

primavera - 2016



L JORNADA DE SERVEIS DE CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA

HOSPITALS
COMARCALS
DE CATALUNYA



Hospital Universitari
General de Catalunya
Grupo  quirónsalud

Cap del Servei de COT
Dr. Marc Cots Pons

Sant Cugat
15 d'abril de 2016

ÍNDIX

- Hospital General de Catalunya
- Consorci Sanitari de Terrassa
- Hospital de Martorell
- Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Hospital d'Olot
- Consorci Hospitalari de Vic
- Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell
- Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
- Fundación Althaia de Manresa
- Hospital Universitari Sant Joan de Reus
- Hospital de Mataró
- Hospital Mora d'Ebre
- Corporació de Salut del Maresme i la Selva

PROGRAMA

08.45 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓ

SESSIÓ CLÍNICA 1ª PART

Dr. Pere Torner Pifarré

Dr. Augusto José Casanovas Ruiz-Fornells

09.15 **SCHWANNOMA MÚLTIPLE EN NERVI MITJÀ**

Hospital General de Catalunya

09.30 **COM HEM D'ACTUAR DAVANT D'UNA FRACTURA PATOLÒGICA?**

Consorti Sanitari de Terrassa

09.45 **SÍNDROME COMPARTIMENTAL AL PEU.....SÍ, EXISTEIX**

Hospital de Martorell

10.00 **FRACTURES ESPONTÀNIES MÚLTIPLES EN UNA PACIENT AMB ATRÒFIA MUSCULAR DE LA INFÀNCIA. A PROPÓSIT D'UN CAS**

Hospital l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

10.15 **INESTABILITAT FEMOROPATEL·LAR RECURRENT; A PROPÒSIT D'UN CAS**

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

10.30 **PRESENTACIÓ CAS**

Hospital d'Olot

10.45 **LUXACIÓ POSTERIOR: UNA MATEIXA ENTITAT PER A TRES ABORDATGES DIFERENTS**

Consorti Hospitalari de Vic

11.00 INAUGURACIÓ

11.15 PAUSA – CAFÈ

PROGRAMA

SESSIÓ CLÍNICA 2a PART

Dr. Francisco Javier Orovio de Elizaga

Dr. Ivan Robert Calvet

12.15 CAS CLÍNIC

Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell

12.30 FRACTURA PERIMPLANT LFN ESQUERRE: A PROPÒSIT D'UN CAS

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

12.45 DISPLASIA D'ESCAFOIDES TARSÀ, MALALTIA DE MÜLLER-WEISS, A PROPÒSIT D'UN CAS

Fundación Althaia de Manresa

13.00 DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE LES FRACTURES VERTEBRALS PATOLÒGIQUES. A PROPÒSIT D'UN CAS

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

13.15 LUXACIONS BILATERALS I RECURRENTS DE COLZE SENSE TRAUMATISMES DESENCADENANTS

Hospital de Mataró

13.30 ESPATLLA FLOTANT, A PROPÒSIT D'UN CAS I REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Hospital Mora d'Ebre

13.45 COMPLICACIÓ SÈPTICA DESPRÉS DE PUNXADA AMB CACTUS. A PROPÒSIT D'UN CAS

Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, Calella

14.00 CLOENDA I DINAR DE TREBALL

16.00 REUNIÓ DE CAPS DE SERVEI

Volem agrair la col·laboració de:

A2C

ACUMED

BIOIBERICA

FIDIA

HR

JUSTIMPLANT

LIMA-LINK

LINVATEC

MEDCOMTECH

MBA

POLIMEDIC

SMITH&NEPHEW

SMV

SANOFI

SURGIVAL

VORTROM

RESUMS

DE

COMUNICACIONS

SCHWANNOMA MÚLTIPLE EN NERVI MITJÀ

Oscar L Buezo Rivero, Anna Escola Bene, Joaquim Rodríguez Miralles
Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès

Introducció

Els schwannomas comprenen el 5 % dels tumors de parts toves de l'extremitat, sent els més freqüents originats en el nervi. Normalment són solitari. Presentem un cas de schwannoma múltiple en nervi mitjà.

Cas clínic

Pacient de 42 anys consulta per tumoració en cara volar d'avantbraç esquerre, de creixement lent, sense clínica neurològica associat. Es complet estudi mitjançant RM i biòpsia percutània, confirmant el diagnòstic de Schwannoma múltiple de nervi mitjà. Es va intervenir per abordatge d'Henry ampliat a extrem distal del húmer, realitzant exèresis de 18 nòduls. L'anatomia patològica confirmo el diagnòstic.

En l'actualitat la pacient no presenta dèficit motor distal, però sí anestesia de dit índex i mitjà als 4 mesos de la intervenció, sense signes de recidiva.

Discussió

Els Schwannomas són tumoracions benignes dependents de les beines dels nervis, sent extremadament rar que es presentin de forma múltiple. La resecció es realitzés marginal per respectar les fibres axonals, per la qual cosa no sol haver-hi seqüeles ni recidivas.

COM HEM D'ACTUAR DAVANT D'UNA FRACTURA PATOLÒGICA?

G. Cano, B. López, J.M Mora
Consorci Sanitari de Terrassa

Introducció

Usualment, les fractures patològiques són causades per un traumatisme de baixa energia, sobre una lesió òssia preexistent. Poden estar causades per varietat de malalties locals i sistèmiques, dividides en benignes, malignes primàries i malignes secundàries. S'ha de tenir un profund coneixement del diagnòstic diferencial per assolir un diagnòstic adequat i establir les opcions terapèutiques per un tractament exitós de la malaltia, un cop filiada.

Cas clínic

Presentem un cas de un pacient home de 59 anys que després d'un traumatisme mínim al braç presenta impotència funcional i dolor amb evidència de una fractura sobre una lesió osteolítica que afecta a os medul·lar i cortical. Es realitza tractament quirúrgic de la fractura per estabilitzar-la i s'inicia estudi diagnòstic.

Discussió

Davant d'una fractura sobre una lesió osteolítica hem de realitzar el diagnòstic diferencial, pensant en lesions òssies primàries o secundàries i al mateix temps benignes o malignes. Tanmateix, hem d'establir un tractament de la fractura mentre arribem al seu diagnòstic de la lesió subjacent.

Conclusions

Les fractures patològiques són símptoma d'una malaltia local o sistèmica, pel que hem de tenir clar els passos a seguir. Primerament, procedirem a l'estabilització mecànica, per tal de realitzar un diagnòstic diferencial posterior. És important el treball multidisciplinar per tal de aconseguir un tractament exitós de la malaltia.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AL PEU.....SÍ, EXISTEIX

Dr. Vallejo, Dr. Zapata, Dr. Gibert
Hospital de Martorell

Us presentem el cas d'un pacient de 23 anys que acut al nostre servei d'urgències després de patir una entorsi al turmell esquerre durant pràctica esportiva. És diagnosticat d'un esquinç a nivell del lligament lateral extern del turmell i és donat d'alta amb un embenat compressiu. El pacient torna a les 24h amb un dolor incoercible i, al retirar l'embenat, s'observa una important tumefacció a tot el peu, impotència funcional i parestèsies a nivell distal. Davant la sospita de síndrome compartimental es procedeix a realitzar de forma urgent fasciotomia dels compartiments del peu. El pacient segueix una correcta evolució a les nostres consultes, amb milloria progressiva de la mobilitat i la força.

La síndrome compartimental és una coneguda complicació secundària a grans traumatismes o fractures, greu però per sort poc freqüent, que afecta als compartiments musculars de les extremitats, més freqüentment a la musculatura de l'avantbraç o de la cama. Dins les regions anatòmiques, el peu és un dels llocs més infreqüents, i més amb traumatismes banals, però no per això ho hem de descartar davant d'un quadre que ens faci sospitar, sobretot després de haver estat immobilitzat.

FRACTURES ESPONTÀNIES MÚLTIPLES EN UNA PACIENT AMB ATRÒFIA MUSCULAR DE LA INFÀNCIA. A PROPÓSIT D'UN CAS

V. Rodríguez-Roiz, M. Del Valle, S. Suau, M. Jorba, L. Payan, G. Costa, A. Lopez, P. Caputo
Hospital l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

Presentem el cas d'una dona de 58 anys fumadora, amb hàbit enòlic important i antecedent en la infància de debilitat més atròfia en extremitats inferiors no filiada. La malalta acudeix a urgències en repetides ocasions per múltiples fractures espontànies, algunes de les quals són quirúrgiques, pel que és estudiada per la Unitat de l'Aparell Locomotor per buscar les causes de la mateixa i així realitzar el tractament més adequat i la prevenció secundària corresponent.

Aquest cas es tracta de múltiples patologies, tant mèdiques com metabòliques, que es varen anar esbrinant degut a les successives fractures amb les que hem anat trobat.

INESTABILITAT FEMOROPATEL·LAR RECURRENT; A PROPÓSIT D'UN CAS

J. Cuñé, J. Castellanos, M. Fontalva, L. Nuño, P. Del Amo, E. Tornero
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

La inestabilitat femoropatel·lar crònica té una prevalença al voltant del 15-44% de tots els pacients que han sofert un primer episodi de luxació femoropatel·lar.

La seva etiologia és multifactorial ja que intervenen estabilitzadors estàtics com dinàmics que engloben tant les parts toves com les estructures òssies.

Presentem el cas d'una pacient afectada d'aquesta patologia fent un breu repàs de la seva etiologia, exploració física, exploracions complementàries així com de les diferents tècniques quirúrgiques que poden causar debat degut al seu caràcter multifactorial.

PRESENTACIÓ CAS

Dario Gaitan Tovar

Hospital d'Olot

Presentem un cas clínic d'una pacient de 62 anys amb antec de HTA, sense al·lèrgies conegudes, IQ genoll dret 1998 (Maquet) per patologia femoropatelar, per persistir dolor i patel·la baixa es realitza en 2006 transposició amb ascens de la tuberositat anterior de la tibia. Posteriorment múltiples tractaments amb RHB, condoprotectors, infiltracions amb acidifico Hyaluronico, sense resolució de la seva patologia. Nou anys mes tard es decideix realitzar nova IQ per augment de dolor patelofemoral realitzant-se al maig 2015 una nova intervenció, realitzant-se un ascens de la TTA amb reforç de tendó rotulià mitjançant homoinjert de banc (Aquil·les) i artroplàstia patelofemoral sense complicacions.

Evolució posterior correcte amb millora important de la patologia i amb excel·lent resultat de mobilitat (0-115º)

LUXACIÓ POSTERIOR: UNA MATEIXA ENTITAT PER A TRES ABORDATGES DIFERENTS

Ramon Servitja Tormo, Ramon Clos i Molina, Arturo Pérez Pons, Joaquim Rodríguez Miralles

Consorci Hospitalari de Vic

Presentem 3 casos de luxació posterior escapulohumeral. Segons el moment del diagnòstic i l'abast de les lesions, es plantegen diferents tractaments per a una mateixa entitat. Realitzem una revisió bibliogràfica sobre aquesta afectació, per avaluar-ne les indicacions actuals.

Els tres casos tenen en comú haver patit una luxació posterior escapulohumeral. Les principals diferències entre ells està en el moment del diagnòstic, la idiosincràsia del pacient i les lesions en l'estudi d'extensió, motius que en condicionaran el tractament definitiu.

Es realitza l'estudi complementari per a cada cas i es planteja la millor opció terapèutica, indiquem tractament quirúrgic en dos dels tres casos essent un per via artroscòpica i l'altre per cirurgia oberta. En el tercer cas es planteja tractament conservador.

La evolució post quirúrgica dels pacients ha estat favorable, realitzant rehabilitació els tres casos, aconseguint una millora evident del dolor i recuperació progressiva del BA.

Estem davant d'una entitat poc comú. És clau pel pronòstic, pensar-hi en el moment que el pacient acudeix a urgències. En moltes ocasions la radiologia simple no és suficient pel diagnòstic. Serà important realitzar una bona anamnesis i un estudi d'extensió ja que se'n derivarà la indicació terapèutica definitiva.

CAS CLÍNIC

Jaume Cámara Cabrera

Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell

Pacient de 82 anys portadora de PTG dreta que el dia 20/1/2016 consulta a urgències del nostre hospital arrel de caiguda accidental a domicili. L'exploració clínica i radiològica evidencien una fractura periprotésica supracondilea de genoll dret.

S'intervé quirúrgicament el dia 22/1/16 amb la reducció tancada i fixació interna mitjançant un clau retrògrad de fèmur més recanvi de polietilè per inestabilitat de la pròtesi. Durant el postoperatori immediat, la malalta segueix un correcte curs sense complicacions rellevants. En el 5é dia postquirúrgic presenta un quadre de hipotensió (77/53) amb dessaturació de 90% al aire. Es diagnosticada de TEP per TAC i es comença tractament amb heparina a dosi terapèutica.

FRACTURA PERIMPLANT LFN ESQUERRE: A PROPÒSIT D'UN CAS

Laia Berta Compte, Lluís Marull Serra, MA Froufe Siota

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

Cas Clínic

Pacient de 39 anys que és portat pel SEM per accident de trànsit (moto contra cotxe).

A l'exploració traumatològica presenta: fractura oberta grau IIIA fèmur esquerre, peu catastròfic esquerre amb deglobbing massiu del turmell i peu, fractures comminutes amb pèrdua de massa òssia a nivell de calcani, secció del nervi tibial posterior i arteria tibial posterior amb isquèmia de peu.

A les Rx s'observa: fractura diafisària transversa fèmur esquerra amb un 3er fragment petit, fractures comminutes a 1/3 distal tibia i fractura radi distal dret.

A quiròfan, en un primer temps, es realitza desbridament, reducció i osteotaxi del fèmur esquerre amb fixador extern. En un segon temps, donada la inviabilitat del peu i turmell esquerres, es decideix conjuntament amb cirurgia vascular de guàrdia, realitzar una amputació infracondílea de l'extremitat inferior esquerra.

Als 6 dies es realitza la cirurgia definitiva: reducció tancada i síntesis amb clau endomedullar LFN amb retirada del fixador extern i enforrellat estàtic proximal i distal sobre taula radiolúcida.

Els controls radiològics i analítics són correctes i el pacient presenta bona evolució, pel que s'acorda alta i controls a un altre centre.

Set mesos més tard, acudeix novament a urgències per entorsis de genoll protetitzat.

A l'exploració física presenta deformitat i tumefacció zona supracondílea fèmur esquerre amb impotència funcional i a la Rx s'observa fractura periimplant osteosíntesi fèmur esquerre (clau LFN).

Es realitza un TAC, que mostra fractura comminuta supracondílea, sense extensió a la cortical intercondílea, fractura comminuta diafisària femoral amb pseudoartrosi i fractura de planell tibial tipus Schatzker tipus II.

En la cirurgia, es realitza retirada de clau LFN esquerre, osteosíntesis de fractura supraintercondílea fèmur esquerra amb 2 cargols canulats intercondilis i clau retrògrad de fèmur amb enforrellat distal i proximal i col·locació empelt de banc a àrea intercondílea. Fresat per estimular focus de fractura diafisària fèmur que estava amb pseudoartrosi. En un segon temps, reducció oberta de fractura meseta tibial Schatzker II i osteosíntesi amb placa LCP tibia proximal esquerra.

En el postoperatori, tolera la flexo-extensió de l'extremitat, realitza deambulació amb ajuda de croses i descàrrega de l'extremitat esquerra.

Conclusió

Les fractures periimplant de fèmur són una complicació cada vegada més freqüent, que pot estar associada a les forces de torsió i poc suport estructural que presenten.

Existeixen varies alternatives terapèutiques per al maneig de les fractures periimplant. Es pot retirar el material i col·locar un clau retrògrad de fèmur, o bé, es podria mantenir el material i realitzar una osteosíntesis amb placa bloquejada.

Degut a la variabilitat d'opcions i a la poca prevalença d'aquestes fractures, no existeix consens a la bibliografia actual sobre el tractament ideal.

DISPLASIA D'ESCAFOIDES Tarsià, MALALTIA DE MÜLLER-WEISS, A PROPÒSIT D'UN CAS

Juan Sánchez Allueva, Miquel Angel Marin Cop, Jordi Codina Santolaria, Magda Edo Llobet, Manel De la Rosa Fernandez, Joan Camí Biayna

Fundación Althaia de Manresa

Introducció

La malaltia de Müller-Weiss es una patologia de baixa prevalença a la nostra població. Aquesta patologia es basa en la displasia del escafoides tarsià, contràriament a la creença prèvia en la que es considerava una osteonecrosi d'escafoides. El Müller Weiss té diferents etiologies com dèficits nutricionals a d'infància, traumatismes de repetició durant l'edat infantil o peus zambos subclínic entre d'altres.

Material y mètodes

El nostre cas tracta d'una pacient de 66 anys que acudeix a consultes externes per dolor referit a peu i genoll dret de llarga evolució. Clínicament s'evidenciava un peu pla-varo dolorós amb dolor de predomini en Rocker I, a nivell de genoll presentava clínica meniscal interna. El TAC realitzat va objectivar malaltia de Müller-Weiss en peu dret i per RMN es va diagnosticar ruptura de banya posterior del MI.

Resultats

La pacient va ser tractada amb cirurgia artroscòpica per tractament de la lesió meniscal i com tractament a la malaltia de Müller-Weiss es va realitzar artrodesi de columna medial. Rere la cirurgia va romandre immobilitzada amb guix durant 6 setmanes, amb descarrega de l'extremitat 8 setmanes. Actualment, en el quart mes post-quirúrgic la pacient ha iniciat amb èxit la càrrega de l'extremitat i clínicament no presenta dolor, amb correcte arc longitudinal medial, rang de moviment acceptable i correcció del retropeu.

Conclusió

La malaltia de Müller-Weiss és una patologia a tindre en compte en el diagnòstic d'un peu pla. És necessari conèixer les troballes clíniques y radiològiques característiques d'aquesta malaltia per realitzar un correcte diagnòstic. Com tractament es recomana la cirurgia, al nostre cas es va realitzar artrodesi de la columna medial, amb correcta evolució de la pacient.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE LES FRACTURES VERTEBRALS PATOLÒGIQUES. A PROPÒSIT D'UN CAS

Laura Pallarès Valls

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Introducció

Es presentarà un cas que va debutar com una fractura vertebral, en el qual es va tardar un temps considerable en el diagnòstic. En aquest cas es remarca l'atenció en el diagnòstic diferencial de les fractures vertebinals patològiques quan no són degudes a la seva causa més freqüent, és a dir, osteoporosi i metàstasis òssies.

Objectiu

Plantejar els diferents diagnòstics diferencials possibles en un pacient que debuta amb una fractura vertebral, amb radiografia simple suggestiva de fractura patològica, en què el TAC no revela imatges neoplàsiques extra-vertebrals i l'estudi de sang perifèrica és normal.

Materials i mètodes

Es tracta d'un pacient de 53 anys amb antecedents d'HTA, DM i claustrofòbia, que va consultar a urgències per dolor lumbar de 15 dies d'evolució després d'haver aixecat una tanca pesada a la feina. A l'exploració destacava dolor lumbar i paralumbar de característiques mecàniques

però que no remetia en repòs, sense clínica de compromís radicular distal ni altra clínica concomitant. A la radiografia simple es va evidenciar una disminució d'alçada de cos vertebral D10, pel qual es decideix ampliar estudi amb TAC, on s'objectiva aspecte lític amb afectació de pedicles i important component de parts toves, suggestiu de fractura patològica, plantejant com a primera orientació diagnòstica la de metàstasis múltiples.

No obstant, en l'anàlítica tots els paràmetres tumorals foren negatius, i es feu un TAC toraco-abdominal en què es va apreciar imatges de característiques similars en altres vèrtebres dorsals i lumbars sense altres troballes destacables. A continuació es va realitzar una RMN oberta on s'aprecien imatges infiltratives a nivell de D4, D7, D10, L1 i L4.

Finalment es realitza un PET/CT i una Biòpsia trans-pedicular amb aspirat de cos vertebral L4.

Resultats

En el PET/CT es desvela afectació humeral bilateral de predomini esquerra i l'estudi anatomopatològic de la biòpsia del cos vertebral L4 mostra una població limfoide monòtona, sospitosa de limfoma o leucèmia, a determinar mitjançant nova biòpsia de L1 i d'húmer i Citometria de flux.

Durant el procés de l'estudi de la patologia, el pacient ha dut un corsé cruciforme amb control irregular del dolor, apareixent en els últims dies parestèsies a cara anterior d'ambdues cames.

Discussió

Arrel d'aquest cas, volem destacar la importància d'incloure les neoplàsies limfoides en el diagnòstic diferencial d'afeccions musculoesquelètiques com les fractures patològiques vertebrals. El tumor limfoide és un infreqüent diagnòstic diferencial de fractura vertebral patològica, i que en cas de que l'estudi hematològic sigui normal, representarà un retràs en el diagnòstic definitiu podent arribar a comprometre el pronòstic de la malaltia.

LUXACIONS BILATERALS I RECURRENTS DE COLZE SENSE TRAUMATISMES DESENCADENANTS

Massimiliano Conte

Hospital de Mataró

La luxació de colze és la segona en freqüència després de la luxació d'espalla. El quadre més freqüent és la luxació posterolateral de causa traumàtica. No obstant això, la presència en un mateix pacient d'una luxació bilateral i recurrent, afegit a la manca d'un mecanisme traumàtic desencadenant, configura un quadre clínic molt rar i escassament descrit en la literatura.

Cas clínic

Presentem el cas d'una dona de 25 anys que consulta a urgències per dolor i deformitat a nivell del colze esquerra després d'aixecar un pes, diagnosticant-se de luxació posteromedial. Pel caràcter inestable de la reducció es decideix tractament quirúrgic amb lligamentoplastia del complex lligamentós intern (CLI) amb tendó del flexor carpi radialis (FCR) i transposició del nervi cubital.

Als dos anys consulta novament a urgències referint episodi de luxació auto-reduïda del colze operat. A l'exploració presenta inestabilitat rotatòria postero - externa i es decideix realitzar lligamentoplastia del lligament col·lateral lateral ulnar (LCLU) amb tendó del FCR contralateral segons la tècnica d'Osborne i Coterill i re-tensat del CLI. En controls ambulatoris, al llarg dels mesos posteriors, la pacient recupera el balanç articular complet i la estabilitat articular del colze esquerra.

Un any després, en aixecar una nena, present luxació auto-reduïda del colze contralateral. A l'exploració, la pacient presenta inestabilitat rotatòria postero-externa i clínica de paràlisi del nervi cubital, pel que es decideix realitzar lligamentoplastia del LCLU amb empelt de tendó del múscul gracilis provinent de càdaver segons la tècnica d'Osborne i Coterill i associar

directament lligamentoplastia del CLI amb tendó l' FCR (modificació de la tècnica de Conway) i transposició del nervi cubital.

Actualment, la pacient segueix controls postoperatoris correctes i rehabilitació encaminada a la recuperació de la mobilitat articular i evidència millora de la clínica de paràlisi cubital.

Conclusió

Aquest cas posa de manifest una situació d'instabilitat articular lligamentosa que ha causat a la pacient diversos esdeveniments de luxacions de diferents tipus i per mecanismes no traumàtics. Es un quadre rar i poc descrit en la literatura.

ESPATLLA FLOTANT, A PROPÒSIT D'UN CAS I REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Edgar Martí Arasa, Maurizio Giordanengo, Alejandro Schapiro, Fayez Fahmi, Marta Vallverdú Pujol, Salvador Grau Pascual

Hospital Mora d'Ebre

Home de 37 anys, sense antecedents patològics d'interès.

Sofreix una caiguda casual d'es d'una altura de 3 metres, amb contusió en l'espatlla esquerra i resultat de fractura d'escàpula amb afectació de la superfície glenoidea (porció superior, tipus II d'Ideberg), amb fractura de l'apòfisi coracoides i luxació acromioclavicular de grau III (espatlla "flotant")

Davant la baixa freqüència d'aquest tipus de fractura, es revisa la seva menció a la bibliografia, de cara a plantejar el procediment quirúrgic i la necessitat de proves complementàries prèvies.

Per caracteritzar la lesió amb més exactitud i realitzar la planificació quirúrgica, es realitza TC, que mostra un esglaó articular de la glena de 2 mm. Hi ha la presència d'un fragment d'os de 20 mm per davant del troquí, de procedència del marge superoanterior de la glena. Diàstasi acromioclavicular de 2 cm

Davant tal resultat, es programa intervenció quirúrgica. Mitjançant abordatge deltopectoral, es realitza obertura anterior de la càpsula i reducció oberta i osteosíntesi de la glena amb 2 cargols canulats de 4 mm i arandelles + reducció i osteosíntesi de la coracoides amb 2 cargols canulats. A continuació, es sutura el làbrum anterior col·locant 2 anclatges tipus "suture tac". Es completa la cirurgia amb la reducció de la luxació acromioclavicular i osteosíntesi amb una agulla de Kirschner.

Es realitzen controls periòdics postoperatoris a les consultes externes, amb retirada de l'agulla de Kirschner a les 4 setmanes, i inici de la rehabilitació a les 6 setmanes. Recuperació progressiva de la mobilitat. Es realitza TC de control als 3 mesos amb resultats satisfactoris, que postren consolidació de les fractures sense pèrdua de la reducció.

El concepte de complex suspensori de l'espatlla existeix des de 1993, descrit per Goss. Es tracta d'un anell osteolligamentós format per l'acromion, l'apòfisi coracoides, la clavícula i la cavitat glenoidea. Es teoritza que, com en el cas d'aquest pacient, quan dos de les estructures d'aquest anell estan afectades, existeix una espatlla inestable o "flotant", sense continuïtat òssia o lligamentosa entre l'esquelet axial i l'extremitat superior. Tot i que alguns autors qüestionen tal teoria, Goss defensa, en aquests casos, l'ús del tractament quirúrgic amb fixació interna, la qual cosa acceleraria el procés de rehabilitació.

COMPLICACIÓ SÈPTICA DESPRÉS DE PUNXADA AMB CACTUS. A PROPÒSIT D'UN CAS

Marta Romero Gomez, Ester Navarro Cano, Lluís Bueno Boix, Aina Ruiz Puig, Xavier Chornet Pahisa, Ángeles María Sanjuan Castillo
Corporació de Salut del Maresme i la Selva de Blanes, Calella

Introducció i objectius

Pacient de 62 anys amb antecedent de punxada amb un cactus 5 dies abans, acut a urgències per tumefacció i dolor incoercible a 2n dit de la mà dreta de 48h d'evolució després d'intent d'extracció.

Material i mètodes

A l'exploració física s'aprecia important tumefacció amb signes de cel·lulitis del dit i mà drets i limfangitis de l'extremitat fins a l'axil·la. S'aprecien signes d'isquèmia al dit, amb afectació predominantment volar des de la base de F2.

L'estudi radiològic no mostra lesions òssies agudes i a l'anàlítica destaca un augment dels reactants de fase aguda.

Es decideix realitzar desbridament quirúrgic urgent, mitjançant abordatge dorsal i palmar, sense troballa de col·leccions purulentes. Es procedeix a realitzar presa de cultius i rentat profús i inici immediat de tractament antibiòtic endovenós d'ampli espectre. Intraoperatoriament s'aprecia coagulació intravascular dels capil·lars digitals.

La pacient presenta una bona evolució clínica en el curs postoperatori, amb millora franca dels signes de limfangitis i cel·lulitis de la mà, però amb empitjorament del procés isquèmic digital, de manera que en 48h s'estableix una necrosi des de la base de F1.

Els cultius es positivitzen per *S. pyogenes* sensible el 5è dia postoperatori i es decideix modificar el tractament antibiòtic adequant-lo als resultats de l'antibiograma. Es manté el tractament endovenós fins el 14è dia, moment en què es resol el procés infecció i s'estableix definitivament la necrosi.

Es decideix realitzar una amputació reglada del 2n radi des de la base del metacarpí per aconseguir la màxima funcionalitat.

Resultats

La pacient presenta una evolució postoperatoria correcta, al mes de la intervenció presenta una funcionalitat pràcticament completa de la mà.

Conclusió

Les infeccions per *S. pyogenes* poden resultar altament agressives, s'inclouen entre elles, la bacterièmia, la fascitis necrotitzant (FN) tipus II i sd. xoc estreptocòccic.

La FN presenta una incidència de 0.4-0.53 casos / 100.000 hab.

Les lesions inicials poden semblar relativament benignes, amb o sense porta d'entrada. L'evolució és ràpida cap a una inflamació extensa, amb aparició de bulles amb contingut hemàtic, enfosquiment i posteriorment necrosi cutània, que avança inexorablement si no es prenen mesures.

Les proves complementàries imprescindibles són l'exploració i l'anàlítica urgent.

La realització de proves d'imatge en casos d'alta sospita de FN només en demora el seu tractament, que consisteix en el desbridament urgent associat a antibioteràpia d'ampli espectre.
