de poder identificar la causa subyacente y realizar el tratamiento definitivo óptimo.



CADERA EN RESORTE MEDIAL, UN “CHASQUIDO” POCO COMÚN

Francisco Javier Márquez Ruiz, Manuel García Carmona, Miguel Angel Olcina Meseguer, Manuel Jesus Lopez Pulido, Rafael Quevedo Reinoso, Francisco Solano Marques Gomez Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivos

Presentar un caso clínico sobre una cadera en resorte medial causada por un osteocondroma en trocánter menor, además de analizar el correcto manejo de estas lesiones.

Material y Métodos

Presentamos a una paciente de 30 años, con clínica de cadera en resorte medial. A la exploración palpamos una masa en la zona medial del muslo y reproducimos el resorte con las rotaciones de cadera (algo más acentuado con la rotación externa). Solicitamos RX y TC donde se objetiva un osteocondroma de implantación a nivel del trocánter menor. Dada la gran limitación que le supone a la paciente, proponemos la intervención quirúrgica para su escisión.

Dado el manejo por parte de la Unidad de Traumatología Infantil se realizó en conjunto un abordaje medial a nivel de la ingle a través de la musculatura aductora. Se realizó la resección y se envió la muestra (5x4cm) para estudio anatomopatológico. No realizamos fijación profiláctica femoral permitiendo la carga inmediata en el postoperatorio.

Resultados

No aparecieron complicaciones postoperatorias inmediatas ni fracturas tras la carga inmediata. Tras un año de seguimiento a paciente se encuentra libre de enfermedad, presentando un balance articular completo sin resaltes ni dolor además de una buena fuerza muscular.

Comentarios y Conclusiones

La cadera en resorte medial por osteocondroma en trocánter menor se trata de una entidad poco frecuente. La debilidad de la cortical medial secundaria a la resección nos plantea la duda sobre si realizar la fijación profiláctica tras la resección. En nuestro caso

no lo consideramos necesario. Sin embargo, más estudios son necesarios para plantear el límite de resección que indique la necesidad de fijación profiláctica.

Nos gustaría añadir que el abordaje de estas lesiones se puede realizar tanto por vía medial como por vía posterior, en nuestro caso decidimos el abordaje anterior dada la extensión hacia anterior desde el trocánter menor y dado el conocimiento de este abordaje muy común en la cirugía ortopédica pediátrica.

20-P

CONFINAMIENTO Y FRACTURAS DE CADERA ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Francisco Javier Márquez Ruiz, Jose Carlos Díaz Miñarro, Rafael Quevedo Reinoso, Alejandro Holgado Rodriguez De Lizana, Manuel García Carmona, Miguel Angel Olcina Mesequer

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivos

Nuestro estudio ha recogido como el confinamiento durante la pandemia del Sars-cov-2 ha afectado al tratamiento, epidemiología y manejo de los pacientes con fractura de cadera comparándolos con un grupo similar de pacientes durante el mismo periodo del año previo.

Material y Métodos

Diseñamos un estudio analítico de cohortes prospectivo incluyendo aquellos pacientes con más de 65 años con fractura de cadera diagnosticados en nuestro centro durante el confinamiento [15 de marzo - 2 de mayo de 2020]. De la misma manera se seleccionó un grupo control, con aquellos pacientes con fractura de cadera ingresados durante el mismo periodo del año anterior.

Resultados

Durante el confinamiento ingresamos 52 pacientes con fractura de cadera con una media de edad de 82,7 años (65-97), la estancia hospitalaria media fue de 5,6 días (2-44), el tiempo hasta que acudieron a urgencias fue de 1,28 días (0-21) retrasando la consulta a

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



urgencias en más de 24h el 17% de los pacientes (9/52) con una media de 7 días (1-21). El tiempo hasta intervención quirúrgica fue de 1,56 días (0-6), interviniéndose un 90% de los pacientes en menos de 48h y un 60% en menos de 24h. La disminución de la Hb fue de 3,04 puntos (1,3-5,5), presentando una tasa de transfusión del 44% (23/52). Respecto al sexo hay un total de 38 mujeres y 14 hombres. El 35% de los pacientes (18/52) necesitó seguimiento por MI. En cuanto la mortalidad durante el ingreso fue del 6% (3/52).

En cuanto al grupo control ingresamos 54 pacientes con fractura de cadera con una media de edad de 84 años, la estancia hospitalaria media fue de 6,16 días, el tiempo hasta que acudieron a urgencias fue de 0,04 días retrasando la consulta a urgencias en más de 24h el 2% de los pacientes. El tiempo hasta intervención quirúrgica fue de 2,04 días La disminución de la Hb fue de 3,9 puntos, con una tasa de transfusión del 48% (26/54). Respecto al sexo hay un total de 47 mujeres y 7 hombres. El 46% de los pacientes necesitó seguimiento por MI. En cuanto la mortalidad durante el ingreso fue del 13%.

Al comparar estos datos con el grupo control, encontramos una reducción significativa en la estancia hospitalaria y el tiempo hasta la intervención quirúrgica, además de un incremento en las interconsultas al servicio de medicina interna y en el tiempo hasta acudir al servicio de urgencias ($p < 0.05$). Esto nos permitió crear dos nuevos grupos de estudio: los pacientes que acudieron al servicio de urgencias en menos de 24 horas desde el traumatismo y, por otro lado, los pacientes que acudieron pasadas 24 horas, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables evaluadas

Comentarios y Conclusiones

La adaptación de nuestro hospital para el manejo de estos pacientes, junto con la disminución de la cirugía electiva y el miedo a la enfermedad probablemente hayan dado lugar a los resultados obtenidos.

Por otro lado podemos concluir que el confinamiento no a afectado a la incidencia de este tipo de fracturas como ya se había demostrado.



21-P

RECONSTRUCCIÓN TRAS AVULSIÓN TRAUMÁTICA DE DIÁFISIS FEMORAL

*Álvaro Cambolor Valladares, Pablo José Suárez-Anta Rodríguez, Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias, Julián Cabria Fernández, David Alonso Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España*

Objetivos

La cirugía reconstructiva de extremidades catastróficas ha sustituido a la amputación como primera opción de tratamiento gracias al desarrollo de nuevas técnicas de reconstrucción.

Este tratamiento es controvertido en pacientes con alto riesgo de amputación dadas las potenciales complicaciones del mismo.

Una mala decisión de salvar una extremidad puede llevar al paciente a grandes problemas físicos, psicológicos, económicos y sociales.

Material y Métodos

Se trata de un varón de 20 años de edad que sufre un accidente de moto, presentado una fractura abierta de fémur izquierdo tipo IIIB de Gustilo con avulsión femoral desde la región subtrocantérea hasta la región condilar ipsilateral, con fractura conminuta intercondílea asociada.

Además, presenta fractura basicervical y de rótula ipsilaterales. Presenta una exposición y arrancamiento de toda la masa muscular del tercio medio-distal del muslo con extremo grado de contaminación vegetal y telúrica, encontrándose el paquete neurovascular distal conservado en todo el miembro afectado.

Resultados

De Urgencia se practica un lavado exhaustivo y exéresis del tejido muscular y óseo no viable y estabilización temporal con un fijador externo.

Posteriormente se realizan desbridamientos sucesivos y se mantiene cobertura con antibioterapia específica.

A los 2,5 meses se realiza retirada del fijador externo e implante de clavo de T2 de

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



artrodesis y bloque de cemento con antibiótico como espaciador. Posteriormente desarrolla una infección del mismo con *Acinetobacter* y *Staphylococcus epidermidis* como gérmenes causales.

A los 6 meses se realiza reconstrucción de fémur total con sistema OSS, cotilo de doble movilidad no cementado y componente tibial monobloque cementado. Durante el postoperatorio se mantiene antibioterapia.

El paciente 1 año después del traumatismo es dado de alta con controles periódicos, manteniéndose asintomático y realizando una deambulación independiente.

Comentarios y Conclusiones

Cualquier viabilidad neurológica y vascular distal merece nuestro esfuerzo para llevar a cabo una cirugía de reconstrucción e intentar conseguir el mantenimiento de una extremidad funcional superior a una ortesis externa o a una desarticulación, más si cabe en este caso, donde la ausencia de suficiente muñón proximal, dificulta o imposibilita el encaje protésico quedando como única alternativa viable la desarticulación de cadera. Esto requeriría grandes requerimientos energéticos y baja velocidad de la marcha o incluso la impediría al tener un brazo de palanca muy corto, sin tener en cuenta las repercusiones sociales y psicológicas en un paciente joven.

22-P

FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR SOBRE MIEMBRO CON COXOARTROSIS SEVERA CONCOMITANTE: MANEJO QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Álvaro Cambor Valladares, Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias, Julián Cabria Fernández, Miguel Ángel Suárez Suárez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*

Objetivos

Las fracturas diafisarias de fémur en adultos pueden producirse por traumatismos de alta energía, en pacientes jóvenes, o bien con mayor frecuencia en población de edad



avanzada ante un traumatismo de menor energía en relación con la osteoporosis. La elevada prevalencia radiológica de coxoartrosis en esta población puede dificultar el manejo de una fractura diafisaria de fémur.

El objetivo es describir el procedimiento llevado a cabo ante un caso de una fractura diafisaria de fémur en una paciente anciana con coxoartrosis bilateral severa.

Material y Métodos

Se presenta este estudio descriptivo a propósito de un caso de una paciente de 81 años de edad con coxartrosis bilateral grado 3 de Tönnis. La paciente estaba siendo tratada por este motivo por parte de la unidad del dolor de nuestro centro, tras habersele propuesto para tratamiento quirúrgico de sustitución articular que la paciente rechazó. Acude a urgencias tras caída casual con traumatismo sobre miembro inferior izquierdo, presentando dolor, impotencia funcional y deformidad. Se diagnostica mediante radiografías simples una fractura espiroidea de tercio medio de diáfisis femoral izquierda sobre una coxartrosis severa previa.

Resultados

La paciente se interviene de forma programada, siendo implantada una artroplastia total de fémur izquierdo con vástago de anclaje diafisario y cotillo de doble movilidad. La evolución es satisfactoria, comenzando la paciente la sedestación a los 5 días y la deambulación con carga parcial a la semana de la cirugía. Es dada de alta a las 3 semanas. A los 12 meses de la cirugía la paciente realiza una vida independiente como previamente a la fractura refiriendo únicamente dolor leve esporádico que controla sin necesidad de analgesia oral.

Comentarios y Conclusiones

El tratamiento considerado de elección de las fracturas diafisarias de fémur es el enclavado endomedular anterógrado encerrojado. Sin embargo, la presencia de una coxoartrosis severa radiológica y clínica debe obligar al cirujano a replantearse su estrategia, siendo las artroplastias de fémur con vástagos largos una alternativa fiable, que consiguen un resultado funcional satisfactorio permitiendo una deambulación precoz y soportando más cargas que la placa.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



23-P

LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN PACIENTES CON ARTRODESIS LUMBAR

Victor Rafael Casas Gallego, Antonio Galeote Rivas, Salvador Alvarez Villar, Basilio De La Torre Escuredo

Hospital Ramon y Cajal, Madrid, España

Objetivos

Las principales complicaciones de la prótesis total de cadera son la luxación, el aflojamiento y la infección. Los pacientes sometidos a artrodesis lumbares o lumbo-pélvicas asociado a prótesis total de cadera presentan mayores tasas de luxación protésica. Uno de los factores más importantes es la colocación de los implantes y la dinámica lumbo-pélvica.

Se plantean como objetivos:

- Elegir la colocación más correcta de los implantes
- Plantear factores modificables que pueden mejorar las tasas de luxación.
- Revisar la correcta medición de los parámetros pélvicos para poder planificar la cirugía

Material y Métodos

Se presenta el caso de paciente de 72 años intervenida de escoliosis degenerativa y dorso plano sometida a artrodesis desde L2 a iliacos. La paciente refiere dolor en miembros inferiores, intolerancia a la bipedestación por probable cifosis de la unión proximal (PJK). La paciente asocia disminución en el balance articular de la cadera izquierda así como radiografías compatibles con coxartrosis derecha.

Se propone a la paciente doble cirugía, en un primer tiempo artroplastia de cadera y en un segundo tiempo cirugía sobre columna lumbar. Para ello se realiza revisión bibliográfica sobre métodos de prevención de luxación de cadera asociados a cirugía de artrodesis lumbar de cara a un adecuado resultado.



Resultados

Los pacientes con alteraciones en la columna dorso-lumbar pueden presentar un desbalance sagital que se intentan equilibrar mediante mecanismos compensadores. Cuando estos fracasan se produce una alteración del posicionamiento pélvico. En actividades cotidianas como sentarse o agacharse se producen modificaciones en la posición de la vertebra pélvica.

En la cirugía de columna se aumenta la rigidez y los mecanismo compensatorios de la vertebra pélvica por lo que se eliminan los mecanismos de compensación.

Con el objeto de prevenir la luxación se recomienda aumentar por cada 10 grados de inclinación pélvica, aumentar hasta 6 grados de anteversión y 7 grados de verticalización del cotilo.

Se realiza planificación quirúrgica para una correcta implantación de la prótesis con el objeto de prevenir complicaciones. Para ello, se realiza cirugía con una correcta colocación de los implantes, implantando prótesis de doble movilidad respetado partes blandas realizando abordaje lateral directo (Hardinge) para evitar luxación.

Tras 5 meses de cirugía la paciente presenta una mejora de su calidad de vida, sin complicaciones y está en espera de cirugía sobre columna dorsolumbar.

Comentarios y Conclusiones

En los pacientes sometidos a cirugía de raquis lumbar se recomienda un cuidado singular para evitar luxación de cadera. Para ello nos parecen interesantes medidas como una correcta planificación preoperatoria, la colocación del cotilo más anteverso y vertical, la colocación de implantes de doble movilidad, respeto partes blandas así como evitar abordajes posteriores de cadera ya que presentan un mayor riesgo teórico de luxación. Del mismo modo, consideramos de buena praxis médica avisar al paciente del mayor riesgo de luxación.

Comentarios:

Como autor expreso preferencia para comunicación oral.

No existen conflictos de interés.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



24-P

OFFSET ACETABULAR. CONCEPTO Y APLICACIÓN PRÁCTICA EN CIRUGÍA DE CADERA

*David Raya Roldán, Daniel Donaire Hoyas, Alberto Albert Ullibarri
Hospital de Poniente, El Ejido*

Objetivos

Cada día nos enfrentamos a mayores retos en cirugía de cadera. Tratamos a pacientes más jóvenes y más exigentes, y es por ello, que no podemos consentir no conocer cada detalle de la preparación preoperatoria de nuestros pacientes, con el fin de conseguir una mejor adaptación protésica en nuestros pacientes, y una mayor tasa de supervivencia.

El concepto de Offset de cadera no puede limitarse al de Offset Femoral (OF). El Offset Acetabular (OA) varía ampliamente y no puede ser descuidado. Entendemos el OA como la distancia entre el centro de la cabeza femoral y el fondo verdadero del acetábulo. Como objetivo clarificar la influencia e importancia que tiene el OA en cirugía protésica de cadera. Como estudiarlo en el preoperatorio y como aplicarlo en el momento quirúrgico.

Material y Métodos

Realizamos una búsqueda bibliográfica avanzada en la base de datos Pubmed con las palabras clave de “hip”, “arthroplasty”, “acetabular offset” y “hip offset”.

Resultados

Tras la búsqueda obtenemos un resultado de 293 resultados. Es en 2005 cuándo se puede encontrar el primer artículo que menciona y analiza el posible uso del OA por parte del equipo de Ioannidis TT (1). Pero no es hasta 2012 cuándo Michel et al. (2) definen el concepto de OA y relatan la importancia de restaurar la biomecánica nativa de la cadera. Ya más recientemente, en 2019, Christian Merle et al. (9) describirá específicamente cómo medir el OA y OF, y apuntarán la gran variabilidad acetabular que encuentran entre individuos.



En 2021, el equipo de Vigdorichik JM et al. (7) es el último en publicar información acerca de estos conceptos, defendiendo, mediante la realización de estudios biomecánicos, el “high offset” como factor protector para la luxación protésica.

Comentarios y Conclusiones

El concepto de offset no se puede limitar al del offset femoral. El OA tiene gran variabilidad entre individuos. El grosor del fondo acetabular no puede ser ignorado en el estudio previo a la implantación de una artroplastia total de cadera. Se debe tener en cuenta un fresado acetabular de forma conservadora para colocar una copa acetabular anatómica y así restaurar la biomecánica nativa de la cadera (5).

Debemos saber diferenciar entre los conceptos de coxa protusa y coxa profunda, y para ello, conocer el concepto que presentamos nos será de ayuda.

El centro de rotación de la cadera tras una artroplastia total de cadera (ATC) se ve influenciado por la anatomía acetabular del paciente, la técnica quirúrgica empleada y el componente acetabular utilizado.

Saber correlacionar el estudio preoperatorio con la anatomía hallada en la cirugía, y posteriormente, saber aplicar los conceptos teóricos a las necesidades de cada paciente deberá ser el principal objetivo en cirugía protésica de cadera.

31-P

RESCATE DE FALLOS DE FIJACIÓN CON PLACA EN FRACTURAS PERIPROTÉSICAS CON VÁSTAGOS DE REVISIÓN MODULARES DE ANCLAJE DIAFISARIO

*Elisenda Gimenez Valero, Alexandre Coelho Leal, Fernando Marques Lopez, Santos Martinez Díaz, Alfonso Leon García, Marc Tey Pons
Hospital del Mar, Barcelona, España*

Objetivos

Las fracturas periprotésicas de cadera son una complicación grave que presenta un incremento de su incidencia debido al aumento de la esperanza de vida. Son complicaciones, muchas veces, difíciles de resolver y que conllevan cirugías de elevada

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



complejidad asociadas a gran comorbilidad para el paciente. El tratamiento se basa en: Osteosíntesis y revisión protésica o la combinación de ambas.

Presentar 3 casos de pacientes con artritis reumatoide que presentaron fallos de fijación con placa en fracturas periprotésicas que se resolvieron con un vástago de revisión de anclaje diafisario.

Material y Métodos

Se realizó una revisión de 3 casos en paciente con artritis reumatoide en los que había fracasado la osteosíntesis después de una fractura periprotésica, entre 2011 y 2018. Los 3 fueron clasificados como fracturas Vancouver tipo B1 y se trataron inicialmente con placas de osteosíntesis. Se utilizó la clasificación de Vancouver, la escala de valoración funcional de Merle Postel D´Aubigné y comorbilidades de Barthel y el EVA. Se valoró tipo de osteosíntesis, número de tornillos, longitud de placa y rigidez del sistema.

Los 3 casos se rescataron mediante un vástago de anclaje diafisario tipo Revitan® (Zimmer), utilizándose la escala de fijación ósea de Engh. Se valoraron complicaciones y número de reintervenciones.

Resultados

En el postoperatorio inmediato no presentaron ninguna complicación. Se autorizó la carga a partir de la 6ª semana. Los pacientes fueron dados de alta a los 14 días. Durante el seguimiento no presentaron dolor significativo (EVA < 3), deambulaban con la ayuda de un caminador y se observó consolidación sin signos de osteólisis en el control radiológico.

Comentarios y Conclusiones

En los casos de fracturas periprotésicas es muy importante la correcta clasificación para evitar reintervenciones. Muchas veces fracturas clasificadas como tipo B1 son en realidad B2 y presentan aflojamiento del vástago.

También es importante tener en cuenta las características del paciente, ya que pacientes con artritis reumatoide tienen más riesgo de fallo debido a la calidad del hueso; y el tipo de placa que se utiliza para hacer la síntesis (evitando uso de placas cortas y muy rígidas).

Por lo tanto, los vástagos de anclaje diafisario pueden ser la solución, ya que evitan la transmisión de cargas a nivel del foco de fractura y aportan solidez.



30-P

¿DEBEMOS REALIZAR PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA EN LA HEMIARTROPLASTIA DE CADERA? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

*Víctor Barro Ojeda, Oriol Pujol Alarcón, María García Carrasco, Matías Vicente Gomà-Camps, Jordi Selga Marsa, Iñaki Mimendia Sancho
Hospital Universitari Vall Hebrón, Barcelona*

Objetivos

El tratamiento de elección en las fracturas desplazadas de cuello femoral en el anciano es la hemiarthroplastia, siendo la luxación protésica una de las complicaciones asociadas a mayor mortalidad. Aunque se han descrito numerosos factores de riesgo para la luxación, existe controversia sobre qué factores morfológicos acetabulares se asocian a un incremento del riesgo.

El objetivo de nuestro estudio es comparar los parámetros radiológicos sobre la morfología de la cadera entre los pacientes con hemiarthroplastias luxadas y un grupo control no luxado.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo de casos y controles anidado, donde los casos son los pacientes luxados y los controles pacientes no luxados. Se han recogido variables epidemiológicas, radiológicas, quirúrgicas y de mortalidad.

Posteriormente, se han realizado estudios estadísticos descriptivos y comparativos entre variables usando el programa Stata® v.14.0.

Las variables categóricas se han estudiado mediante recuento y porcentaje, mientras que las variables continuas usando las medias. La normalidad se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Los grupos se compararon utilizando el test χ^2 o test de Fisher en las variables categóricas (según la normalidad) y T-student en las continuas. Para estudiar la asociación entre variables se usó la regresión logística. Los p-valor se trataron con doble cola y considerados estadísticamente significativos si $p < 0,05$.

Resultados

Se intervinieron 707 pacientes en nuestro centro por fractura de cuello femoral mediante hemiartroplastia bipolar entre Enero 2015 y Diciembre 2018. Se estudiaron los 50 pacientes luxados, y se emparejaron en proporción 1:2 con 100 pacientes no luxados control. La tasa de luxación fue del 7,1%, con una predominancia de mujeres (60%) y una edad media de $85\pm 6,89$ años (sin diferencias demográficas significativas respecto el grupo control).

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el ángulo centro-borde (Wiberg), ángulo de Tonnis y lateralización femoral ($p=0,009$, $p=0,031$ y $p=0,0001$ respectivamente). En el grupo de luxaciones el ángulo de centro-borde fue inferior ($32,3\pm 6,95^\circ$ vs $35,6\pm 7,7^\circ$), el ángulo de Tonis superior ($6,8\pm 3,87^\circ$ vs $5,3\pm 3,80^\circ$) y la lateralización femoral inferior ($28,5\pm 7,79\text{mm}$ vs $33,6\pm 6,93\text{mm}$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,429$) respecto al ángulo acetabular.

Los pacientes con luxación presentaban una mortalidad superior (52% vs 35%, $p=0,026$).

El grupo de casos presentaba demencia con mayor frecuencia (60% vs 44%, $p=0,011$).

Comentarios y Conclusiones

El ángulo centro-borde (Wiberg), el ángulo de Tonnis y la lateralización femoral son parámetros radiológicos sobre la morfología de la cadera que se relacionan con el riesgo de luxación de las hemiartroplastias de cadera.

Se debería realizar planificación preoperatoria en la cirugía de fractura desplazada del cuello femoral para identificar las características anatómicas de la cadera y así poder mejorar los resultados y reducir complicaciones.

Se requiere realizar estudios con mayor potencia para confirmar nuestros hallazgos.



29-P

ROTURA DE VÁSTAGOS FEMORALES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez¹, David Alonso Álvarez², Lucía Lanuza Lagunilla², Álvaro Cambor Valladares², Antonio Meneses Gutiérrez², Antonio García Arias²

1. Hospital Universitario San Agustín, Avilés

2. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Objetivos

Las fallos de los vástagos femorales son una causa infrecuente de revisión después de una PTC (0,27%), siendo más frecuentes la inestabilidad, luxaciones, aflojamiento y la infección. El material y diseño del implante, la técnica quirúrgica, las cirugías de revisión y los factores del paciente pueden contribuir.

Revisar la bibliografía y analizar las causas de las roturas de un vástago.

Material y Métodos

Estudio descriptivo a propósito de dos casos. El primero se trata de un varón de 48 años que acude a Urgencias por coxalgia súbita sin traumatismo. Como antecedentes, obesidad e intervenido de PTC bilateral (la izquierda en 2010, implantándose un cotilo de doble movilidad y un vástago con offset extendido y cabeza cerámica cuello largo). En 2014 se realiza una cirugía de recambio acetabular por dolor y desgaste del polietileno, observándose metalosis peritrocantérea y una impronta a nivel del cuello por impingement (componente femoral estable que no se recambia).

El segundo se trata de un varón de 68 años como principales antecedentes obesidad e intervenido en 1986 de PTC dcha tras accidente de tráfico y realizada cirugía de revisión hace 17 años (vástago modular con offset extendido). Refiere dolor e impotencia funcional en cadera derecha de un mes de evolución sin un desencadenante claro. Se realizan radiografías objetivándose una rotura del cuello y en la union metafisodiafisaria del vástago respectivamente.



Resultados

Ambos son intervenidos quirúrgicamente recambiando ambos componentes. En el primero, se implanta una cruz de Kerboull con un cotilo displásico y un vástago modular previa realización de una osteotomía del trocanter mayor.

En el segundo se implanta un cotilo de doble movilidad y un vástago modular, previa realización de un sarcófago para la retirada del remanente diafisario integrado.

El postoperatorio evoluciona favorablemente, con control radiográfico satisfactorio, deambulando al año y 3 meses y al mes de la intervención respectivamente.

Comentarios y Conclusiones

Aunque la rotura de los vástagos femorales es una causa infrecuente de fracaso de una artroplastia de cadera, se debe considerar esta posibilidad en pacientes obesos, implantes con offset extendido, cirugías de revisión en la que puedan verse dañados los implantes o bien por la corrosión y fatiga del material.

28-P

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN UN PACIENTE CON DESARTICULACIÓN BILATERAL DE RODILLAS

Marta Isabel Sanz Pérez, Aurelio Moreno Velasco, Sergio Bartolomé García, Jesús Campo Loarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Objetivos

La artroplastia total de cadera (ATC) una cirugía que ofrece resultados satisfactorios en cuanto al dolor y recuperación funcional. Sin embargo, existe escasa bibliografía acerca de la ATC en pacientes amputados ipsilateral y sus peculiaridades técnicas.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con desarticulación bilateral de rodillas sometido a una cirugía de ATC, así como realizar una revisión bibliográfica.



Material y Métodos

Un varón de 53 años es remitido por coxalgia izquierda y limitación para la deambulaci3n. Como antecedentes, presentaba una desarticulaci3n bilateral de rodillas por agenesia de tibias a los 10 a1os. Deambulaba apoyando los mu1ones sobre unas ortesis. Adem1s, tena EPOC grave, habiendo sido tratado con corticoides prolongadamente. Se realizaron radiografas y una RMN de caderas, siendo diagnosticado de osteonecrosis bilateral, estadio FICAT I derecha y IV izquierda, encontr1ndose asintom1tico de la cadera derecha. El paciente fue intervenido en un 1nico acto quir1rgico mediante forages descompresivos derechos y artroplastia total de cadera izquierda no cementada con mini v1stago y cotilo de tantalio fijado con tres tornillos, mediante un abordaje de Hardinge.

Seis meses post-cirug1a, presentaba mejor1a clnica, con balance articular completo. Un a1o despu1s, continuaba asintom1tico de la derecha. Sin embargo, comenz3 con dolor inguinal izquierdo, a nivel de inserci3n de aductores. Radiol3gicamente, no existan datos de aflojamiento ni desgaste prot1sico. Tras el fracaso del tratamiento conservador y dada la persistencia clnica, se decidi3 realizar una tenotom1a del aductores. Evolucion3 favorablemente, con desaparici3n del dolor y conservando la deambulaci3n previa. Dos a1os post-cirug1a debut3 con sintomatolog1a compatible con atrapamiento del psoas izquierdo realiz1ndose una tenotom1a artrosc3pica del mismo. El paciente evolucion3 satisfactoriamente, con ausencia de dolor inguinal bilateral, manteniendo su capacidad ambulatoria.

Resultados

Existe escasa literatura acerca de ATC ipsilateral en pacientes amputados por encima de la rodilla. Tras realizar una revisi3n bibliogr1fica, encontramos un total de 7 casos descritos en amputados por encima de la rodilla y 3 casos de pacientes con desarticulaci3n ipsilateral de rodilla e implantaci3n de ATC. Hasta nuestro conocimiento, no existe ning1n caso descrito de pacientes con desarticulaci3n de ambos miembros inferiores e implantaci3n de una ATC.

Se ha descrito un aumento de la incidencia de artrosis de cadera 6 veces mayor en el miembro amputado y 2 veces mayor en el no amputado con respecto a la poblaci3n

SECCA 2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO NACIONAL



general, siendo a su vez más frecuente y grave en miembros amputados por encima de la rodilla. La cirugía de ATC reduce el dolor, permitiéndoles recuperar su movilidad y calidad de vida previa. Sin embargo, es necesario llevar a cabo ciertas modificaciones de la intervención quirúrgica habitual. Una correcta planificación preoperatoria es fundamental.

La adecuada orientación intraoperatoria de los componentes protésicos es fundamental para obtener resultados satisfactorios. Sin embargo, esto puede suponer un reto en miembros amputados, especialmente supracondíleos, dado que se pierden las referencias anatómicas de la rodilla y se reduce el brazo de palanca para luxar o reducir la cadera. La longitud reducida del remanente femoral puede limitar el uso de ciertos vástagos femorales. Además, la calidad ósea de estos pacientes suele estar deteriorada, lo que predispone a fracturas periprotésicas o aflojamiento precoz de componentes. Para facilitar la tracción y el control rotacional del muñón, diferentes autores han propuesto la inserción de un Steinmann en el fémur distal, trocánter mayor, o el uso adicional de una pinza de hueso a nivel de la diáfisis proximal. En aquellos casos en los que no se consiga luxar la cadera, una osteotomía in situ del cuello femoral o del trocánter mayor pueden ser necesarias.

Comentarios y Conclusiones

Aunque existe mucha bibliografía sobre la ATC en individuos sanos, existe escasa literatura sobre los aspectos técnicos y los resultados de este procedimiento en pacientes amputados. La ATC en estos pacientes puede prevenir su deterioro funcional y preservar su capacidad funcional limitada, pero importante. Al ser un procedimiento poco frecuente y con escasos casos publicados, no hay guías terapéuticas que definan claramente el mejor plan terapéutico con resultados concluyentes.



27-P

DISOCIACIÓN DE LOS COMPONENTES DE UNA HEMIARTROPLASTIA DURANTE LAS MANIOBRAS DE REDUCCIÓN DE UNA LUXACIÓN DE CADERA

*Marta Isabel Sanz Pérez, Sergio Bartolomé García, Ainhoa Guijarro Valtueña, Aurelio Moreno Velasco, Jesús Campo Loarte
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid*

Objetivos

La cirugía de implantación de una artroplastia parcial de cadera (APC) es el tratamiento habitual de las fracturas subcapitales de cadera en pacientes ancianos con baja demanda funcional. La disociación entre la cúpula y la cabeza durante las maniobras de reducción de una luxación de una APC es una complicación poco frecuente, pero con devastadoras consecuencias, puesto que precisa de una reintervención en este subgrupo de pacientes frágiles, dada la imposibilidad de conseguir un ensamblaje de los componentes de forma cerrada, mediante maniobras externas.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar dos casos clínicos de disociaciones de los componentes de una hemiartróplastia durante las maniobras de reducción de una luxación de cadera, así como realizar una búsqueda bibliográfica de la literatura disponible.

Material y Métodos

El primer caso corresponde a una mujer de 89 años, derivada a nuestro centro 31 días después de haber sido intervenida en otro hospital de una fractura subcapital de cadera mediante la implantación de una APC. La paciente refería dolor en la región inguinal izquierda tras haber sufrido una caída en el baño. La paciente estaba antiagregada con clopidogrel.

El segundo caso corresponde a una mujer de 90 años, derivada desde un hospital de cuidados intermedios, donde la paciente se estaba recuperando de una fractura subcapital de cadera previa, habiendo sido intervenida mediante una APC 27 días antes.

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO
28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



La paciente refería dolor en la región inguinal tras un giro, con posterior impotencia funcional. La paciente se encontraba en tratamiento con Adiro y HBPM. En ambos casos, se realizaron radiografías en el Servicio de Urgencias, diagnosticándose una luxación posterior de la APC. Ambas pacientes fueron trasladadas a quirófano para llevar a cabo una reducción cerrada urgente de la luxación protésica. Bajo sedación en quirófano, se procedió a realizar suaves maniobras de tracción y rotación para conseguir la reducción. Tras estas maniobras, se obtuvo un control radiológico intraoperatorio apreciándose, en ambos casos, una disociación de los componentes de la prótesis. La primera paciente se derivó a su centro de referencia para tratamiento definitivo mediante reducción abierta y recambio de componentes móviles, dado que estaba antiagregada. La segunda paciente se derivó también puesto que, además de estar anticoagulada, no se disponía de los componentes adecuados para realizar el recambio de partes móviles.

Resultados

Existen escasas referencias en la literatura sobre esta complicación de las APC. Según los artículos, el riesgo de luxación de una PPC es 1.2 - 3.4%, siendo el riesgo de disociación de componentes aún menor. Acontece más frecuentemente de forma precoz tras la cirugía inicial (durante los 4 primeros meses), como en los dos casos que presentamos.

Aunque no están descritos claros factores de riesgo para la disociación de componentes de forma estadísticamente significativa, si se mencionan en la literatura ciertos factores que podrían predisponer a esta complicación: uso de cúpulas pequeñas menores de 43mm (el tamaño de las cúpulas usadas en ambos casos fueron de 43mm y de 41mm respectivamente), utilización de polietilenos con anillo único de bloqueo, fallo del mecanismo de bloqueo, posición o tamaño inadecuado del implante o excesivo desgaste del polietileno.

El tratamiento de la disociación precisa de una cirugía abierta, dada la imposibilidad de conseguir el re-ensamblaje de componentes mediante maniobras de reducción externas. Además, se recomienda la inspección intraoperatoria del acetábulo, para descartar fracturas o defectos, así como del vástago femoral, valorando el posible aflojamiento del

mismo y la adecuada versión del mismo. Conviene también revisar la cúpula y cabeza femorales descartando roturas o desgaste de los implantes.

Comentarios y Conclusiones

La disociación de los componentes de una APC es una complicación poco frecuente, pero devastadora. Las maniobras de reducción de una luxación deben ser suaves, con una adecuada relajación muscular del paciente y bajo control de escopia. Hasta el momento, no se han descrito claros factores de riesgo que predispongan a dicha complicación. Se necesitan series con mayor número de casos para obtener resultados concluyentes.

25-P

TRATAMIENTO EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON NECROSIS ÓSEA AVASCULAR BILATERAL DE CADERAS

Marta Isabel Sanz Pérez, Aurelio Moreno Velasco, Sergio Bartolomé García, Fernando Trell Lesmes, Jesús Campo Loarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Objetivos

La necrosis ósea avascular (NOA) de cadera es una patología que característicamente se presenta en jóvenes, entre 35-50 años, afectando hasta en un 80% de los casos a ambas caderas, aunque no simultáneamente. El tratamiento inadecuado de la NOA puede desembocar en colapso de la cabeza femoral, precisándose entonces una cirugía de artroplastia total de cadera (ATC). Dado que la mayoría de los pacientes con NOA son pacientes jóvenes, la implantación de una prótesis probablemente desemboque en la necesidad de ser sometidos a múltiples cirugías a lo largo de su vida, lo cual remarca la importancia del tratamiento precoz adecuado de esta patología.

El tratamiento en un solo tiempo de ambas caderas, mediante ATC y forages descompresivos suplementados con plasma rico en plaquetas (PRP) puede ser un tratamiento adecuado para estos pacientes, con el objetivo de intentar prevenir el colapso de la cabeza femoral en la cadera asintomática y reducir la comorbilidad asociada evitando someter a un paciente a múltiples cirugías.



Material y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 52 años, trasplantado bipulmonar, que acude a consultas externas por coxalgia izquierda y cojera. A la exploración, presentaba dolor inguinal a la palpación y con la movilización de la cadera. La movilidad era: flexión 110. RI10° , RE15° . Dados los antecedentes de tratamiento con corticoides por el trasplante y la sospecha clínica, se solicitó una RMN, confirmándose el diagnóstico de NOA bilateral, con mayor afectación del lado izquierdo, pero sin colapso subcondral (grado I y II según la clasificación de FICAT). Inicialmente se optó por un tratamiento conservador con descarga y RMN de control. A los 3 meses, el paciente refería intenso dolor en cadera izquierda. En la radiografía de la cadera izquierda, se apreció el “crescent sign”. Se solicitó una nueva RMN, donde se objetivaron lesiones osteocondrales compatibles con NOA (grado II derecha y III izquierda). Dada la mala evolución clínica, se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente de ambas caderas en un único acto quirúrgico.

En un primer tiempo, con el paciente en mesa de tracción, se realizó un mini abordaje lateral derecho y bajo control de escopia se realizaron con agujas Kirschner forages en zona de necrosis. Posteriormente se inyectaron 20cc de PRP en los trayectos de las agujas. En un segundo tiempo, con el paciente en decúbito lateral, se implantó mediante abordaje anterolateral una ATC izquierda con vástago cementado, cabeza cerámica y cotilo no cementado fijado con dos tornillos.

Resultados

El paciente permaneció en descarga de pierna derecha con muletas durante 4 semanas. Posteriormente, se permitió inicio de carga parcial con muletas durante 2 semanas más, con posterior autorización para la carga completa. Se inició la fisioterapia a las 3 semanas de la cirugía. Tres meses postcirugía, el paciente deambulaba con ayuda de una muleta, con balance articular libre sin dolor y balance muscular contra resistencia completo, salvo musculatura glútea: 3+/5 bilateral. Al año de la cirugía, el paciente se encontraba asintomático de la derecha y con leves molestias en la izquierda al dormir de ese lado o estar sentado largo tiempo. Radiológicamente no se apreciaron datos de aflojamiento ni desgaste de la ATC, aunque sí la aparición de una calcificación glútea; la

SECCA
2021

www.congresos-secca.com

OVIEDO

28 Y 29 DE OCTUBRE 2021

22 CONGRESO
NACIONAL



cadera derecha mantenía un buen espacio articular, sin datos de artrosis. Dos años tras la cirugía, el paciente camina 1-2 horas al día sin limitación y radiológicamente la cadera derecha no presenta datos de colapso de la cabeza femoral.

Comentarios y Conclusiones

El tratamiento en un único acto quirúrgico de una NOA bilateral de caderas podría ser una buena estrategia quirúrgica. El tratamiento precoz de las caderas asintomáticas, previo al colapso de la cabeza femoral, ha demostrado ser importante para obtener buenos resultados. Estudios recientes están demostrando resultados satisfactorios con la adición de técnicas biológicas con PRP o células madre a las técnicas de descompresión simple. Estudios similares llevados a cabo con cirugías en un solo tiempo de ATC y procedimientos de preservación de cadera, han demostrado buenos resultados.

PATROCINADORES



EVENTO PATROCINADO POR:



OVIEDO^{.es}
AYUNTAMIENTO