

S U M A R I O

1. INFORMES DE LA JUNTA DIRECTIVA

- INFORME DEL VOCAL DEL BOLETÍN Y PÁGINA WEB
- INFORME DEL VOCAL DE FORMACIÓN CONTINUADA
- INFORME DEL VOCAL DE ASISTENCIA HOSPITALARIA
- INFORME DEL VOCAL DE MÉDICOS RESIDENTES

2. EXPERIENCIAS SOMACOT: ESTANCIAS de los Drs.: Ignacio J. Cebreiro Martínez-Val y María del Sol de Dios Pérez.

3. CASOS CLÍNICOS: SESIÓN CLINICA INTERHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL MONOGRAFICO ASEPEYO Y EN EL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID.

4. NOTICIAS SOMACOT

5. AGENDA



II Jornadas de Formación para Residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INFORME DEL PRESIDENTE

La SOMACOT como sociedad científica apuesta decididamente por la docencia y seguimos intentado atraer a los Médicos Residentes hacia esta función principal de la Sociedad. En el periodo transcurrido desde el último Boletín de La Sociedad, hemos mantenido las actividades científicas programadas.

Los días 28 y 29 de Marzo, celebraremos en Aranjuez el II Curso SOMACOT para Médicos Residentes de COT, con la colaboración de Lilly y Zimmer – Serhosa. Así como en otras actividades, a pesar del esfuerzo organizador no conseguimos que la asistencia sea la adecuada, en este curso se logró una respuesta excelente. Hubo más de cien inscritos y aunque a última hora y sin aviso previo no se presentaron 16, la asistencia estuvo por encima de 90. Se realizó una puesta al día sobre las lesiones traumáticas del miembro inferior, con un programa muy concentrado y provechoso para los asistentes.

Es el segundo año que se imparte este curso y la idea es mantenerlo. Habrá que ir mejorando y adaptando su contenido a las necesidades formativas, pero la estructura y los objetivos creo que son atractivos, así lo demuestra la encuesta de satisfacción que se realizó entre los asistentes. Los patrocinadores quedaron contentos y están dispuestos a darle continuidad.

Es una pena que las excelentes presentaciones que se realizan en las Sesiones Clínicas Interhospitalarias, no puedan ser disfrutadas por un mayor número de socios. En el Hospital Asepeyo de Coslada se realizó una sesión con tres casos de alto nivel científico y excelente presentación. La siguiente Sesión Clínica la hemos realizado el 22-05-2008, por la tarde, en el Colegio de Médicos previa a la Jornada de docencia MIR SECOT-SOMACOT-COMISIÓN NACIONAL. Además de los problemas de asistencia de otras ocasiones aquí se sumó una pobre difusión del acto. Como siempre los casos y el nivel me parecieron excelentes. Agradezco desde aquí las facilidades y colaboración hacia la SOMACOT de todos los compañeros traumatólogos de Asepeyo y a los ponentes de ambas sesiones por su esfuerzo.

Como ya he mencionado, el 22-05-2008 organizamos en colaboración con la SECOT y MSD la segunda Jornada docente para MIR. Los Drs. Guerado y Hernández Vaquero, nombrados por la SECOT, actuaron de ponentes y mediante Web-conferencia presentaron sus temas simultáneamente a las diferentes sedes, ubicadas en cada autonomía. La asistencia fue aceptable y las condiciones acústicas y visuales mejoraron respecto a la Jornada anterior. La próxima Jornada, de la que os informaremos más adelante, coincide con la celebración de nuestro Congreso anual, el Dr. Plasencia como organizador del Congreso ha hecho un esfuerzo para ubicarla dentro del programa, que ya tiene cerrado en cuanto a Mesas y ponentes.

Durante la Asamblea que se celebrará en el Congreso se debe que elegir la sede del Congreso de 2010 (el de 2009 se concedió al Dr. Llopis) y un nuevo Vicepresidente para el periodo 2008-2010, animo a los que estéis interesados a que presentéis vuestras candidaturas.

Dr. F. Javier Sanz Hospital
Presidente SOMACOT

INFORME DEL SECRETARIO

Estimados compañeros y amigos como secretario de la SOMACOT os informo de los siguientes hechos que nos afectan:

- Las pasadas Jornadas SOMACOT para Residentes el 20-21 de Abril en Aranjuez fueron satisfactorias, quizá con contenidos demasiado densos que habrá que mejorar en un futuro próximo.
- Durante el Congreso SOMACOT de Octubre 2008, en Alcalá de Henares, organizado por el Dr. Plasencia, se impartirán los temas de Formación SECOT para Residentes y la Mesa de Tutores pasará a llamarse “Reunión de Tutores de Residentes”.
- El Dr Marín está colaborando en un interesante proyecto de Guía para Artrosis de Rodilla y en fechas próximas se incluirá en pág. Web de la Sociedad.
- Existe un interés de muchos compañeros de los nuevos hospitales por participar en las actividades de nuestra Sociedad, y así el Hospital Infanta Leonor se ha ofrecido para realizar la próxima sesión inter-hospitalaria.
- La preparación del CONGRESO SOMACOT 2008, en ALCALA DE HENARES , 23-24 OCTUBRE 2008 organizado por el Dr. Plasencia está muy avanzada y os animo a vuestra asistencia

Sin otro particular, vuelvo a ponerme a vuestra disposición e insisto en animaros para asistir al Congreso de Octubre en Alcalá de Henares

Dr. Javier Escalera Alonso

INFORME DEL TESORERO

Estimados amigos, desde el pasado XVIII Congreso de la SO.MA.C.O.T. celebrado en El Escorial, los movimientos en las finanzas de nuestra sociedad han sido los siguientes:

En el capítulo de ingresos se ha realizado el cobro de las cuotas anuales correspondientes a 2007 (14.159,56€) y las devoluciones de recibos no han llegado a los 600 €. El balance del XVIII Congreso ha sido positivo no solo en cuanto al nivel científico alcanzado sino también al resultado económico, pues se ha saldado con un ingreso de 7000 € para la SO.MA.C.O.T. por lo que felicito a su presidente, Dr. Antonio Coello Nogués, y al resto del equipo organizador.

El apartado de gastos incluye la asesoría fiscal, gastos de secretaría y el impuesto de sociedades del ejercicio 2007. Se han otorgado las siguientes becas correspondientes al año 2007:

- Bolsa de viaje por valor de 1800 € para asistir a la Clínica Mayo. Minessotta. USA --- Cirugía del Miembro Superior al Dr. José Manuel Rojo Manaute (Hospital La Paz)
- Bolsa de viaje “exaequo” por valor de 1800 € repartida en tres partidas de 600 €:
 - Para asistir a la Clínica Mayo. Minessotta.USA --- Oncología Músculo-Esquelética al Dr. Carlos Olaya González (Hospital 12 de Octubre)
 - Para asistir al Hospital General de Massachussets.USA --- Cirugía Oncológica a la Dra. María del Sol de Dios Pérez (Hospital La Princesa)
 - Para asistir a la Clínica Mayo. Minessotta.USA --- Oncología Músculo-Esquelética al Dr. Israel Pérez Muñoz (Hospital Severo Ochoa)
- Bolsa de viaje por valor de 600 € para asistir a la Clínica Cavadas de Valencia --- Cirugía del Miembro Superior al Dr. Ignacio J Cebreiro Martínez-Val (Hospital Ramón y Cajal)

Los premios a las mejores comunicaciones en el XVIII Congreso de la SO.MA.C.O.T. han correspondido a los siguientes compañeros:

- Primer Premio de 1200 € para los doctores: Morales Muñoz P, Guera Vélez P, Olaya Conzález C, García Rodríguez R y Gutierrez Navarte B (Hospital 12 de Octubre).

Comunicación: Sutura percutánea del tendón de Aquiles. Seguimiento a largo plazo

- Segundo Premio de 600 € para los doctores: Chana Rodríguez F, Ortiz Espada A, Pérez Mañana R, Torres Torres M, Torre Pérez O y López Canapé D (Hospital Gregorio Marañón).

Comunicación: Estabilización de las fracturas de pelvis tipo B de Tile con dos fichas supraacetabulares

En el momento de redactar esta informe, creo que me es grato comunicaros que la SO.MA.C.O.T. goza de buena salud económica con un saldo de 61.882,74 € que nos permitirá continuar fomentando el estudio y progreso de la Cirugía Ortopédica y la Traumatología de nuestra comunidad.

Dr. Fernando García de Lucas

INFORME DEL VOVAL DE FORMACIÓN CONTINUADA

El 8 de Marzo celebramos la Jornada de Invierno en Aranda de Duero (Burgos) junto a la Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabro-Riojana, con el ánimo de mejorar las relaciones con nuestros vecinos y compartir conocimientos y problemas. La acogida por parte del servicio que dirige el Dr. Ángel Álvarez fue entrañable y la experiencia fue positiva en todos los aspectos. La asistencia fue numerosa aunque no la deseable por parte de la Sociedad Madrileña.

Se desarrollaron tres mesas que versaron acerca de Fracturas Diversas, Innovaciones en Artroplastia de Cadera (pares de fricción, MIS, artroplastia de superficie,...) presentadas por la Sociedad Castellano-Leonesa, y una última mesa sobre Tumores presentada por la Sociedad Madrileña, todas de excelente nivel, tanto en presentación como en contenidos. Asimismo, el Dr. Gil Garay nos ofreció una conferencia magistral sobre Infecciones en Prótesis total de Cadera, tras la cual recibió la Medalla de la Ciudad de Aranda impuesta por el Alcalde de la localidad como reconocimiento a sus méritos como arandino.

Como broche, todos los asistentes fuimos invitados a una comida de hermandad, donde disfrutamos de los productos de la tierra. Es opinión de esta vocalía que la experiencia ha sido gratificante y animo a juntas venideras a que se repitan en años venideros.

El 28 y 29 de marzo se celebraron en Aranjuez las II Jornadas de Formación para Residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología cuya temática se centró en el Tratamiento de las Fracturas en Miembros Inferiores, bajo el patrocinio de Laboratorios Lilly y Serhosa. Los temas fueron de elevado interés, así como la asistencia y participación de los residentes de la Comunidad. Desde aquí agradecemos los esfuerzos de nuestro tesorero, el Dr. Escalera, a los ponentes y a los patrocinadores que hicieron posible la realización de dichas Jornadas.

El 25 de Abril tuvo lugar la Sesión Interhospitalaria de la SOMACOT que se celebró en el Hospital Asepeyo de Coslada, y una vez más, y a pesar de lo interesante de los casos especialmente en esta sesión, la asistencia fue paupérrima.

En un intento de perpetuar estas sesiones y mejorar su asistencia, la Junta ha decidido como experiencia piloto celebrar la próxima sesión de forma conjunta con las Videoconferencias del Programa de formación Especializada conjunta de la SECOT-SOMACOT. Por lo tanto será el próximo 22 de mayo en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, a las 17.00h cuando se presenten los próximos 3 casos clínicos.

Es deseo de esta Vocalía transmitir a los Jefes de Servicio y Tutores de Residentes que favorezcan la asistencia y participación de los residentes a las actividades fomentadas desde esta Sociedad, ya que además de su aspecto científico, contribuyen notablemente al conocimiento y a la mejora de las relaciones interpersonales e interhospitalarias.

Dr. Ignacio Usoz
Vocal de formación continuada

INFORME DEL VOCAL DE BOLETÍN Y PAGINA WEB

El **boletín de la SO.MA.COT** está cumpliendo hasta el momento con los objetivos marcados al inicio de la actual Junta Directiva. En él se está facilitando información de la Junta Directiva, mediante sus correspondientes informes tanto de la Presidencia como de las diferentes vocalías. Asimismo, se aporta información científica al publicarse todos los casos clínicos presentados en las Sesiones Clínicas Inter-hospitalarias. Finalmente, se complementa el contenido del boletín con noticias de nuestra especialidad en el ámbito de la Comunidad de Madrid (cursos, reuniones etc.), reportajes de miembros de nuestra sociedad o curiosidades que sirvan de entretenimiento para los lectores.

Por otro lado, la **página web** de la SO.MA.COT está llamada a ser un instrumento de difusión científica de gran relevancia. Además, de los contenidos habituales, donde se puede consultar todo tipo de actividades de la especialidad de cirugía ortopédica que se desarrollan en la Comunidad de Madrid o aquellas relacionadas directamente con nuestra sociedad, existe el proyecto de utilizar la página web como órgano de difusión de los cursos de formación de los médicos residentes que han comenzado a impartirse.

De esta forma, la página web serviría para almacenar una importante información científica como es un programa completo de formación en cirugía ortopédica y traumatología, que pueda ser consultada en cualquier momento y desde cualquier lugar. Tanto las conferencias impartidas por video-conferencia por un profesorado de alto nivel, como el temario de la especialidad quedarían incluidos para su consulta en un apartado concreto de la página web de la sociedad. Aunque se trata solo de un proyecto en construcción, es voluntad de la Junta Directiva actual de la SO.MA.COT que se haga realidad en un corto periodo de tiempo para que pueda ser utilizado por todos los miembros de la sociedad.

Dr. Plasencia Arriba
Vocal Boletín y web SO.MA.COT

INFORME DEL VOCAL DE RELACIONES INTERHOSPITALARIAS

Durante los últimos meses, desde esta vocalía se ha venido desarrollado diferentes contactos para poner en marcha proyectos trabajo coordinado entre servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Comunidad de Madrid. Se pretende iniciar un proyecto integral del Manejo de la Artrosis de Rodilla desde el punto de vista de COT (M.A.R.C.O.T.). Este proyecto pretende englobar el manejo del paciente con artrosis de rodilla desde que acude por primera vez a la consulta del Médico de Atención Primaria, hasta que es valorado en nuestras consultas durante las evaluaciones anuales tras artroplastia total de rodilla. En este proceso el paciente es tratado inicialmente por el MAP y, siguiendo unos parámetros de derivación, es remitido a la consulta de especializada. Allí se evalúa la situación clínica del paciente según una escala que establece un punto de corte para su indicación quirúrgica en el momento más idóneo.

Una vez establecida la indicación de artroplastia de rodilla, se entrega al paciente unas hojas de información sobre el proceso terapéutico que se le va a realizar donde se facilitan explicaciones sobre su patología y tipo de tratamiento, su estancia hospitalaria, tipo de ejercicios que debe realizar en el postoperatorio, etc.

Durante el ingreso del paciente, se propone una vía clínica orientativa para intentar coordinar las funciones de los diferentes estamentos hospitalarios que participan en el proceso quirúrgico de la sustitución articular de rodilla.

Al alta del paciente, se entregan instrucciones sobre cuidados postoperatorios y las respuestas a las dudas más frecuentes. Finalmente, el proyecto recoge la evaluación clínico-radiológica postoperatoria periódica del paciente mediante la misma escala empleada para la valoración preoperatoria del paciente.

Con el respaldo científico de la SO.MA.C.O.T. a este extenso proyecto, se intenta crear un grupo de trabajo con los hospitales interesados en participar e iniciar así un proyecto interhospitalario en la comunidad de Madrid que deseamos tenga continuidad con otras patologías. Desde esta sociedad nos ofrecemos a vehicular cualquier propuesta científica que nos propongan por lo que os animamos a aportar ideas.

Óliver Marín Peña



	ESCALA 0	ESCALA 1	ESCALA 2	ESCALA 3	ESCALA 4	ESCALA 5
Historia clínica
Examen físico
Exámenes complementarios
Actividad diaria
Dolor
Función



INFORME DE LA VOCALIA DE MEDICOS RESIDENTES

Desde la vocalía de médicos residentes se está colaborando activamente en potenciar la formación de los residentes de nuestra comunidad.

El fin de semana de Aranjuez, al igual que el año pasado, contó con una participación notable. Los ponentes nos dieron un buen repaso a la patología traumática del miembro inferior y esperamos que se pueda continuar realizando el año que viene.

La puesta en marcha del programa de formación de residentes está siendo algo compleja. A los problemas técnicos de la primera sesión hay que añadir que algunas de las charlas no estuvieron al nivel que esperábamos. Hay que tener en cuenta que la finalidad de este programa es insistir en las cuestiones básicas de nuestra especialidad, que si bien son fundamentales, nos pueden parecer menos atractivas.

El próximo 23 y 24 de Octubre celebraremos nuestro congreso anual en Alcalá de Henares. El Dr. Plasencia ha realizado un programa excelente y espero que os animéis a mandar vuestras comunicaciones.

Quiero recordaros que el plazo de solicitud de las becas para estancias en centros nacionales y extranjeros está abierto hasta el 1 de Octubre. Podéis consultar las bases en la página Web. Para cualquier duda poneros en contacto conmigo: diegogerman@gmail.com

Dr. García-Germán Vázquez

ESTE BOLETÍN HA SIDO PATROCINADO POR:



DISTRIBUIDOR OFICIAL DE PRODUCTOS HOSPITALARIOS:



ARTROSCOPIA Y
MOTORES QUIRÚRGICOS



CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA



CIRUGÍA DE COLUMNA

Avda. Ventisquero de la Condesa, 18 28035 MADRID · T: 91 376 71 11 · F: 91 376 30 62 · E-mail: informacion@serhosa.com · www.serhosa.com

ROTACIÓN EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA CON EL DR. CAVADAS EN VALENCIA.

Autor: Dr. Ignacio J. Cebreiro Martínez-Val

Centro: Departamento COT. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Al ser premiado con la beca para una rotación externa a nivel nacional de la SOMACOT te comprometes a escribir un artículo sobre tu experiencia en el centro al que viajas y, aunque ya han pasado unos cuantos meses (casi un año) desde que volví, la profunda impresión por los casos y pacientes vistos durante mi estancia allí persiste tiempo después.

¿Por qué Cavadas?, no pertenece a ningún centro hospitalario de prestigio, no es Traumatólogo, ni siquiera se habla de él como de alguien cercano o amable...¿por qué Cavadas? Responder es sumar una serie de factores:

1º) Su indiscutible brillantez: Premio Extraordinario de la Licenciatura de Medicina, Premio Nacional de Licenciatura en Medicina, Doctor cum laude por la Universidad de Valencia, Premio al Mejor Residente de Microcirugía en EEUU en 1995, 1º Premio Nacional de Residentes en Cirugía Plástica, 1º Premio Internacional de Residentes en Cirugía Plástica FILACP...Tiene en su haber más de 60 artículos internacionales publicados en revistas de primer nivel. Ha realizado y descrito varios tipos de cirugías por primera vez en el mundo (primer doble trasplante de mano y antebrazo en una mujer en el mundo, primer cross-transfer de un pulgar, tiene varios colgajos descritos por él...).



Colgajo de dorsal ancho para cobertura de pie amputado y reimplantado.



Mano traumática antes.



Mano traumática previo colgajo contralateral.

2º) Proximidad geográfica “Tener un tipo así a 300 Km. de casa y no ir a visitarle es delito...” pensé.

3º) El Tipo de Patología que aborda: la gran mayoría de su práctica quirúrgica está centrada en la cirugía reconstructiva de miembro superior e inferior, realizando él sin ningún problema traumatología, cirugía vascular y, por supuesto, cirugía plástica. Una menor porcentaje de la patología recorre cualquier otra parte del organismo...cuando digo cualquiera es CUALQUIERA (reconstrucciones genitales, cirugía de reconstrucción facial, tumores de base de cráneo, deformidades craneales, abdomen, tórax, cuello...). Una motivación básica del Dr. Cavadas: el desafío, el más difícil todavía, el límite.



Operando a dos campos.



Suturando venas dorsales.



Mano traumática en primera cura.



Doble transplante de manos tras 20 años amputada.

4º) La cercanía personal. El equipo del Dr. Cavadas está formado por un grupo de jóvenes especialistas, todos formados en hospitales madrileños y oriundos de aquí: Dr. Roger (traumatólogo, con el que tuve la fortuna de compartir 3 años de residencia en el Hospital Ramón y Cajal), Dr. Landín (cirujano plástico, con el que coincidí durante la licenciatura en el H. 12 de Octubre) y el Dr Ibáñez (cirujano plástico, también licenciado en el H. 12 de Octubre). Estos contactos personales fueron los que me impulsaron definitivamente a tomar la decisión de visitar el Equipo del Dr. Cavadas.

La dinámica del equipo era muy cambiante, ya que se desarrollaba en tres localizaciones distintas, muchas veces simultáneamente. El centro donde se acometía la mayor parte de la actividad quirúrgica era la Clínica Virgen del Consuelo donde había quirófano diario de cirugía programada y pase de planta. En este centro se recibían las urgencias referidas de otros hospitales de Valencia, la Comunidad Valenciana y toda España que eran aceptadas para traslado previa llamada telefónica al teléfono de guardia (24 horas al día, 365 días al año). Rara vez se denegaba un traslado. El prototipo de patología de urgencias era una amputación de miembro superior o inferior. Lo que no era una amputación era una fractura abierta grado III-C o destrozo similar. Accidentes de tráfico y pacientes laborales formaban el grueso de las etiologías.



Dr. Roger operando.



Petardos de Valencia y colgajo musculocutáneo.



Accidentes infantiles.

Otro centro donde se recibía patología era el Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante (un hospital de mutuas laborales) donde el Dr. Ibáñez estaba asignado para control de la planta, la consulta y las urgencias. La consulta de revisión (una vez por semana) del Dr. Cavadas en el hospital de mutuas era un desfile de reimplantes y colgajos vascularizados uno detrás de otro, cada cual con una historia clínica a sus espaldas más apasionante desde el punto de vista reconstructivo.

La tercera localización de la actividad médica era la Clínica Cavadas, pequeño centro privado con una consulta y una sala de curas para revisión de casos privados y primeras visitas de la misma condición. La patología allí era más variada, famoso incluido, con cirugías tan dispares como el cambio de sexo, secuelas de quemaduras, cirugía del plexo braquial, malformaciones... muchos pacientes con una larga historia de yatrogenia a sus espaldas. Algunos de ellos acudían allí para ver si se les podía ofrecer alguna otra opción para sus maltrechos miembros, en una actitud como de peregrinaje hacia algún santuario mariano.



Reimplante al límite.



Disecando un colgajo con rotante a la espalda.

Adjunto a este artículo algunas fotos que hice durante mi rotación que ilustran adecuadamente la complejidad de la patología abordada.

No hace falta recalcar la gran aportación que para mi formación, para mi visión de la medicina y para mi motivación científica ha supuesto esta rotación, pero varios aspectos determinantes, más allá de los puramente científicos (técnica quirúrgica magistral, conocimiento anatómico y técnico enciclopédico...), me han impresionado también. He comprobado que en España se puede ejercer la medicina privada y de calidad con un altísimo nivel científico y con un equipo ilusionado, motivado y muy joven. He podido observar a un cirujano que ofrece un trato sincero y directo con el paciente, sin eufemismos y sin miedo a exponer la cruda realidad del caso, y desde luego, y para desgracia de algunos, sin ningún corporativismo (“está claro que no me van a dar el premio naranja”). Y, por último, he podido comprobar como formar parte de un equipo científico de primer nivel no es incompatible con un trato humano, cercano, atento y amistoso. Definitivamente, rotación muy recomendable.



Con el Dr Roger, Dr. Cavadas, Dr. Ibáñez y Vanessa (enfermería).

EXPERIENCIA EN EL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Autor: Dra. María del Sol de Dios Pérez

Centro: Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Boston es una de las ciudades más bonitas y culturalmente más importantes de Estados Unidos. Desde su fundación en 1630 se ha caracterizado por ser una ciudad líder del país en numerosos aspectos, tanto políticos como culturales y científicos. Dentro de este ambiente cultural y expansivo, en la orilla del río Charles, en un terreno ganado al mar, se fundó en 1811 el Massachusetts General Hospital. Vinculado desde su origen a la Universidad de Harvard, el MGH se ha convertido en la actualidad en uno de los iconos de desarrollo científico y en uno de los hospitales más importantes de EEUU y de todo el mundo.

En este Hospital se encuentra un importante Servicio de Cirugía Oncológica Ortopédica. Fue fundado en 1972 por el Dr. Mankin, y desde entonces se ha convertido en una de las unidades de Oncología Ortopédica de referencia a nivel mundial. Hasta este Servicio he tenido la oportunidad de viajar durante los meses de Octubre y Noviembre del pasado año, para realizar una rotación como Residente Visitante, con el objetivo principal de conocer en primera persona el manejo de los tumores de hueso y partes blandas por parte de un equipo multidisciplinar especializado en esta patología.

A mi llegada, lo que más me sorprendió del MGH en general y de este Servicio en particular fue la gran hospitalidad y calidad humana que sus miembros muestran con sus visitantes, sólo comparable a su ya contrastada calidad profesional. Gracias a ello, he tenido la oportunidad de integrarme completamente en la actividad habitual del Servicio, tanto en el pase de visita diario como en las consultas y los quirófanos.

La jornada laboral diaria se desarrolla entre 9 y 10 horas diarias, lo que resulta cansado pero muy provechoso. Comienza siempre con el pase de visita a los pacientes hospitalizados, en el que los cirujanos responsables analizan cada caso y proponen discusiones sobre las posibilidades diagnósticas y opciones de tratamiento, enfocadas desde un punto de vista docente para residentes y fellows. Personalmente, este pase de visita me ha permitido conocer los protocolos de manejo de este tipo de pacientes y los procesos de diagnóstico y tratamiento de las principales complicaciones (fracturas patológicas, infecciones, fracturas de injertos óseos, inestabilidad protésica,...) y, sobre todo, a combinar los conocimientos con el sentido práctico de la especialidad. Además, de forma semanal el pase de visita es multidisciplinar, es decir, realizado de forma conjunta con los miembros de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica. De este modo se ponen en común diferentes aspectos de un mismo tratamiento para un paciente oncológico, lo que permite tener una visión global de la patología y de los tratamientos.



Un día en el quirófano del Dr. K. Raskin con Ian, uno de los fellows.

Después del pase de visita, la jornada se reparte entre la asistencia en Consultas y la actividad quirúrgica. La atención del paciente en Consultas me ha resultado muy diferente a lo que yo conozco en la mayoría de hospitales de nuestro país. En este Servicio, la atención al paciente es muy detallada, probablemente por el tipo de patología, la calidad humana de los médicos y la menor presión asistencial. Si la consulta habitual de oncología musculoesquelética es interesante de por sí, en este Servicio se convierte en una actividad médica muy gratificante, puesto que se dedica bastante tiempo al paciente, a explicar su patología, posibilidades de tratamiento y expectativas de cada caso, siempre desde un punto de vista muy realista, con lo que se consigue un alto grado de confianza en la relación médico-paciente, que claramente será beneficioso en todo el proceso. Además, resulta muy positivo comprobar cómo tienen en todo momento presente la actividad docente. Todos los casos son valorados inicialmente por los rotantes, y posteriormente se analizan por los adjuntos responsables, que fomentan la participación constante de fellows y residentes. Por otra parte es muy interesante ver cómo los Servicios colaboran entre sí constantemente, sobre todo los de Oncología Radioterápica y Oncología Médica (de hecho, una de las consultas semanales se realiza de forma multidisciplinar), Radiología y en especial el de Anatomía Patológica, que en ocasiones ofrece un diagnóstico histológico en el mismo día mediante el análisis de las muestras congeladas que se obtienen mediante biopsia en la consulta.

La actividad quirúrgica se programa en base a la patología que haya en cada momento, siendo prioritaria la cirugía de las complicaciones y de las lesiones malignas. La familiaridad y confianza que ofrecen los adjuntos me permitió asistir y participar activamente en cirugías de todo tipo, desde las menos agresivas (biopsias excisionales, resección de lesiones benignas óseas o de partes blandas, curetaje de lesiones óseas y packing con aloinjerto y/o cemento) hasta aquellas más complejas. La alta especialización de los cirujanos oncológicos del MGH permite que en la gran mayoría de casos de tumores malignos se opte por una cirugía de salvación de extremidades (limb-sparing) siempre que sea oncológicamente posible. Así, he podido ayudar en casos de resecciones de lesiones óseas malignas, incluso en localizaciones complejas (hemipelvectomías, sacrectomías o vertebrectomías) y diversas técnicas de reconstrucción (de hueso, mediante implantes oncológicos o injertos óseos estructurales, y de partes blandas, mediante colgajos musculares o injertos cutáneos), así como técnicas de tratamiento de las complicaciones más frecuentes (fracturas patológicas, infecciones). Además, fue muy interesante para mí el hecho de que en cualquier cirugía, de forma sistemática, se llevan muestras al Servicio de Anatomía Patológica, para comprobar la negatividad de los márgenes quirúrgicos y analizar la histología de cualquier lesión resecada. De este modo, durante las jornadas quirúrgicas me fue posible asistir en estos laboratorios al procesado de muestras y al análisis de las mismas por los patólogos especializados, que instruyen a los asistentes sobre las principales características diferenciales de los tumores de hueso y partes blandas.



Homenaje al Dr. H. Mankin, descubrimiento de su retrato en presencia de algunos de sus fellows.

Como ya he comentado anteriormente, una característica que me llamó poderosamente la atención fue la constante interacción del Servicio de Cirugía Ortopédica Oncológica con otros Servicios del Hospital. Esto se pone de manifiesto de forma especial en las sesiones multidisciplinarias, que son de varios tipos y se realizan varias veces en semana, junto con los Servicios de Anatomía Patológica, Radiología y Oncología Médica y Radioterápica, para analizar los casos más complejos o curiosos desde todos los puntos de vista. Además, dentro del propio Servicio, la actividad docente se completa con Sesiones de revisión de temas oncológicos impartidos por adjuntos y dirigidas a fellows y residentes, con las Sesiones del Journal Club (para comentar artículos de especial interés) y las Sesiones Generales del Hospital (ponencias de cirujanos de otros Centros o videoconferencias de revisión y actualización de temas generales de Traumatología y Ortopedia).

Finalmente, tuve la oportunidad de asistir a un acto de excepcional interés: una Conferencia-Homenaje al Dr. Henry Mankin. Fue organizada por el Departamento de Cirugía Ortopédica Oncológica y consistió en una jornada de conferencias acerca de distintos temas de oncología musculoesquelética, impartidas por algunos de los discípulos del homenajeado. Además de asistir a ellas, tuve el honor de escuchar la charla impartida por el Dr. Mankin (“My heroes and Their Deeds”), una de las figuras más destacadas del mundo de la Cirugía Ortopédica Oncológica por su importante contribución asistencial y de investigación en el campo de los tumores óseos y de partes blandas.

En definitiva, estos han sido dos meses de intenso aprendizaje en Boston, que para mí representa una de las ciudades más bonitas del mundo por sus monumentos, parques y museos, por su ambiente tan agradable y por la gente tan especial que allí he conocido.

No quisiera terminar sin agradecer la hospitalidad, la atención y la increíble labor docente que todo el Servicio de Oncología Ortopédica del MGH ha tenido hacia mí en todo momento, a los Dres. Hornicek, Springfield y en especial al Dr. Kevin Raskin, que con su “locura”, su simpatía y su buen hacer se ha convertido para mí en un gran referente profesional, además de un gran amigo. Y por supuesto, muchas gracias a mis compañeros residentes del Hospital de La Princesa, tanto mayores como menores, sin cuya ayuda y esfuerzo no hubiera podido vivir esta fantástica experiencia.

SARCOMA DE EWING ESCAPULAR.

Autores: Dr. Cebreiro Martínez-Val I.J., Pérez Aguilar D., De Frías González M., Sánchez del Campo Arriola I.
Centro: Unidad de Tumores. Servicio de Ortopedia del Adulto. Departamento COT. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Motivo de ingreso: paciente varón de 18 años remitido desde su Hospital de Referencia a nuestro Centro para valoración de lesión ósea asociada a dolor en escápula izquierda.

Antecedentes personales:

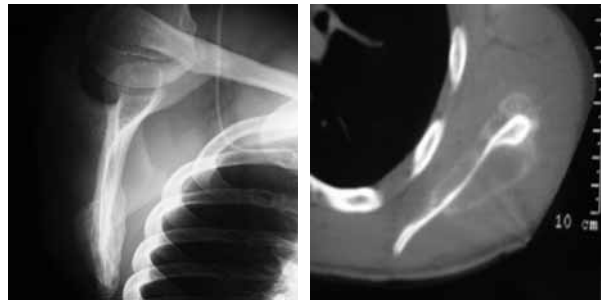
- No reacciones adversas a medicamentos
- En estudio por nefrología por proteinuria
- Virus hepatitis C positivo (PCR negativa)

Enfermedad actual: siete meses antes había comenzado con dolor en escápula izquierda que se había resuelto espontáneamente. Dos meses antes había vuelto a comenzar el dolor y desde entonces había ido en aumento. El dolor le despertaba por la noche y era características inflamatorias. El paciente no refiere fiebre ni afectación del estado general. El paciente aporta radiografías, ecografía, TAC, RMN y gammagrafía.

Exploración física: masa palpable en mitad inferior de la escápula izquierda, dolorosa a la palpación, de consistencia dura, de unos 8-10 cm. No se palpan adenopatías axilares.

Pruebas complementarias:

- RX Y TAC: muestran un engrosamiento del cuerpo y la punta de la escápula izquierda con adelgazamiento cortical asociado y con aparente invasión de partes blandas adyacentes.
- RMN: en relación con el cuerpo y la punta de la escápula presenta una tumoración mal definida de partes blandas con invasión ósea sugerente de Sarcoma de Ewing.
- GAMMAGRAFIA CON Tc: lesión osteoblástica intensa en relación con el tercio inferior de la escápula.



Biopsia ósea: se realiza una biopsia percutánea con trocar: hueso con intensa necrosis y tejido muscular, ambos infiltrados por una neoplasia de célula pequeña. Se remite muestra a microbiología que resulta estéril.

Inmunohistoquímica: sarcoma de Ewing/PNET (tumor neuroectodérmico primitivo)

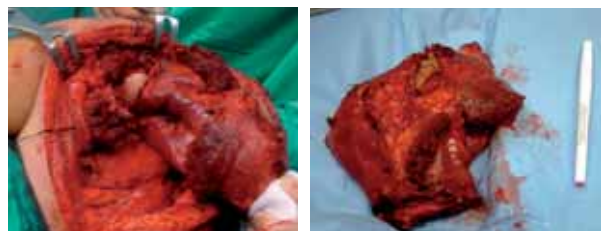
Estudio de extensión: TAC body y gammagrafía negativos. Resto exploración sin alteraciones.

Diagnóstico: sarcoma de Ewing/PNET monostótico (8-10 cm) de localización escapular izquierda sin lesiones metastásicas a distancia (estadío II-B de Enneking)

Esquema de tratamiento: QT neoadyuvante + CIRUGÍA + RT intraoperatoria + RT postoperatoria + QT postoperatoria.

Quimioterapia: tres ciclos de quimioterapia esquema VAC/IE (vincristina, adriamicina, ciclofosfamida alternado con ifosfamida y etopóxido)

Cirugía: resección de la cintura escapular tipo III-B de Malawer con posterior reconstrucción con prótesis total de escápula constreñida con articulación invertida de hombro. La cirugía se realiza sobre un abordaje deltopectoral ampliado posteriormente sobre el borde externo de la escápula hasta la punta de la misma.



En el tiempo de resección tumoral se desinsertaron coracobiceps y pectoral menor, cabeza larga de bíceps y tríceps, trapecio de la espina de la escápula (no del acromion) y tríceps, elevador de la escápula, romboides (menor y mayor) y serrato anterior. Se secciona el dorsal ancho en su inserción en la espina de la escápula, el manguito rotador y el redondo mayor. También se reseca la cápsula glenohumeral y los ligamentos coracoclaviculares. Se realiza así mismo una osteotomía para la preservación del acromion y la ligadura de la arteria escapular dorsal, la arteria circunfleja de la escápula y los paquetes supraespinosos y supraescapulares. Se preserva el nervio axilar y todo el paquete neurovascular del miembro superior.

Una vez resecada la pieza quirúrgica, se procedió a la radioterapia intraoperatoria. Tras ésta se colocó un vástago humeral Bayley-Walker tamaño estándar cementado, se creó una nueva cápsula articular con una malla de Trevira y se colocó una prótesis de escápula constreñida. La prótesis de escápula se coloca anclada a la malla y apoyada sobre el serrato anterior y suturada mediante cordón de PDS al elevador de la escápula, romboides, trapecio, porción larga del tríceps, romboides posterior y serrato. La clavícula se unió al cuello de la escápula y el coracobiceps y el pectoral menor a la clavícula. La cobertura de la escápula se realizó con dorsal ancho, trapecio y deltoides.

Postoperatorio: se le colocó una férula de abducción durante 4 semanas que se fue bajando progresivamente durante 2 semanas más. La biopsia de pieza quirúrgica muestra un Sarcoma de Ewing/PNET sin bordes de resección afectados y una necrosis de la pieza quirúrgica de sólo el 10%. Se le suministró RT y QT postoperatoria con los mismos fármacos. El paciente ha presentado una recidiva metastásica a los 5 meses de la cirugía cambiándosele la QT a un esquema de última generación a base de irinotecán y temodal. El paciente presenta una movilidad a los 6 meses postoperatorios de 70° de abducción, rotación interna en T7 y rotación externa de 5-10°.



Discusión: el sarcoma de Ewing es un tumor óseo primitivo maligno de células pequeñas que se relaciona con la traslocación t(11,22). Representa el 6-10% de todos los tumores malignos primitivos del hueso. El 80% de los tumores ocurren en menores de 20 años (mayoría entre 15 y 20 años). Es más frecuente en varones y raza blanca. Su localización es típica en huesos tubulares largos de los miembros (fémur) y huesos blandos de la pelvis. Sólo el 5% del sarcoma de Ewing se localiza en la escápula. Radiológicamente se trata de un tumor lítico, destructivo, de bordes infiltrantes, es típica su imagen en capas de cebolla. La supervivencia a 5 años antes de la aplicación de la QT era del 5-10%, después de la aparición de la QT hay una supervivencia a 5 años del 60-75% según series.



Las alternativas a la prótesis total de escápula en este tipo de lesiones son las amputaciones y las resecciones clásicas tipo Tikhoff-Linberg dejando el miembro suspendido de los tejidos blandos no resecaados.

Conclusiones: el sarcoma de Ewing escapular es una entidad extremadamente rara. La colocación de una prótesis de escápula articulada resulta ventajosa funcional y estéticamente respecto a otras opciones quirúrgicas. No hay antecedentes en España de la colocación de una prótesis de estas características. La respuesta a la QT constituye un factor pronóstico muy importante en el sarcoma de Ewing localmente avanzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malawer M, Witting J.C. Overview of Resection around de Shoulder Girdle: Anatomy, Surgical Considerations and Clasification. *Musculoskeletal Cancer Surgery*. 2001. 179-202.
2. Campanacci, M. *Bone and Soft Tissue Tumors*. Picin Nuova Libreria/Springer-Verlag Wien. 2ª ed. 1999.
3. Malawer M, Witting J.C. Scapulectomy. *Musculoskeletal Cancer Surgery*. 2001. 179-202.
4. Witting J. C., et al. Constrained total scapula reconstruction after resection of a high-grade sarcoma. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2002 Apr: 143-55.
5. Schwab J.H., et al. Function correlates with deltoid preservation in patients having scapular replacement. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2006 Nov: 225-30.
6. Pritsch T., et al. Is scapular endoprosthesis functionally superior to humeral suspension? *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2007 Mar: 188-95.

SCHWANNOMA GIGANTE DEL NERVO CIÁTICO

Autores: Dr. Carlos Miranda Gorozarri, Dr. Eduardo J. Ortiz Cruz, Dr. José Manuel González López, Dr. Fernando López Barea, Dr. Daniel Bernabeu, Dra. Paula Anta

Centro: Unidad de Tumores Músculo-esquelético. Hospital La Paz. Madrid

Antecedentes personales: Mujer de 46 años con antecedentes de lumbociatalgia izquierda de más de 10 años de evolución. Diagnosticada previamente de hernia discal L5-S1 derecha, habiéndosele realizado múltiples tratamientos medico-rehabilitadores con mejoría parcial.

Como cirugías previas, resaltar una liposucción glútea izquierda un año antes y una cirugía de reparación de hernia umbilical. No otros antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Motivo de consulta: Consulta por aparición de una masa de partes blandas en el glúteo izquierdo de aproximadamente cuatro meses de evolución, con sensación de hipoestésias en el miembro inferior izquierdo y de fallos en el tobillo y pie durante la deambulaci3n.

Exploraci3n f3sica: Se palpa masa de partes blandas en la zona profunda glútea izquierda de aproximadamente 6x6 cm., de aspecto duro y redondeado, dolorosa a la palpaci3n. M3nima hipoestesia en la cara lateral y externa de la pierna y el pie.

Pruebas complementarias:

- Rx pelvis: Sin hallazgos.
- RM: Tumoraci3n grande en regi3n glútea de 8 cm. de diámetro máximo, aparentemente bien encapsulada y delimitada, en estrecha relaci3n con el nervio ciático al que da continuidad (Imágenes 1,2 y 3).

Diagn3stico diferencial

- SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE ORIGEN NEURAL
- SCHWANOMA
- NEUROFIBROMA

Diagn3stico definitivo: Se realiza una biopsia percútea guiada con ecografía, donde se observa una gran masa heterogénea, que alterna áreas relativamente hipoecogénicas con zonas anecoicas en relaci3n con cavidades quísticas (Imagen 4).

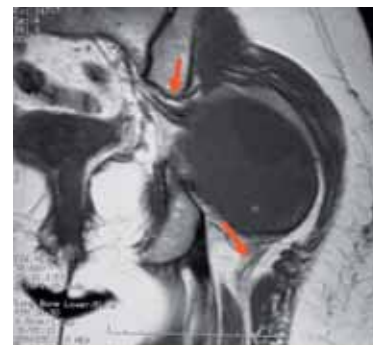
La anatomía patológica de la biopsia muestra zonas hipercelulares y en fascículos asociadas a otras zonas hipercelulares y laxas (Imagen 5). Son las áreas A y B de Antoni respectivamente, cuya alternancia es típica de tumores de la vaina neural. Además, las áreas A de Antoni presentan característicos acúmulos de células en empalizada, que son los llamados cuerpos de Verocay.

Para mayor confirmaci3n se realiza estudio inmunohistoquímico, tiñiendo de manera intensa con prote3na S100, dato muy característico de los schwannomas (1). Además se observan algunos núcleos grandes y pleomorfos que son muy sugestivos de schwannomas “ancianos o envejecidos”.

El diagn3stico definitivo tras el estudio anatómo-patológico es el de SCWANNOMA gigante del nervio ciático.

Se realiza un angioTC como parte del estudio prequirúrgico (Imágenes 6, 7) que muestra una tumoraci3n en partes blandas de la nalga izquierda, con estrecha relaci3n con la salida del nervio ciático del estrecho piramidal, próximo a la arteria glútea superior, que sugieren como primera posibilidad que se trate de un tumor de vaina nerviosa, probablemente de baja agresividad.

Se completa el estudio de extensi3n mediante un TC toraco-abdomino-pélvico, que fue negativo, y una gammagrafía ósea, que mostr3 aumento de captaci3n a nivel de la tumoraci3n de partes blandas en la regi3n glútea izquierda, sin otras captaciones óseas.



RM en T1 coronal muestra una masa hipointensa del nervio ciático en continuidad con el nervio ciático (flechas).

De cara al tratamiento quirúrgico, para disminuir la vascularización del tumor, y por tanto el sangrado intraoperatorio, se lleva a cabo veinticuatro horas antes de la cirugía una embolización selectiva de la arteria glútea superior (Imágenes 8, 9).

Tratamiento: El tratamiento quirúrgico realizado se lleva a cabo multidisciplinariamente por parte de Cirugía Ortopédica Oncológica y Neurocirugía.

Tras un abordaje transglúteo y la identificación del tumor (Imagen 10) se realiza la resección marginal del mismo. La tumoración neural se encuentra adyacente al nervio ciático y se consigue diseccionar en su mayoría, con ayuda del neuroestimulador.

Se envía la tumoración a Anatomía Patológica que confirma el diagnóstico (Imágenes 11, 12).

Evolución: El postoperatorio inicial es favorable, siendo dada de alta cinco días tras la cirugía.

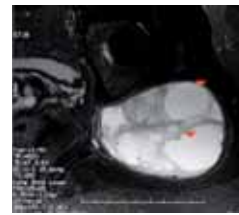
En las revisiones posteriores la paciente presenta gran mejoría de la clínica realizándose una RM de control 6 meses tras la cirugía en la que no se observan restos tumorales bordeando el nervio ciático (Imagen 13).

Discusión: El schwannoma es un tumor benigno derivado de la vaina neural, de las células de schwann, generalmente solitario. Aparece habitualmente en la cuarta década de la vida y con igual predilección por hombres que por mujeres (aunque algunas series hablan de una ligera predominancia femenina) (2).

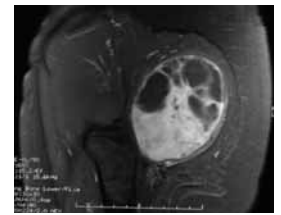
Se presentan generalmente a lo largo del trayecto de un tronco nervioso, creciendo de manera excéntrica al nervio, sin incluir sus haces, dato este último que lo diferencia del neurofibroma, y que le confiere un tratamiento y un pronóstico diferente y mucho más favorable que en el caso del neurofibroma (3).

Aunque son de características benignas, se han descrito casos de degeneración maligna muy escasos (las series lo cifran en menor del 0,001%) y especialmente en los casos asociados a la neurofibromatosis tipo 1 (4, 5).

Su tratamiento de elección es la resección marginal de la tumoración preservando anatomía y funcionalidad del nervio. Esto es posible en el caso de los schwannomas que crecen de manera excéntrica al tumor, no siendo así en el caso de los neurofibromas (6, 7).



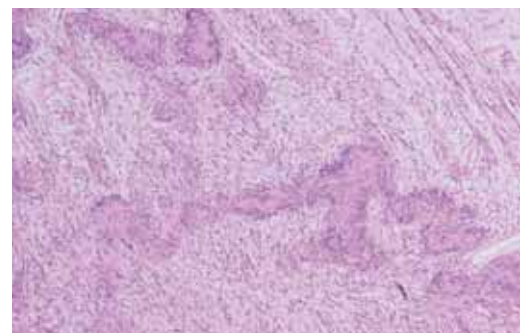
RM en T2 axial con saturación grasa revela una lesión heterogénea con cavidades quísticas (cabezas de flecha).



Sagital T1 con saturación grasa post gadolinio demuestra realce heterogéneo.



ECO: La imagen revela una gran masa heterogénea, relativamente hipoeecogénica con áreas anecoicas en su interior, en relación con cavidades quísticas.



Muestra histológica.

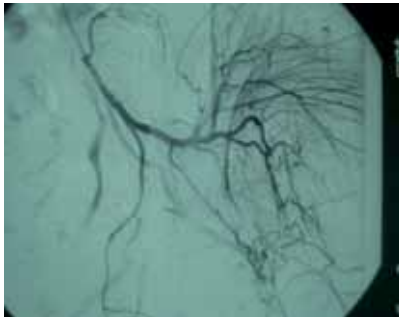


Reconstrucción del angioTC mostrando relaciones anatómicas de la masa.

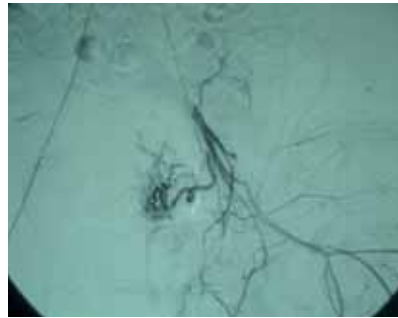


Reconstrucción del angioTC mostrando relaciones anatómicas de la masa.

Las vías de abordaje del nervio ciático en la región glútea son clásicamente dos (8): la infraglútea y la transglútea. La vía transglútea fue la utilizada en nuestro caso y aunque atraviesa el músculo glúteo mayor permite una rápida aproximación al nervio ciático, visualizando muy bien la parte proximal del nervio.



Arteriografía pre-embolización arteria glútea superior.



Arteriografía post-embolización arteria glútea superior.



Abordaje transglúteo. Exposición del schwanoma.



Pieza quirúrgica.



Pieza quirúrgica.



Control de RM 6 meses tras la cirugía. Imagen coronal sin la masa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. White W, Shiu MH, Rosenblum MK, Erlandson RA, Woodruff JM. Cellular schwannoma. A clinicopathologic study of 57 patients and 58 tumors. *Cancer*. 1990;66(6):1266-75.
2. Murray MR, Stout AP. Schwann cell versus fibroblast as the origin of the specific nerve sheath tumor. *Am J Pathol* 1940;16:41.
3. Dubuisson A, Fissette J, Vivario M, et al. A benign tumor of the sciatic nerve: case report and review of the literature. *Acta Neurol Belg*. 1991; 91(1): 5-11.
4. L Rodero et al. Masa glútea y tumor maligno del nervio ciático. *Neurología* 2004; 19(1):27-31.
5. Evans DG et al. Malignant peripheral nerve sheath tumors in neurofibromatosis 1. *J Med Genet* 2002; 39: 311-14
6. Gosk J, Zimmer K, Rutowski R: Peripheral nerve tumours: Diagnostic and therapeutical basics. *Folia Neuropathol* 42:31-35, 2004.
7. Kim DH, Murovic JA, Tiel RL, Moes G, Kline DG: A series of 397 peripheral neural sheath tumors: 30-year experience at Louisiana State University Health Sciences Center. *J Neurosurg* 102:246-255, 2005.
8. Parag G, Patil MD. Surgical exposure of the sciatic nerve in the gluteal region: Comparison of two approaches. *Operative neurosurgery*. Jan 2005 165-71.

PSEUDOMENINGOCELE POSTLAMINECTOMÍA

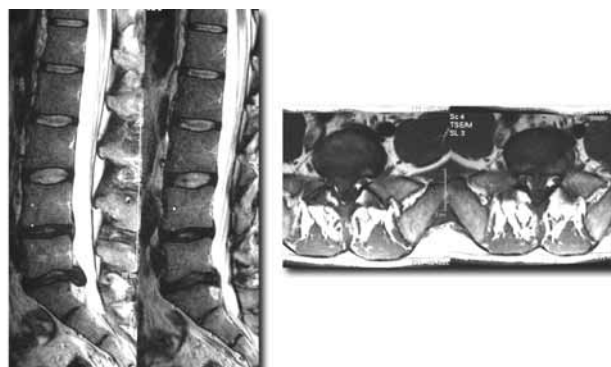
Autores: : Fernando Viloria Recio, Miguel Ángel Plasencia, Carmen Maestre
Centro: Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Alcalá de Henares. Madrid

La fístula de líquido céfalo-raquídeo (LCR) y el pseudomeningocele son raras complicaciones de la cirugía sobre la columna vertebral. Se define el pseudomeningocele como una colección de LCR no delimitada por una pared y que no drena al exterior, mientras que el meningocele sí está delimitado por una pared de recubrimiento y la fístula drena LCR a la piel (1). Su tratamiento implica alternativas quirúrgicas o bien conservadoras, como el drenaje subaracnoideo cerrado, el parche hemático epidural (PHE) o el sellado mediante fibrina (2).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 34 años fumador importante con un cuadro de lumbalgia de 6 meses de evolución, reagudizada en la última semana (acude 3 veces a urgencias) en forma de lumbociática derecha. El dolor le aumenta con la bipedestación y la sedestación mantenidas, sin obtener respuesta con tratamiento médico. A la exploración presenta apofisalgia lumbar, con contractura de la musculatura paravertebral, una marcha talón-punta normal, dolor a la flexión lumbar, una fuerza muscular conservada, ROT Aquileo derecho disminuido, Lasegue + a 20° en MID y un Valsalva +.

En la RMN que se le realizó de urgencias el 16/06/06 se observa una hernia discal L5-S1, por lo que se le somete a una Hemilaminectomía convencional derecha en genu pectoral bajo anestesia intradural, con extracción de la hernia que se encontraba migrada al centro del canal por detrás del saco dural. No existieron complicaciones intraoperatorias, y el tiempo quirúrgico fue de 1 hora. En el postoperatorio se objetivó una desaparición total de dolor ciático con una exploración neurológica distal normal, por lo que se le dio el alta a los 5 días de la intervención.



Hernia discal L5-S1.

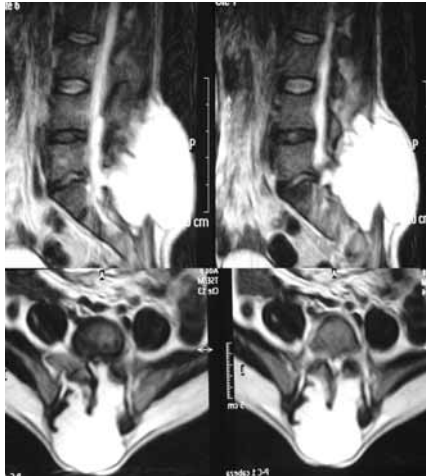
En el 7º día del postoperatorio realiza un valsalva brusco cuando estaba sentado (tosar), comenzando con dolor lumbar que se incrementa con la actividad, cefalea postural y vómitos. El paciente está afebril pero se nota una tumoración blanda en la zona de la cicatriz quirúrgica, por lo que decide acudir a Urgencias donde se le prescribe un antibiótico, se solicita RM y se remite a consultas externas.

La RMN demostró una colección líquida a nivel L5-S1 desde el espacio epidural hasta tejido celular subcutáneo, compatible con pseudomeningocele, que se decidió tratar inicialmente de forma no quirúrgica, mediante aspiración y PHE.

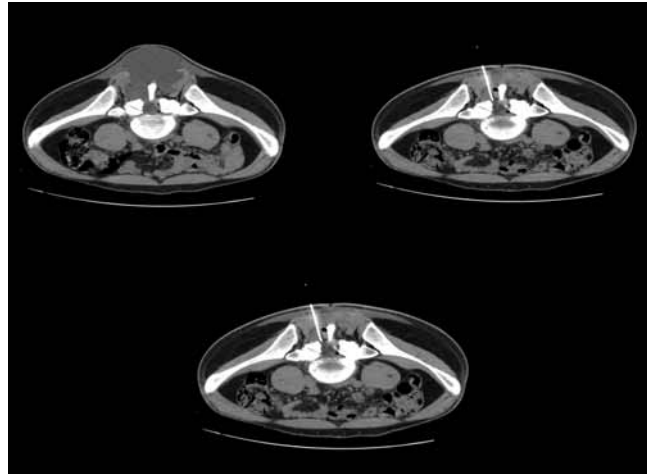


tumoración.

El paciente se colocó en decúbito prono, y guiado por TC, se insertó una aguja Tuohy 18G bajo condiciones estériles a nivel laminectomía, aspirándose más de 200 ml de LCR. Al observarse una evacuación casi completa de la colección, se extrajo sangre antecubital y se inyectaron 35 ml a través de la aguja, tras lo cual se aplicó presión sobre la zona y vendaje poco compresivo. Durante el proceso permanece asintomático,

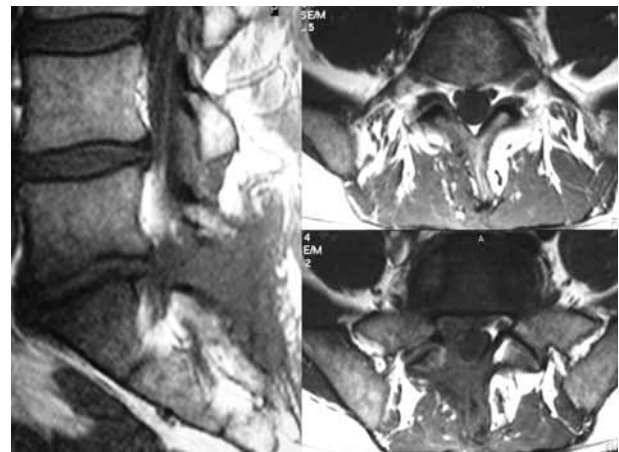
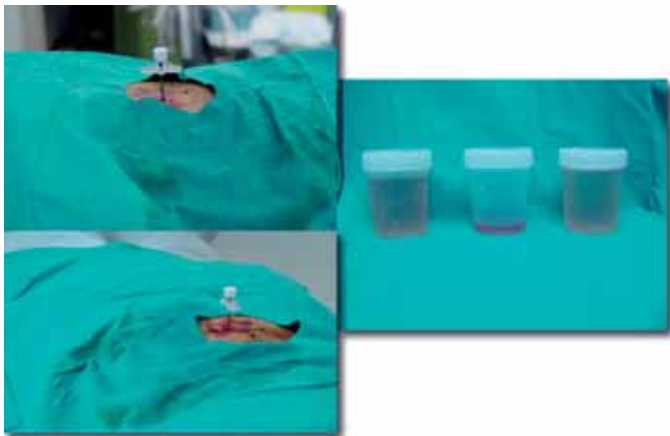


RMN urgencias. Colección líquida desde espacio epidural hasta tejido subcutáneo.



Evacuación guiada por TAC.

se infundieron 500 ml coloides y 500 ml cristaloides. El paciente fue trasladado a planta donde permaneció en decúbito supino y reposo absoluto los 5 primeros días, tras los cuales se indicó sedestación y deambulaci3n progresiva, siendo dado de alta a los 10 días del PHE (14/8/06). Durante su estancia se le administraron antibióticos intravenosos y se realizo una nueva RM de control. Posteriormente, en consultas se realizaron controles periódicos, objetivándose mejoría tanto clínica como radiológica del cuadro, encontrándose actualmente trabajando libre de síntomas.



RMN. post-parche hemático.

DISCUSIÓN

El primer caso de pseudomeningocele postlaminectomía fue publicado en 1946. Actualmente, su incidencia real se desconoce, aunque se estima en torno al 0,05-0,1% de las cirugías lumbares. Su etiopatogenia se debe a un defecto en la duramadre durante o tras la cirugía, con salida de LCR a tejidos paraespinales. La RMN posee una alta resolución para detectar anomalías medulares y paraespinales, considerándose un procedimiento de elecci3n en el diagnóstico del pseudomeningocele postlaminectomía (3)

Los síntomas del pseudomeningocele lumbar pueden referirse como una radiculopatía (herniaci3n raíces nerviosas), siendo más frecuente el dolor lumbar persistente o irradiado. Si atraviesa fascia lumbosacra puede notarse una tumoraci3n palpable. Así mismo, la salida de LCR del espacio subaracnoideo produce una clínica típica de hipopresi3n con cefalea postural, náuseas, vómitos, rigidez nuca, acúfenos, visi3n borrosa. Además existe riesgo infecci3n en forma de discitis, meningitis o abscesos meníngeos. Debido a la clínica y a las potenciales complicaciones el tratamiento debe ser precoz y efectivo.

El mejor tratamiento es la prevención. Cuando se advierte la salida de LCR de forma intraoperatoria, el tratamiento de elección es la sutura dural. Una alternativa es el parche de fibrina, que consiste en una mezcla de dos soluciones, una con fibrinógeno y factores de coagulación y otra con calcio y trombina, con lo que se obtiene un compuesto altamente adhesivo y procoagulante. Esta técnica permite un tratamiento tanto intraoperatorio como postquirúrgico en forma de sellado percutáneo.

El tratamiento del pseudomeningocele postlaminectomía es la reparación quirúrgica del defecto dural, pero supone un nuevo riesgo anestésico y quirúrgico, ya que la presión hernia las raíces hacia la cavidad del pseudomeningocele con el riesgo de su lesión en la apertura. Por otra parte existe una tasa de recurrencia de hasta el 6%, por lo que suele reservarse para aquellos casos en los que no han sido efectivas otras técnicas (4). Frente a esta opción quirúrgica, existen otras alternativas terapéuticas como el reposo con antibioterapia \pm aspiraciones repetidas, el drenaje subaracnoideo cerrado o la aspiración de LCR con PHE. El reposo y antibioterapia no ha mostrado resultados muy satisfactorios en los pacientes con clínica, por lo que hoy en día prácticamente no se usa en pacientes sintomáticos. El drenaje intradural continuo consiste en la punción dural y drenaje continuo de LCR a través de un catéter intradural disminuyendo la presión y favoreciendo el cierre defecto dural. Su tasa de éxito es del 90-92%, pero requiere hasta más de 7 días de drenaje y reposo en cama, y presenta un alto índice de infección de hasta un 10% (Infección herida, meningitis, discitis, irritación temporal raíces). Por otra parte el sobre-drenaje de LCR puede ocasionar cefalea, náuseas o vómitos (5,6).



RMN evolución a los 3 meses.

El PHE está ganando aceptación en el tratamiento de fístulas de LCR y pseudomeningoceles. Consiste en la inyección epidural de sangre autóloga en cantidad variable, con capacidad de adherencia al defecto dural, promoviendo la formación del coágulo y un sellado consistente (7). Así mismo, se cree que la formación del coágulo y su resistencia están mejorados por su mezcla con LCR (8). Su índice de éxito es del 92-98% de los casos, alcanzando una alta eficacia y seguridad en pacientes con cirugía espinal, y requiriendo de menor tiempo de reposo en cama, con menor riesgo de infección (9). En nuestro caso se realizó la aspiración del LCR y posterior inyección de sangre guiado por TC para visualizar la extensión del pseudomeningocele, determinar el grado de evacuación y la localización del parche hemático. No se aspiró el total del LCR para no distorsionar estructuras paraespinales cercanas.

Por otra parte, aunque se aspiraron más de 200 ml de LCR, sólo se reemplazaron con 35 ml de sangre ya que volúmenes similares han demostrado eficacia y volúmenes mayores tienen riesgo de provocar presión sobre el defecto dural y prolongar los síntomas (10).

En conclusión, el pseudomeningocele es una complicación quirúrgica rara pero grave de la cirugía espinal que requiere de un rápido diagnóstico. La aspiración de LCR seguida de PHE guiado por TC es una alternativa de tratamiento con una seguridad y eficacia demostradas en el pseudomeningocele postlaminectomía.



Evolución a los 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee KS, Hardy IM. Postlaminectomy lumbar pseudomeningocele: report of four cases. *Neurosurg* 1992; 30 (1): 111-114
2. Bosacco SJ, Gardner MJ, Guille JT. Evaluation and treatment of dural tears in lumbar spine surgery. *Clin Orthop Relat Res* 2001; 389:238-247
3. Vakharia SB, Thomas PS, Rosenbaum AE, Wasenko JJ, Fellows DG. Magnetic resonante imaging of cerebrospinal fluid leaktamponade effect of blood match in postdural puncture headache. *Anesth Analg* 1997; 84: 585-590.
4. Elbiaadi-Aziz N, BenzonHT, Russell EJ, Mirkovic S. cerebrospinal fluid leak treated by aspiration and epidural blood patch under computed tomography guidance. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26 (4):363-367
5. Shapiro SA, Scully T. Closed continous drainage of cerebrospinal fluid via a lumbar subarachnoid catheter for treatment or prevention of cranial/spinal cerebrospinal fluid fistula. *Neurosurg* 1992; 30: 241-245.
6. Hughes SA, Ozgur BM, German M, Taylor WR. Prolonged Jackson-Pratt drainage in the management of lumbar cerebrospinal fluid leaks. *Surg Neurol* 2006;65:410-415
7. Barberá-Alacreu M, Pallarea VS. Tratamiento mediante parche hemático epidural de las fístulas de líquido cefaloraquídeo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1988;35:161-164
8. Cook MA, Watkins-Pitchford JM. Epidural blood patch: A rapid coagulation response. *Anesth Analg* 1990; 70: 567-572.
9. Maycock NF, Van Essen J, Pfitzner J. Post-laminectomy cerebrospinal leak fistula treated with epidural blood path. *Spine* 1994;19:2223-2225
10. Lauer KK, Haddox JD. Epidural blood patch as treatment for a surgical durocutaneous fistula. *J Clin Anesth* 1992; 4: 45-47.

JORNADAS DE CIRUGÍA DE CADERA DEL ADULTO

El pasado 8 de febrero se celebraron en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), las III Jornadas de Cirugía de Cadera del Adulto Joven Dirigidas por el Dr. Valles y el Dr. Marín.



Como en anteriores ediciones se abordaron diferentes aspectos sobre un tema monográfico que en esta ocasión fue la displasia de cadera en el adulto joven. La sesión de la mañana versó sobre el diagnóstico y las diferentes técnicas de cirugía conservadora en la displasia leve. Destacaron las aportaciones de ponentes de reconocido prestigio como Miguel Cabanela, Klaus Siebenrock o Richard Villar.

Dicha sesión continuó con una cirugía en directo donde se llevó a cabo una Osteotomía Periacetabular por abordaje menos invasivo a cargo del Profesor Kjeld Soballe (Aarhus-Dinamarca). Durante la cirugía, de apenas una hora de duración, el cirujano danés demostró su amplia experiencia en la realización de esta técnica y explicó los diferentes pasos y trucos para realizar con éxito esta compleja técnica.

La sesión de la tarde profundizó en las diferentes opciones de sustitución protésica en la displasia de cadera evolucionada según sus diferentes grados de luxación. Durante la primera mesa de la tarde, el Dr. Sánchez-Sotelo explicó el algoritmo terapéutico empleado en la Clínica Mayo en el tratamiento de la displasia moderada mediante artroplastia de cadera. La última mesa del congreso profundizó en el difícil tratamiento de la displasia alta cerrando unas jornadas con una alta participación, que superó los 150 inscritos, con asistencia de traumatólogos de países como Portugal, Italia, Brasil o México. Destacó la participación activa de los asistentes en las discusiones de las mesas.



Agradecer a todo el Servicio de COT del Hospital Príncipe de Asturias por su esfuerzo en la realización de estas jornadas que esperamos puedan seguir desarrollándose en el futuro.

Dr. Oliver Marín Peña

XIX CONGRESO ANUAL SOMACOT

Sociedad Matritense de
Cirugía Ortopédica y Traumatología



www.somacot.org

Secretaría Técnica:

Fundación General de la Universidad de Alcalá
Departamento de Congresos
C/ Imagen 1-3. 28801 Alcalá de Henares, Madrid
Tlfo: 91 879 74 30 • Fax: 91 879 74 55
E-mail: somacot@fgua.es

Universidad de Alcalá
23 - 24 de Octubre de 2008



Universidad
de Alcalá



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Comunidad de Madrid

PREMIOS Y BECAS SOMACOT

El objetivo de estas becas es contribuir a la formación especializada y fomentar el estímulo a la investigación en las disciplinas de traumatología y Cirugía Ortopédica, teniendo como finalidad última adquirir conocimientos y/o perfeccionar nuevas técnicas.

Estas ayudas están dirigidas **exclusivamente** a miembros de la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Las convocatorias serán anuales, e incluirán tres becas. Dos reservadas para estancias en Centros extranjeros y una tercera para un Centro nacional, si bien este criterio podrá ser modificado puntualmente a juicio de la Comisión Evaluadora

La cuantía de las ayudas será de 1.800 Euros para Centros extranjeros y de 600 Euros cuando se trate de Centros nacionales.

Los criterios de selección estarán especialmente referidos a los siguientes puntos: a) interés científico y técnico del tema sobre el que el candidato desea profundizar en su conocimiento o formación; b) actualidad del mismo; c) experiencia y/o conocimientos previos del solicitante sobre la materia o técnica en cuestión; d) objetivo específico que se pretende con la visita; e) idoneidad o excelencia del Centro u hospital donde se debe asistir con respecto al objetivo del solicitante; duración de la estancia.

Constituyen requisitos para la solicitud: a) Presentación de la carta de aceptación del centro de referencia; b) Compromiso de remitir a la Sociedad que otorga becas una Memoria sobre la actividad desarrollada una vez finalizada la visita; c) Asumir la posibilidad de exposición de algún aspecto del tema formativo en la Mesa Docente del Congreso de la SOMACOT, Jornadas de Formación Continuada o colaboración en el boletín de la Sociedad. d) Adjuntar Currículo Vitae; e) Visto Bueno del Jefe de Servicio del centro de origen sobre la estancia a realizar.

La Comisión Evaluadora está compuesta por: a) Presidente de la SOMACOT, que asumirá la presidencia de la Comisión. (En su ausencia podrá ser sustituido por el Vicepresidente de la Sociedad; b) Vocal de Formación Continuada; c) Profesional de la Especialidad, y miembro de la SOMACOT, de reconocido prestigio; d) Antigo Presidente de la Sociedad, preferentemente el Presidente de la Comisión; e) Secretario de la SOMACOT, que actuará como secretario de la Comisión.

El período de solicitud se inicia el día 1 de Enero de cada año, estableciendo como fecha límite, el siguiente día 1 de Octubre. El resultado de la evaluación, con los nombres de los becados será anunciado en el transcurso del Congreso inmediato de la SOMACOT.

Las solicitudes deben ser enviadas a la Secretaría de la SOMACOT.

PÁGINA WEB DE LA SO.MA.COT.

www.somacot.org

INFORMACIÓN ÚTIL. VISÍTALA

Junio 2008

XXXVI congreso de la sociedad castellano-leonesa-cántabro-riojana de traumatología y ortopedia
6 y 7 de Junio. Parador Nacional de Segovia. E-mail: pamado@linea3.eu Web: <http://segovianet.com/cot>

121st Annual Meeting American Orthopaedic Association
June 4-7, 2008. Quebec City, Canada. Email: cynthia@canorth.org Website: www.aoassn.org; www.coa-aco.org

Curso Básico SECOT 2008. Pseudoartrosis
5, 6 y 7 de Junio. Madrid. Web: www.secot.es

15th Congress of the European Rheumatism and Arthritis Surgical Society
6th to 7th June 2008. Barcelona. Spain. Web: www.activecongress.es/erass2008

Domestic Meeting of the European Hip Society (EHS). Spanish Hip Society Meeting (SECCA)
June 10th - 14th, 2008. Palacio de Congresos y Exposiciones. Madrid (Spain). Web: www.ehs2008.com

XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo
12, 13, 14 de junio de 2008. Costa Adeje. Tenerife. E-mail: e.torres@torrespardo.com

XXV simposium internacional fundación MAPFRE: "Lesiones deportivas"
11-13 de junio de 2008. Auditorio MAPFRE. Madrid. Web: www.fundacionmapfre.com/salud

54th Nordic Orthopaedic Federation Congress
Amsterdam (The Netherlands). 11th to 13rd June 2008. Web: www.NOF2008.org

3rd European Advanced Course on Knee Arthroplasty
11th to 13th June 2008. Brugge. Web: www.medicongress.com

10th EFAS Instructional Course
June 13-14, 2008. Lyon, France. Email: efas@eventplus.ie Website: www.efas.co.uk

XXXVIII Congreso de la SATO
19-21 Junio 2008. Palacio de Congresos de Cádiz. Información: Itziar Jaén. Teléfono: 954991500.
E-mail: itziar@sayco.net

EUROHAND 2008 13th Congress of the FESSH / 9th Congress of the EFSHT
19th to 21th June of 2008. Lausanne. Switzerland. E-mail: s.knuesli@schlegelheath.ch Web: www.congress-info.ch

I Curso de abordajes percutáneos en cirugía de columna cervical, torácica y lumbar
16, 17 y 18 de junio de 2008. Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. (Cáceres).
E-mail: eromero@ccmijesususon.com Web: www.ccmijesususon.com

Julio 2008

4th Basel International Knee Congress and Instructional Course
29th June to 2nd July. Basel. Switzerland. Email: info@akm.ch

7th International Meeting on Cancer Induced Bone Disease
29th June to 2nd July. Edinburgh (United Kingdom). Web: www.cancerandbonesociety.org

VIII Curso práctico de artroscopia: diversas técnicas para la reconstrucción del Ica y Icp.
3 y 4 de julio de 2008. Hospital de Traumatología. ASEPEYO. Madrid.
Teléfono: 91.5641626. Fax: 91.5611721

Agosto 2008

Instructional Course Lectures .Colombian Orthopaedic and Traumatology Society (SCCOT)
16th to 18th August 2008. Cartagena Colombia. E-mail: secretaria@sccot.org.co

The SICOT/SIROT 2008 XXIV Triennial World Congress.
24 to 28 August 2008. Hong Kong (China). E-mail: congress@sicot.org Web: www.sicot.org

Septiembre 2008

Annual Meeting of the South African Orthopaedic Association
1st to 5th September 2007. Cape Town. South Africa. E-mail: saoa@megaweb.co.za

Agenda

Annual Meeting of the British Orthopaedic Association

12th to 14th September 2008. Manchester (UK). Web: www.boa.ac.uk

30th Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research

12th to 16th September 2008. Montreal. Canada. Web: www.asbmr.org

Congreso internacional sobre traumatología 75 aniversario MAPFRE

17-19 septiembre 2008. Hotel Meliá Castilla, Madrid. E-mail: monica@torrespardo.com

3rd International Meeting of the International Federation of Foot & Ankle Societies

18th to 20th September 2008. Bahia. Brazil. Web: www.iffas2008.com.br

21st Congress of the European Society for Surgery of the Shoulder

19th to 20th September 2008. Brugge. Belgium. Web: www.secec2008.org

27th Annual Meeting of the European Bone & Joint Infection Society.

18-20 de septiembre de 2008. Barcelona. Web: www.barcelonaebjis2008.com

21st EFORT IC - Instructional Course

19th to 20th September 2008. Milan. Italy. Web: www.efort.org

Octubre 2008

45º Congreso Nacional de la SECOT.

1 al 3 de octubre de 2008. Valencia. Web: www.secot.es

The 21st Annual Congress of the International Society for Technology in Arthroplasty

October 1 - 4, 2008. Seoul, Korea. Teléfono: 82-2-2082-2300. E-mail: ista@ista2008.org

22nd Instructional Course EFORT

10th to 11th October 2008. Prague. (Czech Republic). Web: www.efort.org

Curso teórico-práctico FREMAP: "Patología del hombro"

15-16 de octubre de 2008. Barcelona. E-mail: monica@torrespardo.com

International Conference on Osteoporosis and Bone Research 2008

15th to 18th October 2008. Beijing. China. Web: www.chinamed.com.cn/icobr2008

7th Congress of European Foot and Ankle Society

16th to 18th October 2008. Vilamoura. Portugal. Web: www.efas.co.uk

Noviembre 2008

Curso Básico SECOT 2008. Pseudoartrosis

20- 22 de Noviembre. Barcelona. Web: www.secot.es

3rd Int. Hip Arthroscopy Meeting

21st to 22nd November of 2008. Homburg/ Saar. Germany. Web: www.intercongress.de

Arthroscopy and Minimally Invasive Surgery of the Upper Limb

November 20-22, 2008. Larisa, Greece. Web: www.larisarm2008.com

XXX World FIMS Congress of Sports Medicine,

18th to the 23rd November 2008. Barcelona (Spain). Web: www.femede.es

Curso teórico-práctico fundación Mapfre: "patología del codo"

6-7 de noviembre de 2008. Málaga. Web: www.fundacionmapfre.com/salud

Diciembre 2008

Annual Meeting of the Argentinian Orthopaedic Association

30th November to 4th December 2008. Buenos Aires. Argentina. Web: www.aaot.org.ar

IOF World Congress on Osteoporosis

3rd to 7th December 2008. Bangkok. Thailand. Web: www.iofbonehealth.org

Direcciones y teléfonos de interés:

Sede Social SOMACOT: Grupo Uriach. C/. Boix y Morer, 5. Tel.: 91 554 21 06. Fax: 91 554 21 08

Secretaría General. Srta. Nené. Tel.: 91 851 01 77

Asesoría Jurídica: C/. Velázquez, 55. Tel.: 91 431 68 02 - 91 431 70 94. Fax: 91 577 91 88