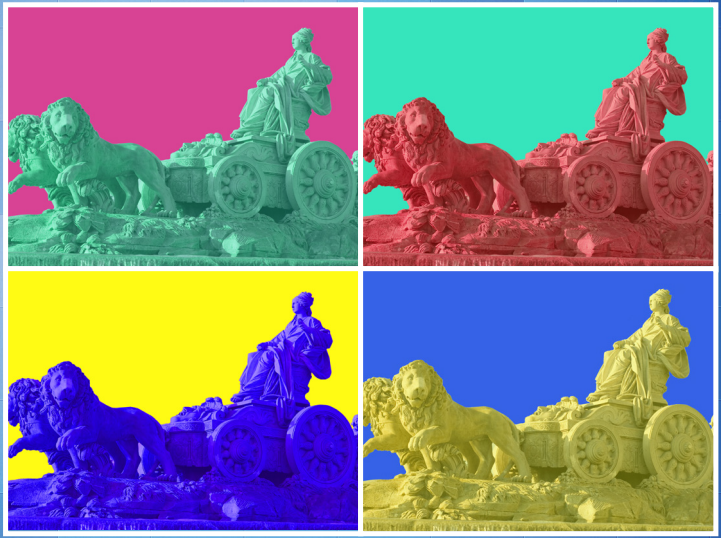
XVI
CONGRESO SECCA

Madrid, 19 y 20 de junio de 2014



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

www.secca.es

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

www.secca.es

índice

Información General 4

Mapa de situación 5

Comités 6

Ponentes extranjeros 8

Programa Científico

Programa Congreso, Jueves 9

Programa Congreso, Viernes 10

Empresas colaboradoras 13

Comunicaciones Orales 15

Carteles Científicos 39

Información General

Sede

Aula Magna. Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid
Arzobispo Morcillo, s/n 28029 Madrid

Fechas

XVI Congreso SECCA - 19 y 20 de junio de 2014

Secretaría Técnica

TORRESPARDO
Congress Management

C. Nàpols 187, 2º
08013 Barcelona
Tel +34 932 463 566
Fax + 34 932 317 972
e.torres@torrespardo.com

Viaje y alojamiento

VIAJES El Corte Inglés

Departamento Congresos Científico-Médicos
C/ Alberto Bosch, 13 · 28014 Madrid
Tel. +34 913 300 755
Fax +34 914 203 952
secretariaturistica@viajeseci.es

TODA LA INFORMACIÓN
(Programa, Inscripcion online, alojamiento, Envío de Comunicaciones...)
XVI CONGRESO SECCA LA PODRÀ ENCONTRAR EN:

www.secca-cirugiareconstructiva.com

mapa de situación

Sede
Aula Magna. Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid
Arzobispo Morcillo, s/n 28029 Madrid

comités

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Eduardo García Cimbrelo

Secretario
Rafael Zarzoso

Tesorero
José Riba

Vocales
Ana Cruz Pardos
Eduardo García Rey

Comité Científico

Presidente
Xavier Gallart

Vocales:
José Cordero
Francesc Pallisó

JUNTA DIRECTIVA SECCA

Presidente
Eduardo García Cimbrelo

Vicepresidente
José Sueiro Fernández

Presidente saliente
Antonio Coscujuela Mañá

Secretario
Rafael Llopis Miró

Tesorero
José Riba Ferret

Vocales
Ricardo Terré Alonso
José Cordero Ampuero

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Madrid 19, 20 de junio de 2014

Madrid 19, 20 June 2014

PONENTES EXTRANJEROS / INTERNATIONAL SPEAKERS

- Fares Haddad (Reino Unido)
- Philippe Hernigou (Francia)
- Theofilos Karachalios (Grecia)
- Thomas Pandorf (Alemania)
- Paulo Amaral Rego (Portugal)
- Larent Sedel (Francia)
- Luigi Zagra (Italia)

Programa científico · Scientific program

JUEVES 19 DE JUNIO
THURSDAY 19TH

15.30-17.00 h
MESA REDONDA: PARES DE FRICCIÓN
ROUND TABLE: BEARING SURFACES
Moderador/ Chair: E. García Cimbrelo

15.30-15.40 h
Experiencia con el par cerámica-cerámica
Experience with the ceramic-ceramic bearing
García-Cimbrelo, E.

15.40-15.55 h
Articulaciones cerámicas: más que una manera de reducir el desgaste
Ceramic articulations - more than just wear improvement
Pandorf, T.

15.55-16.10 h
Cerámica sobre cerámica: las diferencias en el diseño de los materiales o en su composición podrían tener relevancia clínica
Sedel, L.

16.10-16.25 h
Mecánica de fracturas y tratamiento de las roturas de la cerámica
Fracture mechanics and treatment of ceramic breakage
Zagra, L

16.25-16.40 h
Influencia del par de fricción en el fretting (fatiga por contacto) y la corrosión del cono morse: ¿existen consecuencias clínicas a largo plazo?
Influence of bearings surfaces on fretting and corrosion of the morse taper: is there a clinical consequence in the long term?
Hernigou, P.

16.40-17.00 h
Discusión - Discussion

17.15-18.15 h
Comunicaciones Libres - Oral Papers
Biomecánica y técnica quirúrgica
Moderadores/ Chairmen: J.A. de Pedro - H. Ferrer

O1. Como influye la báscula pélvica en la orientación definitiva del acetábulo en la vía de abordaje decúbito lateral
Rubén Fole López, Pablo Peñalver Andrada, Enrique Gonzalez Fernandez, Borja López Hernando
Hospital Universitario La Princesa, Madrid

O2. La reconstrucción biomecánica de la articulación de la cadera disminuye la tasa de luxación. Análisis radiográfico del aparato abductor
Eduardo García Cimbrelo, Eduardo García Rey, Ana Cruz Pardos. Hospital La Paz, Madrid

O3. Coxartrosis, prótesis de cadera y equilibrio
Miquel Pons Cabrafiga[1], Alex Pasarín Martínez[2]
[1]Servicio Cirugía Ortopédica. Hospital Sant Rafael, Barcelona; [2]Servicio Rehabilitación Funcional. Hospital Sant Rafael, Barcelona

O4. Dismetría funcional de cadera después de artroplastia
Humberto Ferrer Escobar, Josep Mª Guiu
Hospital Quirón, Barcelona

O5. Cirugía protésica en el fracaso de osteosíntesis de las fracturas de fémur proximal
Marcos Cruz Sánchez, Carlo Gamba, Alfonso León García, Fernando Marqués López, Carlos Mestre Cortadellas. Parc de Salut Mar, Barcelona

O6. Recambio de artroplastia total de cadera tras rotura del vástago femoral. Serie de cinco casos
Xavier Lizano Díez, Eduard Alentorn Geli, Fernando Marqués López, Alfonso León García, Carlos Mestre Cortadellas. Hospital del Mar, Barcelona

Programa científico · Scientific program

VIERNES 20 DE JUNIO
FRIDAY 20TH

09.00-9:30 h
Comunicaciones libres - Oral Papers
Vástagos
Moderadores/ Chairmen: M. Pons - X. Gallart

O7. Cirugía primaria de cadera con minivástago tipo GTS. Curva de aprendizaje en nuestro centro
Raquel Marí Molina, Daniel Pérez Prieto, Alfonso León Garcia, Carlos Mestre Cortadellas, Fernando Marques López.
Parc de Salut Mar, Barcelona

O8. Vástago no cementado con cubierta de Hidroxiapatita y par alúmina-alúmina. Estudio prospectivo a medio y largo plazo
Eduardo García Rey, Eduardo García Cimbrelo, Ana Cruz Pardos.
Hospital La Paz, Madrid

O9. Revisión de la hemiartroplastia de Austin Moore en fracturas desplazadas del cuello femoral en ancianos
Borja Muñoz Niharra, Iker Uriarte Llano, Jesús Manuel Moreta Suárez, Javier Mosquera Gorostidi, José Luis Martínez De Los Mozos.
Hospital de Galdakao, Galdakao- Usansolo, Vizcaya

O10. ¿Es la artroplastia parcial Corail® no cementada una alternativa en el tratamiento de las fracturas de cuello femoral en ancianos?
Adrián Gallego Goyanes, Xabier Rubal Ledo, Felipe Noya álvarez, Jose Ramón Caeiro Rey.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña

09.40-10.00 h
Comunicaciones libres - Oral Papers
Cótilos
Moderadores/ Chairmen: M. Pons - X. Gallart

O11. Evaluación del grosor y penetración del cemento en cótilos. Estudio retrospectivo comparando cótilo no alado versus alado implantado con un sistema de corte perimetral
Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Diego Reátegui Villegas, Juan Miguel Rodriguez Roiz, Guillem Bori Tuneu, X. Gallart
Hospital Clínic, Barcelona

O12. Resultados preliminares de un registro multicéntrico a largo plazo de prótesis total de cadera con cúpulas no cementadas porosas e inserto de polietileno con vitamina E
Eduardo García Rey[1], Nanna Sillesen[2], Meridith Greene[3], Henrik Malchau[3], Eduardo García Cimbrelo[1]
[1]Hospital La Paz, Madrid
[2]Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Dinamarca
[3]Massachusetts General Hospital, Boston, Estados Unidos

O13. Cotilos de doble movilidad en pacientes de alto riesgo de luxación de prótesis de cadera
Anna Alvarez Mateo, Fernando Collado Sáenz, Ivan Gómez Ros, Montserrat Mitjans Cubells, Enric Cruz Olivé
Hospital General de Granollers, Barcelona

Programa científico · Scientific program

VIERNES 20 DE JUNIO
FRIDAY 20TH

10.10-10.40 h
Comunicaciones libres - Oral Papers
Miscelánea
Moderadores/ Chairmen: M. Pons - X. Gallart

O14. Uso de Smartphones y mensajería instantánea en la coordinación multidisciplinar de un equipo de cirugía de cadera. Experiencia inicial en un Hospital de tercer nivel
Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Jorge Egea Moreno, Maria Cinta Pinyol Pérez, Montserrat Orench Buscall, Elena Salas Marco
Hospital Clínic, Barcelona

O15. La inclinación del componente femoral en prótesis de recubrimiento. ¿Interfiere en el aumento de iones metales en sangre?
Marta Cuenca Llavall, Carles Mestre Cortadellas, Alfonso León Garcia, Joan Carles Monllau García, Fernando Marqués López
Hospital del Mar - Hospital de l'Esperança, Barcelona

O16. Encuesta sobre el uso y comportamiento de la prótesis de cadera metal-metal en España
Nieves Calcerrada Díaz-Santos[1], Ana Fernández Vega[1], Carmen Valls León[1], Eduardo García Cimbrelo[2]
[1]Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Madrid; [2]Hospital La Paz, Madrid

O17. Concentrado autólogo de medula ósea para el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza femoral: resultados clínicos y radiológicos
Ana Cruz Pardos, Eduardo Garcia Rey, Jose Ortega Chamarro, Enrique Gomez Barrena, David Duran Manrique
Hospital La Paz, Madrid

11.00-11.30 h - Pausa café - Coffee Break

11.30-13.30 h
MESA REDONDA: CIRUGÍA INFRECUENTE DE CADERA EN SITUACIONES ESPECIALES
ROUND TABLE: INFREQUENT SURGERY IN SPECIAL SITUATIONS
Moderador / Chair: Diego Collado

11.30-11.45 h
Patología congénita de cadera en el adulto. Planificación preoperatoria y estrategias de tratamiento
Congenital hip disease in adults. Preoperative planning and management strategies.
Karachalios, T.

11.45-12.00 h
Perspectiva histórica de la cirugía de preservación de cadera
Historical perspective of hip preservation surgery
Coscujuela, A.

12.00-12.15 h
Experiencia con la osteotomía periacetabular en displasia de cadera
Experience of peracetabular osteotomy (PAO) in hip dysplasia
Zarzoso, R.

12.15 -12.30 h
Nuevas técnicas en cirugía intrarticular de preservación de cadera (Operación de Dunn modificado, osteotomías del cuello y osteotomías de cabeza femoral) New techniques in intraarticular hip preservation surgery (modified Dunn procedure, femoral neck and femoral head osteotomies)
Rego, P.A.

12.30-12.45 h
Artroplastia capsular de cadera en displasia alta
Capsular interposition arthroplasty in high-riding DDH
Collado, D.

Programa científico · Scientific program

VIERNES 20 DE JUNIO
FRIDAY 20TH

12.45-13.30 h
Discusión - Discussion

13.30-15.30 h
Comida - Lunch

15.30-17.45 h
MESA REDONDA:
FRACTURAS PERIPROTÉSICAS EN LA CADERA.
ROUND TABLE: PERIPROSTHETIC FRACTURES AROUND THE HIP
Moderador / Chair: L. López Durán

15.30-15.45 h
Frecuencia. Clasificación. Controversias
Frecuency. Classification. Controversies
López-Durán Stern, L.

15.45-16.00 h
Fracturas acetabulares periprotésicas
Acetabular periprosthetic fractures
Hernández -Vaquero, D.

16.00-16.15 h
Fracturas periprotésicas intraoperatorias
Intraoperative periprosthetic fractures
Agulló, J.L.

16.15-16.30 h
Tratamiento de las fracturas tipos B mediante osteosíntesis. Cables y placas
Periprosthetic fractures treated using cables and plates
Zarzoso, R.

16.30-16.45 h
Tratamiento de las fracturas tipo B. Revisión protésica, vástagos largos, cementados o no
Periprosthetic fractures around the hip
Haddad, F.

16.45-17.00 h
Tratamiento de las fracturas tipo B; uso del aloinjerto
The use o allograft in periprosthetic fractures type B
Moro, E.

17.00-17.15 h
Interrogantes en el tratamiento de las fracturas periprotésicas femorales
Question in the treatment of periprosthetic fractures
Sancho, R.

17.15-17.30 h
Fracturas interprotésicas. Revisión de uno/dos componentes
Inter-prosthetic fractures. Revision of one/two components
Albareda, J.

17.30-18.00 h
Discusión - Discussion

18.00-19.00 h
Asamblea de la SECCA
SECCA General Assembly

21.00 h
Cena de clausura
Farwell Dinner

EMPRESAS COLABORADORAS

BIOMET

CERAMTEC

CERAVER

DEPUY-SYNTHES

EXACTECH

JFL IMPLANTS

LINK

MBA

MEDCOMTECH

SMITH&NEPHEW

STRYKER

SURGIVAL

ZIMMER

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Jueves 19 de junio
17.15-18.15 h

Biomecánica y técnica quirúrgica

O1. Como influye la báscula pélvica en la orientación definitiva del acetábulo en la vía de abordaje decúbito lateral

Rubén Fole López, Pablo Peñalver Andrada, Enrique Gonzalez Fernandez, Borja López Hernando

Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Objetivos:

Nuestro objetivo es analizar la inclinación pélvica en la mesa quirúrgica y su influencia en la horizontalización del cotilo.

La mesa quirúrgica y el suelo son las referencias habituales para el posicionamiento del acetábulo. Pero si la cintura escapular es más ancha que la cintura pélvica, la pelvis se inclina hacia los pies. Y si la cintura escapular es más estrecha que la cintura pélvica, la pelvis se inclina hacia la cabeza.

Material y Métodos:

Estudio prospectivo, ciego, observacional.

50 artroplastias totales de cadera (26 mujeres), un mismo servicio, varios cirujanos. Decúbito lateral, mesa quirúrgica horizontal, soporte anterior convencional (pubis) y posterior (columna lumbar)

Medidas preoperatorias: (se crea el medidor de báscula pélvica) del ancho de hombros , cintura pélvica y la inclinación de la pelvis (el ángulo entre la mesa quirúrgica horizontal y una línea por ambas espinas ilíacas antero-superiores), inclinación de la pelvis hacia la cabeza o los pies.

Vía de abordaje Postero-lateral. Orientación teórica del acetábulo por los cirujanos: 45 º en valgo

Mediciones radiográficas post-operatorias: medida de la orientalización del cotilo.

Resultados: 21/50 (4 hombres): cintura pélvica 27 mm media más ancha que la cintura escapular (fenotipo femenino), inclinación pélvica 1 + / -7 º hacia la cabeza, el riesgo teórico de implantación orientalización . Orientación definitiva: 43 + / -10 º

3/50 (2 hombres): anchura cintura pélvica similar a la cintura escapular, la inclinación pélvica 7 + / -2 º hacia los pies, el riesgo teórico implantación vertical. Orientación definitiva 43.8º

26/50 (18 varones): cintura escapular 23 mm más ancha que la pelvis (fenotipo masculino), inclinación pélvica 1 + / -5 º hacia los pies, el riesgo teórico implantación vertical. Orientación definitiva: 45 + / -9 º

No resultado estadísticamente significativo.

Comentarios y Conclusiones:

1. Diferentes anchos de hombros y cintura pélvica podrían influir teóricamente inclinación pélvica de los pacientes en decúbito lateral sobre la mesa quirúrgica
2. Pero, en realidad la mayoría de los pacientes presentan una inclinación de la pelvis menor.
3. La orientación radiográfica media del cotilo es alrededor de 45 º, pero la desviación estándar es grande y un número importante está fuera del rango recomendado.

O2. La reconstrucción biomecánica de la articulación de la cadera disminuye la tasa de luxación. Análisis radiográfico del aparato abductor

Eduardo García Cimbrelo, Eduardo García Rey, Ana Cruz Pardos

Hospital La Paz, Madrid

Objetivos:

El origen de la luxación de la prótesis total de cadera (PTC) es multifactorial y se ha asociado con factores relacionados con el paciente, con el implante y con la cirugía.

Nos preguntamos si la adecuada posición de la cúpula y la reconstrucción del mecanismo abductor disminuye la tasa de luxación de la PTC.

Material y Métodos:

Evaluamos 1414 PTCs no cementadas implantadas entre 2000 y 2014. La posición radiológica de la cúpula se evaluó según el ángulo de abducción acetabular, la altura del centro de la cadera, y la distancia horizontal de la cúpula. La anteversión se midió según Widmer y la reconstrucción del centro de rotación de la cadera según Ranawat y cols. La reconstrucción radiográfica del mecanismo abductor se midió según dos variables: 1) el brazo de aplicación del momento abductor como la distancia de la cabeza femoral a la línea que va de la zona lateral del trocánter mayor hasta la cresta iliaca anterosuperior, y 2) la altura del trocánter mayor como la distancia entre la línea que une las lágrimas hasta la línea paralela que cruza la punta del trocánter mayor.

Resultados:

Hubo 33 luxaciones (2.3%) y 11 recambios por inestabilidad recidivante (0.8%). El análisis de regresión multivariante ajustado mostraba que un mayor ángulo de abducción acetabular postoperatorio y una mayor distancia al centro anatómico de rotación de la cadera presentaban mayor riesgo de luxación (p=0.005, Hazard Ratio (HR):1.054, Intervalo de Confianza (IC) 95% 1.016-1.093, y p=0.014, HR: 1.046, IC 95% 1.009-1,084, respectivamente). También observamos que las caderas con un mayor brazo de aplicación del momento abductor presentaban menor riesgo de luxación (p=<0.0001, HR: 0.927, IC 95% 0.891-0.963).

Comentarios y Conclusiones:

Una reconstrucción de la biomecánica de la cadera es esencial para disminuir el riesgo de luxación tras la PTC. La debilidad de la musculatura abductora de la cadera puede ser una de las causas más importantes de luxación.

O3. Coxartrosis, prótesis de cadera y equilibrio

Miquel Pons Cabrafiga[1], Alex Pasarín Martínez[2]

[1]Servicio Cirugía Ortopédica. Hospital Sant Rafael, Barcelona
[2]Servicio Rehabilitación Funcional. Hospital Sant Rafael, Barcelona

Objetivos

La artrosis de cadera conlleva una alteración de la propiocepción articular y una pérdida de calidad de respuestas motoras con un incremento del riesgo de caídas.
Objetivo: confirmar esta pérdida de equilibrio y observar si se recupera a los 12 meses del implante de una prótesis (PTC).

Material y Métodos:

Estudio prospectivo de pacientes afectos de artrosis de cadera que iban a ser intervenidos de PTC. Estudio a simple ciego con posturografía en situación bipodal con ojos abiertos (OA) y ojos cerrados (OC) antes de la intervención y 12 meses después del implante. Valores analizados: superficie de oscilación del centro de masas corporal con OA y OC, cociente Romberg y área de oscilación de cada extremidad. Datos comparados con grupo control de 200 sujetos sanos. Valores estadísticos: distribución normal, nivel de variación y T Student con nivel de significancia alfa de 0.05 y normalidad como media +/- una desviación standard.

Resultados:

N final: 30. Media de edad: 69 años (rango: 28-86). 56% hombres y 44% mujeres. Lado afecto: 19 unilaterales y 11 bilaterales. La superficie de oscilación del centro de masas con los ojos abiertos era peor en pacientes con artrosis que en el grupo control con p=0.0003. Al año de la operación había una notable mejoría con p=0.0149 y no existía diferencia significativa respecto al grupo control con p=0.3501. El cociente Romberg también mostraba una diferencia significativa con el grupo control (p=1.0933E-19) con una mejoría tras la PTC (p=0.0004) y una casi normalización al año (p=0.041). En los pacientes con afectación unilateral había una mayor oscilación de ambas extremidades comparadas con el grupo control (extremidad sana: p=5.389E-05 y artrósica: p=5.365E-06). Con la PTC la oscilación de la extremidad sana se normalizó (p=0.057) y la extremidad intervenida mejoró sin llegar a normalizarse con p=0.243.

Comentarios y Conclusiones:

Nuestros resultados muestran un incremento de la superficie de oscilación del centro de masas, más importante en situación de ojos cerrados donde hay una mayor implicación de la propiocepción articular y en ambas extremidades. Esto sugiere una pérdida de equilibrio que se recupera al cabo de 12 meses del implante de una PTC.

O4. Dismetría funcional de cadera después de artroplastia

Humberto Ferrer Escobar, Josep Mª Guiu
Hospital Quirón, Barcelona

Objetivos:
La sensación de alargamiento de la extremidad después de prótesis total de cadera ha sido bien descrita y en muchas ocasiones el paciente tiene que utilizar un alza en el zapato contralateral para su corrección.
La dismetría real está condicionada por el alargamiento de la distancia cabeza-cuello de la prótesis.
La funcional o alargamiento aparente de extremidades es secundaria a otros factores como la tensión de los tejidos blandos antero-laterales que cruzan la cadera desde la pelvis al fémur y escoliosis degenerativa lumbar, que condicionan una oblicuidad pélvica.

Material y Métodos:
La sensación de alargamiento de la extremidad después de prótesis total de cadera ha sido bien descrita y en muchas ocasiones el paciente tiene que utilizar un alza en el zapato contralateral para su corrección.
La dismetría real está condicionada por el alargamiento de la distancia cabeza-cuello de la prótesis.
La funcional o alargamiento aparente de extremidades es secundaria a otros factores como la tensión de los tejidos blandos antero-laterales que cruzan la cadera desde la pelvis al fémur y escoliosis degenerativa lumbar, que condicionan una oblicuidad pélvica.

Resultados:
20 pacientes fueron diagnosticados de dismetría funcional con oblicuidad pélvica al mes de la cirugía.
16 pacientes estaban diagnosticados de displasia y tenían acortamiento previo.
2 pacientes estaban diagnosticados de coxa profunda.
2 pacientes estaban diagnosticados de coxartrosis idiopática.
Todos los pacientes menos 1, tuvieron gradual resolución de la dismetría entre 3 y 6 meses, después de la cirugía con fisioterapia de alargamiento de las estructuras antero laterales de la

Comentarios y Conclusiones:
La dismetría funcional ha sido detectada por experiencia propia y por datos de bibliografía en un 10% de pacientes que se han sometido a una artroplastia de cadera.
La mayoría de pacientes mejoran con fisioterapia y la persistencia de esta patología es rara.

O5. Cirugía protésica en el fracaso de osteosíntesis de las fracturas de fémur proximal

Marcos Cruz Sánchez, Carlo Gamba, Alfonso León García, Fernando Marqués López, Carlos Mestre Cortadellas

Parc de Salut Mar, Barcelona

Objetivos:
Las indicaciones de reconstrucción protésica del fracaso de osteosíntesis en fractura de fémur proximal están en controversia hoy en día, incluso si su tratamiento corresponde al cirujano de cadera o al de traumáticos. Mediante la revisión de nuestra serie de casos evaluamos los resultados obtenidos utilizando diferentes modelos protésicos.

Material y Métodos:
Estudio retrospectivo del periodo 2005-2013 en el que se analizan los casos de fracaso de osteosíntesis tratados mediante sustitución protésica (n: 22).
Se estudian variables sociodemográficas, causas de fracaso, modelo de rescate protésico, tiempo operatorio, complicaciones, resultado funcional mediante escala Merlé D´Aubigne y Barthel preoperatorio y postoperatorio.
Se comparan las indicaciones, técnicas y resultados obtenidos según la especialidad del cirujano.

Resultados:
22 casos (16 mujeres y 6 varones) con una media de edad de 82 años (93-51). Seguimiento postoperatorio medio de 4 años (1-8). La causa más frecuente de rescate protésico ha sido el cut-out del enclavado trocantérico. El modelo más utilizado fue la prótesis total híbrida (11 casos) seguida de la prótesis total cementada (5 casos). Otros casos fueron 2 prótesis de revisión, 2 prótesis bipolares y 2 hemiartroplastias Austin Moore. En los casos intervenidos por cirujanos de cadera el modelo utilizado fue híbrido.
El tiempo medio operatorio fue de 133 minutos (180-80). Se han observado 2 casos con complicaciones, uno por luxación e infección y otro por fractura intraoperatoria.
El resultado funcional medio en la escala Merlé ha sido 13,4 puntos. Se observa una mejora de 19 puntos entre el Barthel preoperatorio y postoperatorio.

Comentarios y Conclusiones:
El rescate del fracaso en la osteosíntesis de las fracturas de fémur proximal mediante la sustitución protésica proporciona resultados aceptables teniendo en cuenta el estado funcional previo del paciente.
El modelo protésico y la técnica quirúrgica son aspectos fundamentales a la hora de evitar complicaciones.

O6. Recambio de artroplastia total de cadera tras rotura del vástago femoral. Serie de cinco casos

Xavier Lizano Díez, Eduard Alentorn Geli, Fernando Marqués López, Alfonso León García, Carlos Mestre Cortadellas

Hospital del Mar, Barcelona

Objetivos:
Mostrar nuestra experiencia en el recambio de vástagos femorales en casos de fracaso por fractura de los mismos, utilizando prótesis Revitan (Zimmer) como prótesis de revisión.

Material y Métodos:
Revisión de 5 casos de rotura de vástago femoral tratadas en nuestro centro entre 2009 y 2013. En tres casos, se trataba de prótesis modulares no cementadas, un caso de prótesis no modular cementada y un caso de prótesis no modular no cementada. La edad media de los pacientes fue de 61,2a (42-75a) y se realizó seguimiento durante 23,8 meses de media (8-35meses).
Todos los pacientes fueron sometidos a abordaje transfemoral y prótesis de revisión Revitán (Zimmer). Se realizó únicamente un encerrojado distal. Para la evaluación clínica se midió el dolor, capacidad de deambulación y movilidad de cadera según la escala de Merlé d'Aubigné y Postel pre y postoperatoria.

Resultados:
Las tres prótesis modulares no cementadas presentaron rotura a nivel de la interfase entre módulos. Las no modulares a nivel medio del vástago y base de cuello, respectivamente. Tras el recambio sólo un paciente (20% del total) requirió nuevo recambio a caso de aflojamiento aséptico en el mes 21 de seguimiento. Otro paciente requirió osteosíntesis a causa de una fractura periprotésica Vancouver C, donde no se objetivó aflojamiento protésico. La media de puntuación de Merlé d'Aubigné en el último seguimiento fue de 5,4 para el dolor, 5,2 para funcionalidad y 4,4 para rango de movimiento. La mortalidad por causas no relacionadas con la cirugía fue del 20% a lo largo del seguimiento.

Comentarios y Conclusiones:
Las prótesis modulares cuentan con mayor tasa de rotura, sobretodo a nivel de la interfase entre módulos. Existen diversas técnicas para la eliminación del componente femoral. El abordaje transfemoral para la extracción, fijación con cerclaje y prótesis de revisión Revitán (Zimmer) con o sin encerrojado distal dependiendo de la calidad ósea, han proporcionado una buena evolución clínica y funcional en los casos descritos en nuestra institución.

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Viernes 20 de junio
09.00-09.30 h

Vástagos

O7. Cirugía primaria de cadera con minivástago tipo GTS. Curva de aprendizaje en nuestro centro

Raquel Marí Molina, Daniel Pérez Prieto, Alfonso León Garcia, Carlos Mestre Cortadellas, Fernando Marques López

Parc de Salut Mar, Barcelona

Objetivos:
El objetivo es revisar el resultado clínico, funcional y radiológico de las primeras 36 prótesis GTS Biomet implantadas en nuestro centro y las complicaciones observadas.

Material y Métodos:
Se intervinieron 35 pacientes (36 caderas) entre marzo de 2011 y junio de 2013. Seguimiento medio de 13.82 meses (9 – 24), edad media de 49.14 años (31-63), 12 mujeres (33.3%) y 24 hombres (66.7%). 12 caderas izquierdas (33.3%) y 24 derechas (66.7%). Evaluamos el peso, IMC, la causa de la indicación y el estado funcional preoperatorio con la escala de Postel-Merle d'Aubigné (PMA). En el postoperatorio se valoró la funcionalidad con la escala de PMA, la posición radiográfica del vástago,las migraciones del mismo y las complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias y la dismetría clínica.

Resultados:
La coxartrosis idiopática fue la principal causa de indicación del vástago GTS (21 casos, 58.33%), seguido de 6 casos de coxartrosis postraumática (16.6%). Se utilizó el vástago GTS con offset de 133º en 28 casos (77.7%) y el vástago varizado de 122º en 8 casos (22.3%). Se obtuvo una alineación radiográfica correcta del vástago en 29 pacientes (80.5%), vara en 6 casos (16.7%) y valgo en uno (2.8%). Se produjeron 4 fracturas intraoperatorias del cálcar (11.11%), 1 fractura periprotésica postoperatoria (Vancouver B1) (2.8%) y 2 infecciones agudas (5.5%). La funcionalidad preoperatoria media fue de 3.97 - 4.2 - 4.17, y mejoró de forma significativa hasta 5.77 – 5.77 – 5.6 en el postoperatorio. En 4 pacientes se observó una dismetría de > 1.5 cm (11.11%).

Comentarios y Conclusiones:
Los mini-vástagos en artroplastia primaria de cadera son una buena alternativa a las prótesis convencionales en pacientes jóvenes y de mediana edad, con resultados funcionales comparables en los primeros años de seguimiento. Destacan por su capacidad de preservación del stock óseo proximal, transmisión más fisiológica de las cargas y respeto de partes blandas. Observada la tasa de complicaciones en esta serie, teniendo en cuenta la curva de aprendizaje, podemos concluir que el vástago GTS exige una depurada técnica quirúrgica adaptada a este tipo de implante además de una exacta planificación preoperatoria y que se necesitan seguimientos a largo plazo para analizar los resultados funcionales.

O8. Vástago no cementado con cubierta de Hidroxiapatita y par alúmina-alúmina. Estudio prospectivo a medio y largo plazo

Eduardo García Rey, Eduardo García Cimbrelo, Ana Cruz Pardos

Hospital La Paz, Madrid

Objetivos:
La utilización de un vástago no cementado asociado al par de fricción alúmina-alúmina es frecuentemente utilizado en pacientes jóvenes y/o activos.
Evaluamos prospectivamente los resultados clínicos y radiológicos del vástago en un tipo de prótesis total de cadera (PTC) no cementada con par alúmina-alúmina.

Material y Métodos:
Fueron analizados 501 pacientes (578 caderas) operados mediante una PTC con par alúmina-alúmina, y cúpula y vástago no cementados. El componente femoral era en cuña y con cubierta de hidroxiapatita y las cabezas femorales con tamaños de 32 o de 28 mm según el tamaño de la cúpula. La edad media de los pacientes era de 52.3 años (14-70) y 497 pacientes tenían una actividad física 4 o 5 según Devane y cols. Había 392 caderas con un fémur en copa de champagne según Dorr y cols. El seguimiento mínimo fue de 5 años (5-15) mientras 392 caderas presentaban un seguimiento mínimo de 10 años. Analizamos los resultados clínicos según la escala de Merle D'Aubigné y Postel, las características radiológicas según el relleno femoral y la aparición de cambios a lo largo del tiempo según la aparición de líneas en las zonas de Gruen y cols, y la fijación ósea según Engh y cols.

Resultados:
No hubo complicaciones relacionadas con la alúmina. El resultado clínico medio mejoró de 7.8 a 17.3 puntos. Se recambiaron 3 vástagos por fracturas peri-protésicas (2 tardías y una precoz) y otro por hundimiento precoz en un fémur con relleno radiológico menor de 70%. 494 vástagos estaban en posición neutra y el relleno femoral medio fue de 85.8% ± 6.6% en la zona proximal, 93.4% ± 6.6% en la zona media, y del 90.4% ± 8.0% en la zona distal. No se observaron líneas radiolúcidas, signos de aflojamiento, osteolisis ni hipertrofia cortical u osteopenia proximal en ningún caso.

Comentarios y Conclusiones:
La asociación de un vástago femoral no cementado con cubierta de hidroxiapatita al par de fricción alúmina-alúmina ofrece excelentes resultados a medio y largo plazo. Se necesitan estudios con mayor seguimiento para confirmar que estos resultados se mantiene a lo largo del tiempo en estos pacientes.

O9. Revisión de la hemiartroplastia de Austin Moore en fracturas desplazadas del cuello femoral en ancianos

Borja Muñoz Niharra, Iker Uriarte Llano, Jesús Manuel Moreta Suárez, Javier Mosquera Gorostidi, José Luis Martínez De Los Mozos

Hospital de Galdakao, Galdakao- Usansolo, Vizcaya

Objetivos:
La hemiartroplastia es el tratamiento de elección en las fracturas desplazadas del cuello femoral en ancianos. Nuestro objetivo es evaluar los resultados clínicos y radiológicos, así como las complicaciones de la prótesis de Austin Moore en este grupo de pacientes.

Material y Métodos:
Hemos revisado las prótesis de Austin Moore colocadas en nuestro Servicio desde Enero de 2010 hasta Febrero de 2014. Se han obtenido 162 casos en los que se propuso este tipo de prótesis, de los cuales 8 se reconvirtieron en bipolares cementadas por fractura femoral intraoperatoria.

Resultados:
En 19 casos se produjo fractura intraoperatoria, que requirió de cerclajes en 11 de ellos y reconversión a prótesis cementada bipolar en 8. Asimismo en 4 casos se observó inestabilidad protésica por lo que se cementó en 3 ocasiones y se pasó a hemiartroplastia bipolar cementada en otro.

Comentarios y Conclusiones:
Existe controversia en cuanto al implante de elección en las fracturas desplazadas del cuello femoral en el anciano. La hemiartroplastia de Austin Moore, utilizada en ancianos con poca demanda funcional, presenta un alto índice de complicaciones por lo que se debe limitar su uso a casos seleccionados.

O10. ¿Es la artroplastia parcial Corail® no cementada una alternativa en el tratamiento de las fracturas de cuello femoral en ancianos?

Adrián Gallego Goyanes, Xabier Rubal Ledo, Felipe Noya álvarez, Jose Ramón Caeiro Rey

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña

Objetivos:

Evaluar resultados y complicaciones de artroplastias parciales de cadera con vástago Corail® cementado y no cementado en mayores de 70 años con fractura desplazada de cuello femoral.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo, 2010 y 2013, incluyendo 528 pacientes mayores de 70 años con fracturas desplazadas de cuello femoral.

Un total 364 pacientes con fracturas desplazadas de cuello femoral en los que se realizó una artroplastia parcial de cadera con vástago tipo Corail®, no cementado (334 casos) y cementado (30 casos).

292 eran mujeres y 72 hombres, con una media de edad de 85.43 años.

Resultados:

La media de tiempo hasta la intervención quirúrgica fue 4,21 días y hasta el alta fue 10,89 días. 74,45% presentaban un ASA III preoperatorio. La anestesia más utilizada fue la raquídea (342 pacientes).

Se utilizó hemiartroplastia Corail® no cementada con apoyo en calcar en 309 pacientes y sin apoyo en 25 pacientes.

Complicaciones médicas en el 79.64% de los pacientes con no cementadas frente al 50% del grupo cementadas.

Complicaciones quirúrgicas en no cementadas, infección en 2,39%, luxación en 2.09%, resorción del calcar en 2.09% -todos ellos a vástagos con apoyo en calcar-, osteolisis en 2.99%.Tasa de aflojamiento en no cementadas fue del 1,49% (100% sépticos).

Subanálisis pareado entre ambos vástagos mostró una tasa de fractura periprotésica del 4.19% en no cementadas, frente al 3.3% en cementadas.

La mortalidad general en las no cementadas, ascendió al 23,53%, siendo 3,89% intrahospitalarias, 5,68% en los 3 primeros meses, 4,49% en los 6 primeros meses y 3,89% en el primer año.

Comentarios y Conclusiones:

Debido a la alta tasa de integración del implante y a la baja tasa de fracturas periprotésicas, consideramos que la artroplastia parcial con vástago Corail® no cementado puede ser una buena alternativa para el tratamiento de las fracturas osteoporóticas desplazadas del cuello del fémur, especialmente en pacientes de rango etario no muy elevado. La utilización de este mismo implante cementado podría reservarse para aquellos con edad más avanzada o peor calidad biomecánica del hueso.

Creemos necesaria la realización estudios comparativos con tamaño muestral más balanceado o, preferentemente estudios prospectivos randomizados para extraer conclusiones más definitivas sobre este tema.

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Viernes 20 de junio
09.40-10.00 h

Cótilos

O11. Evaluación del grosor y penetración del cemento en cótilos. Estudio retrospectivo comparando cótilo no alado versus alado implantado con un sistema de corte perimetral

Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Diego Reátegui Villegas, Juan Miguel Rodriguez Roiz, Guillem Bori Tuneu, Josep Riba Ferret

Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos:
La supervivencia de los cótilos cementados está directamente relacionada con una adecuada penetración y grosor del manto de cemento. Existe controversia respecto a que los cótilos alados proporcionen una mayor presurización de cemento y una capa de cemento más homogénea. El presente estudio evalúa el manto de cemento con ayuda del sistema Rim Cutter® en un cótilo alado respecto a otro no alado sin el uso de dicho sistema de corte perimetral.

Material y Métodos:
El estudio evalúa dos series retrospectivas de pacientes consecutivos. El grupo 1 son 20 artroplastias totales de cadera cementadas con cótilo no alado (Contemporary, Stryker), implantadas entre noviembre de 2011 y mayo de 2012. El grupo 2 son 20 artroplastias totales de cadera cementadas con cótilo alado utilizando el sistema Rim Cutter (X3 Rim Fit, Stryker), operados entre mayo de 2012 y septiembre de 2012. En los dos grupos se evaluó la cementación conseguida mediante el análisis de las radiografías postoperatorias, tomando medida del grosor de la capa de cemento en las tres zonas de DeLee, la penetración máxima de cemento en la zona 1, la presencia de líneas radiolucentes, extrusión de cemento, y contacto del polietileno con el cótilo (o “bottoming out”), la abducción del cótilo y el número de casos con capa de cemento inferior a 3mm en alguna de las tres zonas de DeLee.

Resultados:
El grupo 2 presentó más penetración del cemento en la zona 1 (10,76mm vs, 2,93 mm; p=0,008), y mayor grosor de la capa de cemento en zona 1 (3,57mm vs 2,89mm;p=0,04), con un menor porcentaje de casos con grosor de capa de cemento inferior a 3mm (30% vs 70%;p=0,0039). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables radiológicas estudiadas.

Comentarios y Conclusiones:
El uso del sistema Rim Cutter con cótilo alado cementado ha proporcionado una mejora en la calidad del manto de cemento evaluado en las radiografías postoperatorias, con mayor penetración y grosor de la capa de cemento en la zona 1 y con menor porcentaje de casos con grosor de cemento inferior a 3mm.

O12. Resultados preliminares de un registro multicéntrico a largo plazo de prótesis total de cadera con cúpulas no cementadas porosas e inserto de polietileno con vitamina E

Eduardo García Rey[1], Nanna Sillesen[2], Meridith Greene[3], Henrik Malchau[3], Eduardo García Cimbrelo[1]

[1]Hospital La Paz, Madrid
[2]Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Dinamarca
[3]Massachusetts General Hospital, Boston, Estados Unidos

Objetivos:
Los estudios multicéntricos facilitan la calidad de la evidencia a la hora de evaluar implantes nuevos. Las bajas tasas de desgaste que se producen in vitro con la utilización de la vitamina E en los polietilenos altamente entrecruzados (PEAEC) necesitan confirmarse en la clínica.
El objetivo de este estudio multicéntrico observacional es analizar los resultados clínicos y el comportamiento del material implantado en 17 centros de 6 países diferentes.

Material y Métodos:
997 pacientes fueron incluidos para un seguimiento prospectivo a diez años. 481 cúpulas presentaban una estructura de titanio poroso y 496 de spray de plasma. En 520 se implantó un PEAEC con difusión de vitamina E y 456 un inserto con PEAEC sin vitamina E. En todos los casos se implantó una cabeza femoral de 32 mm. Se recogieron los datos demográficos y quirúrgicos en un modelo vía web según el Harris Joint Registry. Se evaluaron los resultados clínicos según el Harris Hip Score, el SF-36, el Q-5D y la actividad según la escala de UCLA. Se analizó la posición radiológica de la cúpula en proyección anteroposterior y lateral pura de cadera, al igual que la penetración de la cabeza femoral en las dos proyecciones según el sistema de Martell.

Resultados:
A un seguimiento mínimo de 3 años, hubo 13 revisiones, ninguna por aflojamiento. El resultado clínico medio mejoró en todas las escalas utilizadas. El 44% de los pacientes presentaron una correcta posición radiológica en ambas proyecciones. La penetración de la cabeza femoral total en el inserto de PE con vitamina E 0.038 mm/año y de 0.037 mm/años en el otro grupo (p=0.95) a los 5 años.

Comentarios y Conclusiones:
Estudios multicéntricos de registro con un gran número de casos permiten analizar complicaciones poco frecuentes. Los resultados de los implantes analizados muestran una mejoría clínica y pocas complicaciones a pesar del número de cúpulas colocadas en una posición no ideal. A pesar de no observarse efectos adversos en el PE con vitamina E, se necesita un mayor seguimiento para confirmar si disminuye las tasas de aflojamiento y osteolisis.

O13. Cotilos de doble movilidad en pacientes de alto riesgo de luxación de prótesis de cadera

Anna Alvarez Mateo, Fernando Collado Sáenz, Ivan Gómez Ros, Montserrat Mitjans Cubells, Enric Cruz Olivé

Hospital General de Granollers, Barcelona

Objetivos:
La luxación de prótesis total de cadera (PTC), con una incidencia de 1.7%-3-2%, es una de las complicaciones más frecuentes, e implican un alto porcentaje de revisión de las mismas. Las causas de luxación son multifactoriales, asociadas a factores tanto del paciente como del diseño protésico y la técnica quirúrgica. Los cotilos de doble movilidad presentan un diseño que pretende disminuir o evitar el riesgo de luxación en PTC. Desde hace 2 años en nuestro servicio se ha iniciado la utilización de cotilos de doble movilidad en pacientes con factores intrínsecos de alto riesgo de luxación. Se realiza un estudio retrospectivo de los mismos, valorando tanto el porcentaje de luxaciones como el resultado clínico-radiológico de las artroplastias.

Material y Métodos:
Entre Mayo 2012 y Marzo 2014 se han intervenido 20 pacientes con factores de riesgo de luxación en los que se han utilizado cotilos de doble movilidad. Se ha realizado el seguimiento clínico-radiológico de los mismos (Harris Hip Score) y valorado la aparición de complicaciones, comparando las mismas con las series históricas con factores de riesgo similares y con las PTC convencionales intervenidas durante el mismo periodo de tiempo (345).

Resultados:
Se han revisado un total de 20 pacientes intervenidos con cotilos de doble movilidad, 12 mujeres y 8 hombres con una edad media de 76 años (43-89 años).
Los factores de riesgo fueron en un 50% enfermedades neurológicas con alteración de la locomoción, 25% deterioro cognitivo, 15% luxación recidivante y 5% edad avanzada.
No se ha presentado ningún caso de luxación en los pacientes intervenidos, respecto a la serie de PTC estándar las luxaciones entre Mayo 2012 y Marzo 2014 han sido del 2.5%.

Comentarios y Conclusiones:
En nuestra serie, este diseño protésico ha evitado las luxaciones tempranas en pacientes de alto riesgo, con un buen resultado clínico-radiológico a corto-medio plazo.
Una de las complicaciones asociadas a los cotilos de doble movilidad es el posible desgaste precoz con aflojamientos, debido al corto periodo de seguimiento no podemos valorar este factor.

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Viernes 20 de junio
10.10-10.40 h

Miscelánea

O14. Uso de Smartphones y mensajería instantánea en la coordinación multidisciplinar de un equipo de cirugía de cadera. Experiencia inicial en un Hospital de tercer nivel

Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Jorge Egea Moreno, Maria Cinta Pinyol Pérez, Montserrat Orench Buscall, Elena Salas Marco

Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos:
Los medios tradicionales para comunicar los preparativos de una cirugía incluyen el uso de comunicación telefónica, las reuniones organizativas o los correos electrónicos. La introducción de mensajería instantánea plantea la posibilidad de mejorar la comunicación en el área quirúrgica. En el presente estudio mostramos la experiencia inicial en un equipo de cadera, en el uso de un sistema de mensajería instantánea gratuito, como sistema complementario a los medios tradicionales.

Material y Métodos:
En abril de 2013 se creó un grupo Whatssapp® incluyendo a todos los profesionales de salud implicados en el tratamiento quirúrgico del paciente de la unidad de cadera de un hospital de tercer nivel. Pertenecen al grupo un total de 15 profesionales. La mensajería instantánea se introdujo como medio de comunicación complementario a los medios tradicionales. 8 meses tras la introducción de su uso se revisaron los mensajes realizados, qué profesionales realizaron mayor uso en base a edad, y cuál era el motivo de las conversaciones (periodo estudiado: del 1/4/2013 al 31/12/2013).

Resultados:
Se realizaron un total de 890 mensajes, 60 de los cuales fueron excluidos del análisis por tratarse de mensajes de adhesión o retirada del grupo, o pruebas iniciales. El resto de mensajes se agruparon en 177 conversaciones. Los motivos de conversación fueron 1) Material protésico (27,1%) y 2) Ocupación de quirófano (26,5%) y 3) Programación (11,8%). En ocupación de quirófano se incluyeron temas tales como el horario de entrada del paciente o bien avisos sobre hora para inicio de cirugía. En el apartado material protésico fundamentalmente se transmitió información sobre necesidades especiales de implantes o confirmaciones de entrada de material. La información quirúrgica supuso 18 conversaciones y la clínica del paciente 6 conversaciones. En el apartado de Miscelánea encontramos 1) mensajes sociales del grupo (29 conversaciones); 2) artículos científicos de interés con enlace (6 conversaciones) y 3) sesiones de interés para el equipo (2 conversaciones). No existieron diferencias significativas en el uso de la mensajería instantánea en base a edad ($p<0,05$).

Comentarios y Conclusiones:
Nuestro equipo de cadera ha incorporado el uso de la mensajería instantánea para la coordinación multidisplinar preoperatoria. En base a nuestra experiencia inicial, consideramos recomendable su uso.

O15. La inclinación del componente femoral en prótesis de recubrimiento. ¿Interfiere en el aumento de iones metales en sangre?

Marta Cuenca Llavall, Carles Mestre Cortadellas, Alfonso León Garcia, Joan Carles Monllau García, Fernando Marqués López

Hospital del Mar - Hospital de l'Esperança, Barcelona

Objetivos:

La determinación de niveles cromo y cobalto se está extendiendo como marcador de desgaste en la artroplastia de recubrimiento. Se describen factores que pueden modificar el valor de dichos iones, aunque el manejo clínico posterior es incierto.

El objetivo es determinar si existe relación entre la posición de los componentes y el aumento de iones metales en sangre. A su vez, valorar si el aumento de dichos iones influye en la funcionalidad de los pacientes.

Material y Métodos

Revisión retrospectiva de 82 pacientes, 71 hombres y 11 mujeres con una media de edad de 52.8 años, intervenidos entre el año 2005 y 2012 con prótesis de recubrimiento tipo MMC y DUROM con un seguimiento medio de 58 meses.

Se han analizado variables funcionales con la escala Postel-Merlé-d'Aubigné y Harris Hip Score y variables radiológicas con medición de la angulación y medida de los componentes.

El estudio analítico se ha realizado 56 de los 82 pacientes, determinando los niveles de Cromo en suero y orina, cobalto en sangre y orina, así como los reactantes de fase aguda PCR y VSG y la función renal. Se ha realizado un análisis estadístico entre estos niveles y las variables funcionales y radiológicas.

Resultados:

Se objetiva un Postel-Merlé-d'Aubigné postoperatorio de 16.3 (DS+/-4.4) y un Harris de 96.3 (DS+/-6.7). La angulación media del componente femoral es de 143.54 (DS+/- 8.2) y del componente acetabular de 38.48 (DS +/-7.9).

Se han observado 8 complicaciones: 4 aflojamientos del cótilo,3 fracturas subcapitales y una infección.

En el análisis estadístico, se observa un aumento lineal del cromo en suero a medida que aumenta el ángulo del componente femoral. Además, existe un relación negativa entre el aumento de cromo en suero y el nivel funcional del paciente, con diferencias estadísticamente significativas.

Comentarios y Conclusiones:

El aumento del ángulo del componente femoral de las prótesis de recubrimiento aumenta el nivel de iones metales en suero, mantiendo una relación lineal. El aumento del nivel de iones metales interfiere en la funcionalidad del paciente. Es necesario un estudio más amplio de qué influencia tienen en el desgaste y que repercusión clínica la determinación de los iones metales en sangre.

O16. Encuesta sobre el uso y comportamiento de la prótesis de cadera metal-metal en España

Nieves Calcerrada Díaz-Santos[1], Ana Fernández Vega[1], Carmen Valls León[1], Eduardo García Cimbrelo[2]

[1]Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Madrid
[2]Hospital La Paz, Madrid

Objetivos:
La publicación de diferentes alertas sobre posibles complicaciones del par metal-metal en las prótesis totales de cadera (PTC), nos hizo preguntarnos sobre el uso y comportamiento de estos implantes en nuestro país.

Material y Métodos:
Debido a la ausencia de un registro de artroplastias en España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios diseñó en colaboración con la SECCA, una encuesta para recabar información sobre la experiencia de los cirujanos en la implantación de las PTC con par metal-metal. La encuesta fue enviada a los 283 centros sanitarios, a través de los puntos de contacto del sistema de vigilancia de las Comunidades Autónomas.

Resultados:
De los centros que recibieron la encuesta respondieron 147 centros, 92 públicos y 53 privados. La introducción de estos implantes aumentó a partir de 2005 y disminuyó desde 2010. En el 80% de las encuestas los cirujanos habían implantado prótesis de superficie (PS) y en el 59,2% PTC con cabeza grande. El 97,7% de las encuestas referían realizar seguimientos clínicos y radiográficos y el 60% analíticos. La experiencia en implantación (más de 100 implantes) es baja.
Niveles elevados de cromo y cobalto en sangre y orina eran dependientes de la experiencia del cirujano en PS e independientes en PTC con cabeza grande. El 83% de las encuestas que habían implantado PS y el 70% de las que habían implantado PTC con cabeza grande referían complicaciones. Los fallos más frecuentes fueron dolor (30,8% PTC con cabeza grande, 25% PS), aflojamiento, ALVAL, pseudotumor y necrosis. En el momento actual, el 80,8% de las encuestas refieren haber abandonado esta técnica, debido a su complejidad (7 casos), referencias bibliográficas y alertas (21 casos), motivos económicos (26 casos) y por fallos (56 casos).

Comentarios y Conclusiones: A pesar de las limitaciones que supone extraer conclusiones de una encuesta, es claro el aumento de la utilización de las prótesis metal-metal en España a partir de 2005 y su descenso a partir de 2010. La mayoría de los cirujanos españoles realizan seguimientos periódicos y no fueron infrecuentes las complicaciones, especialmente el dolor. La mayoría de las encuestas referían haber abandonado esta técnica por diferentes causas.

O17.Concentrado autólogo de medula ósea para el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza femoral: resultados clínicos y radiológicos

Ana Cruz Pardos, Eduardo Garcia Rey, Jose Ortega Chamarro, Enrique Gomez Barrena, David Duran Manrique

Hospital La Paz, Madrid

Objetivos:
Son muchos los procedimientos descritos para evitar el colapso en fases iniciales de la osteonecrosis de la cabeza femoral (ONCF). Evaluamos los resultados de la inyección de concentrado autólogo de médula ósea en la cabeza femoral asociado a la perforación y lo comparamos con la realización de una sola perforación.

Material y Métodos:
Analizamos 60 caderas en 45 pacientes con ONCF en estadios I-II de Ficat con un seguimiento medio de 36.25 meses (rango; 12-160). El Grupo A (19 caderas) fueron tratadas con una sola perforación y el Grupo B (41 caderas) con una perforación e inyección de concentrado autólogo de medula ósea. Se realizó una valoración clínica según la escala de Merlé-DÁubigne-Postel. Se hizo un análisis radiológico de todos los casos valorando la progresión de la necrosis. Las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con intervalos de confianza del 95% fueron calculadas considerando como fracaso el colapso de la cabeza femoral y la artroplastia total de cadera. Se utilizó el análisis multivariante de regresión de Cox para buscar factores de riesgo de colapso de la cabeza femoral.

Resultados:
Al final del seguimiento la puntuación media en la escala de Merlé-DÁubigne-Postel fue similar en ambos grupos. Se observó colapso de la cabeza femoral en 29 casos, 10 en el Grupo A y 19 en el Grupo B; siendo la supervivencia libre colapso a los 60 meses del 43.9% (95% CI, 43.66% - 44.13%) para el Grupo A y del 32.2% para el Grupo B (95% CI, 31.95% - 32.44%, p= 0.572, log rank test). El análisis multivariante demostró mayor riesgo de colapso cuando el área de necrosis medida en RM era mayor del 25% (hazard risk (HR) 8.44; 95% CI, 1.05 – 67.62) p=0.572, log rank test).

Comentarios y Conclusiones:
Consideramos la inyección de concentrado autólogo de medula ósea un tratamiento efectivo y seguro en el tratamiento de la ONCF en estadios iniciales y en casos de lesiones pequeñas. La mejora en la técnica de obtención y centrifugado de las células de medula ósea puede reducir el porcentaje de colapso de la cabeza femoral y mejorar los resultados finales.

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

XVI
CONGRESO SECCA

Carteles científicos

P1. Lesión metastásica única y prótesis tumoral de cadera. A propósito de un caso

Raquel Marí Molina, Pau Guirro Castellnou, Fernando Marques Lopez, Alfonso Leon Garcia, Carlos Mestre Cortadellas

Parc de Salut Mar de Barcelona

Objetivos:
Las prótesis tumorales pueden ser utilizadas en casos de metástasis óseas únicas en cáncer primario de buen pronóstico. Presentamos el caso clínico de una prótesis tumoral de cadera.

Material y Métodos:
Mujer de 44 años diagnosticada de Carcinoma de mama lobulillar infiltrante grado 2 tratada con quimioterapia neo-adyuvante e intervenida de mastectomía radical más linfadenectomía axilar en agosto del 1998. Postoperatoriamente, siguió tratamiento con tamoxifeno.
En el mes de abril de 2004 acude a nuestra consulta por dolor inguinal izquierdo de 1 mes de evolución. Se realiza una gammagrafía ósea y una RNM de cadera evidenciándose una lesión metastásica única en el tercio proximal del fémur.
En mayo de 2004 se interviene realizándose resección de la lesión metastásica e implantándose un vástago tumoral femoral con una cabeza protésica biarticulada.

Resultados:
A los 10 años de la implantación de la prótesis, la paciente presenta dolor ocasional, sin limitación de las actividades de la vida diaria y con un Postel-Merlé d'Aubigné de 5-6-5. En las radiografías actuales se aprecia una osteolisis pericotiloidea, por lo que se ha planteado la conversión de la cabeza biarticulada por un cótilo retentivo que la paciente ha desestimado por el momento, ya que refiere estar satisfecha.

Comentarios y Conclusiones:
La implantación protésica como tratamiento de metástasis únicas puede dar un buen resultado funcional. Para su indicación, deben tenerse en cuenta la alta tasa de morbi-mortalidad asociada tanto al tipo de implantes como los factores pronósticos del tumor primario.
Este caso ilustra que en pacientes muy bien seleccionados, la resección de la lesión metastásica y la colocación de una prótesis tumoral pueden obtener buenos resultados funcionales a largo plazo.

P2. Coxartrosis en paciente con síndrome de SAPHO. A propósito de un caso

Raquel Marí Molina, Daniel Valverde Vilamala, Fernando Marques Lopez, Carlos Mestre Cortadellas, Alfonso Leon Garcia

Parc de Salut Mar, Barcelona

Objetivos:
El síndrome de SAPHO consta de la asociación de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. Nuestro objetivo es la presentación de un caso clínico de un síndrome de SAPHO asociado a coxartrosis secundaria.

Material y Métodos:
Presentamos el caso de un paciente de 31 años, que consultó en nuestro centro por coxalgia derecha de 2 años de evolución. Como antecedente importante constaba el diagnóstico de un Síndrome de SAPHO a los 18 años. A la exploración física destacó una deambulación con bastón, cojera importante y un balance articular con la flexión de cadera limitada a 70º.
Las radiografías realizadas mostraron una degeneración articular de la cadera derecha. Con el diagnóstico de coxartrosis derecha y la asociación al síndrome de SAPHO se indicó la implantación de una prótesis total de cadera.

Resultados:
Se le implantó una prótesis de cadera tipo mini-vástago (GTS – Biomet) con par de fricción cerámica-cerámica sin incidencias intraoperatorias.
A los 6 meses postoperatorios, el paciente no presenta dolor, no está limitado para las actividades básicas de la vida diaria, deambula sin bastones y la flexión de la cadera es de 100º con una abducción de 35º.

Comentarios y Conclusiones:
No se conoce la etiología exacta de éste síndrome, se especula con una posible relación con las espondiloartropatías seronegativas, ya que el 30% de los pacientes presentan un HLA B27+. Otra hipótesis etiopatogénica es la infección por Propionibacterium acnes, un saprófito anaerobio de la flora cutánea, causante del acné y que se ha encontrado aislado en cultivos de biopsias óseas.
Sólo hay publicado un caso en la literatura médica con la asociación de síndrome de SAPHO y la necesidad de realizar una artroplastia de cadera.

P3. Diplopia, Fotopsias, Hipoacusia, Deterioro Cognitivo, Cefaleas, Disartria y más síntomas provocados por intoxicación por cobalto tras el recambio de una prótesis de cadera con par de fricción de cerámica Biolox Forte Rota. Presentación de un caso con seguimiento a 5 meses

Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Santiago Nogué Xarau, Miguel Camafort Babkowsky, Juan Miguel Rodriguez Roiz, Josep Riba Ferret

Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos:
Los niveles anormalmente elevados de cobalto en suero producen efectos tóxicos bien conocidos sobre el tiroides, el corazón, el sistema hematopoyético, y el sistema neurológico. Existen pocos casos publicados en la literatura en los que la intoxicación provenga de una artroplastia de cadera. Presentamos un caso y cuál fue el tratamiento efectuado.

Material y Métodos:
Paciente de 69 años que presenta cuadro de más de un año de evolución, que incluye: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina; Policitemia; Disminución de audición en ambos oídos y tinnitus; Hiperglicemia sintomática; Disminución de agudeza visual, diplopia y fotopsias; Sabor metálico en lengua; Disartria; Polineuropatia sensitiva: hipoestesia y alodinia en planta de los dos pies y disestesia en punta de dedos de ambas manos; Cefaleas de repetición; Dificultad para la concentración; Episodios de desorientación y tendencia a somnolencia. Coincidiendo con un episodio de luxación de su prótesis de cadera derecha se agravaron los síntomas, en especial con hipoacusia y desorientación. En el estudio radiológico se objetivó presencia de condensación de aspecto metálico periarticular. Se remitió a nuestro centro para valoración y tratamiento. Bajo alta sospecha de intoxicación por cobalto se indicó cirugía de revisión en dos tiempos. Se trataba de una artroplastia metal-polietileno que había sido implantada para recambio de una prótesis cerámica-cerámica rota. En la cirugía se objetivaron fragmentos remanentes de la cerámica previa revisada y abrasión de par de fricción. El nivel de Cobalto en suero en el momento de la recepción en nuestro centro fue de 620,0 µg/L.

Resultados:
Tras la cirugía el paciente ha presentado una marcada mejoría de la mayoría de los síntomas, mejorando de forma muy significativa el estado cognitivo, y la hipoacusia. Los niveles de Cobalto han disminuido de forma muy lenta. Se ha mantenido en tratamiento quelante desde entonces con DMPS y actualmente, en su última visita de seguimiento a 5 meses, el nivel de Cobalto es de 51 µg/L.

Comentarios y Conclusiones:
La revisión quirúrgica de una prótesis cerámica-cerámica rota con una prótesis metal-polietileno debe ser evitada. Este caso ilustra una grave complicación por ello. Se deben monitorizar los niveles de cobalto de los pacientes tratados de tal modo.

P4. Osteolisis masiva acetabular por infección fúngica de prótesis total de cadera por Cándida parapsilosis. Presentación de un caso

Marian Vives Barquiel, Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Guillem Claret García, Wilson Londoño González, Alex Soriano Viladomiu

Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos:
El objetivo de este trabajo es presentar un caso de infección fúngica de cadera por Cándida parapsilosis detectada de forma tardía, que ocasionó una extensa osteolisis alrededor de la copa de una prótesis total de cadera.

Material y Métodos:
Se trata de una paciente de 68 años que en 2005 fue intervenida de prótesis total de cadera derecha en otro centro. Durante el seguimiento ulterior fue diagnosticada de infección de la prótesis, siendo tratada con amoxicilina-clavulánico durante ocho meses. Posteriormente la evolución fue tórpida, acudiendo a nuestro centro en 2012 por incremento progresivo del dolor, que limitaba las actividades básicas de la vida diaria. Las radiografías convencionales eran compatibles con infección de la prótesis. Se realizó artrocentesis de la cadera, cuyo cultivo microbiológico fue positivo para Cándida parapsilosis, por lo que se realizó el primer tiempo de un recambio en dos tiempos implantándose un espaciador Spacer VG* Se instauró tratamiento antifúngico con fluconazol 400mg cada 24h durante 6 meses. A los 6 meses, tras la normalización de los parámetros biológicos, se realizó el segundo tiempo implantándose una prótesis de revisión con vástago modular de titanio y cotilo de titanio trabecular, rellenándose los defectos cavitarios con aloinjerto esponjoso óseo. Lo cultivos intraoperatorios en el segundo tiempo fueron negativos, y el recuento de polimorfonucleares menores a 5.

Resultados:
al año de seguimiento del primer tiempo la evolución es satisfactoria y la valoración funcional según la escala de Merlé d'Aubigné y Postel es de 15 puntos.

Comentarios y Conclusiones:
Las infecciones protésicas de origen fúngico son raras y difíciles de tratar. Se asocia frecuentemente a una antibioterpia prolongada junto con múltiples cirugías previas. El presente caso, siendo una cadera primaria sin cirugías previas supone una presentación excepcional. El recambio en dos tiempos junto a tratamiento antifúngico prolongado es el tratamiento adecuado.

P5. De la artropastia total de cadera primaria a la tumoral. Un caso abierto

Francesc Marcano Fernández, Alejandro Carballo García, Albert Soler Cano, Gabriel Gili Cirera, Salvador Fernandez García

Hospital Parc Tauli., Sabadell, Barcelona

Objetivos:

La cirugía protésica primaria de la cadera (PTC) ha evolucionado en las últimas décadas mejorando la longevidad y fijación de los implantes. Sin embargo, a pesar de las mejoras y la disminución en complicaciones, a día de hoy el arsenal del que disponemos ante las posibles adversidades derivadas es limitado y dependerá de la habilidad técnica e imaginativa del cirujano tratante.

En esta revisión, usando como guía la evolución singular y extraordinaria de una PTC primaria y, su evolución queremos evaluar las posibilidades técnicas de las que disponemos para tratar estos problemas y los retos quirúrgicos que asumimos al afrontar complicaciones extremas derivadas de una cirugía tan rutinaria como una PTC.

Material y Métodos:

Presentamos la evolución de un caso de PTC primaria que sufrió múltiples complicaciones con un total de 19 cirugías. Secuelas de estas cirugías la paciente sufrió una neurotmesis de nervio ciático así como la perdida casi total del fémur. En el 2011 acude a nuestro centro por gonalgia ipsilateral evidenciándose mediante radiografía una protrusión intrarticular del vástago femoral en la rodilla. Se decide colocación de prótesis de rodilla tumoral y recambio de cótilo por aflojamiento. En 2013 sufre arrancamiento del cótilo y se planifica una cirugía reconstructiva de pelvis colocándose un implante cónico con vástago iliaco. A los 4 meses presenta nueva luxación, decidiéndose la colocación de cótilo de doble movilidad, pero a los 15 días presenta nueva luxación.

Resultados:

Actualmente la paciente deambula con la prótesis luxada, sin dolor en carga parcial asistida con muletas. Pendiente de una solución.

Comentarios y Conclusiones:

Nos decantamos por la utilización de una reconstrucción de cótilo con anclaje a la pala ilíaca debido a la masiva perdida de “Stock” óseo y un sistema de doble movilidad para reducir la solicitación sobre la interface prótesis-cemento-hueso.

Creemos que la prótesis total de fémur es un implante útil para los paciente con extensa pérdida de hueso en las artroplastias de revisión. La tasa de complicaciones es alta, pero los resultados funcionales tanto para la cadera como la rodilla son aceptables a pesar de las severas disfunciones músculo esqueléticas que se ocasionan.

notas

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

www.secca.es

COLABORA

CERAVER
EXPERIENCE - INNOVATION

surgival
GRUPO COSÍAS
25 years walking together