

RESUMEN DE CONGRESOS

Dr. Nelson Socorro Medina - (Hospital Universitario de Maracaibo)

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE LA CADERA

Dr. D. S. Hungerford - (John Hopkins University).

Boston. Marzo 1983

El Dr. Hungerford realizó un trabajo en la patogenia de la necrosis isquémica de la cabeza femoral. Midió la presión de la médula ósea, hizo venografías de ésta y biopsia en todos los estadios de necrosis isquémica. Encontró una presión elevada de la misma y postula que el mecanismo de esta patología es el de una isquemia inicial con aumento de la presión intraósea lo cual a su vez conduce a isquemia de nuevo. Obtuvo resultados sorprendentes cuando realizó biopsia en los estadios 1 y 2. Entre las causas que pueden aumentar la presión en el compartimiento están infección, tumores, hipertrofia de los adipositos, edema de la médula, cualquier fenómeno isquémico, precipitación de burbujas de nitrógeno en el líquido extracelular y acumulación de cerebrósidos en la enfermedad de Gaucher.

Se sugiere con esta teoría que este es un problema progresivo y que no hay un fenómeno agudo único como solo determinante de la patología, sino que hay una isquemia progresiva. La interrupción de estos eventos fisiopatológicos a través de la descompresión puede revertir el ciclo de la misma forma que la descompresión de otro compartimiento cerrado como la pierna. El éxito de la descomposición, así como los otros síndromes de comportamiento dependerá del daño titular que haya ocurrido hasta el momento en que se haya hecho la operación. Finalmente la presencia de una presión elevada de la médula ósea en ausencia de cambios radiológicos, nos orienta el diagnóstico.

Prof. P. Ficat (Toulouse Francia)

Operó 154 pacientes con estadios tempranos de necrosis de la cabeza femoral y revisó 121 pacientes con 133 caderas, las cuales estaban en los estadios 1 y 2. El promedio de edad fue de 63 años. Se obtuvieron resultados buenos o excelentes en el 89.4% de los casos. La operación realizada fue la de una biopsia central de la cabeza femoral, la cual disminuyó la presión intramedular. Su rutina en la evaluación de este problema incluyó la medición de la presión, flebografía intraósea, Scanning óseo y biopsia.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGIA DE LA CADERA
Rochester Minnesota. - Noviembre 82

Dr. N. Postel. (París - Francia)

En su trabajo de osteocondromatosis sinovial de la cadera revisó 26 casos con este diagnóstico operado en 15 años; la mayoría de los pacientes eran menores de 50 años. El diagnóstico se realizó con radiografías más artrografía y fueron confirmados por biopsia. Esta patología estuvo asociada más a menudo con necrosis idiopática, sinovitis vellonodular y especialmente osteorritis. El tratamiento es quirúrgico. Cuando se realizó un abordaje anterior limitado, fue imposible retirar toda la sinovia y los cuerpos óseos libres. Hubo 5 fracasos en 5 abordajes de esta naturaleza. Por esta razón él recomienda un abordaje amplio con osteotomía del trocanter mayor y dislocación cuidadosa de la cadera, lo cual permite acceso al acetábulo. 3 casos hechos de esta manera dieron excelentes resultados. Otros tres casos se re-operaron con esta técnica y los pacientes mejoraron en cuanto a movilidad y dolor. En su experiencia no ha observado necrosis de la cabeza femoral en ninguno de estos pacientes así como en otros operados con la misma técnica. El propone un abordaje amplio para una sinovectomía completa.

SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA COLUMNA LUMBAR

Toronto, Junio 1982

S. Heripret. Hospital Beaujon, París

Ciento veinte pacientes con hernia discal recibieron inyecciones intradiscales de Quimopapaina. Todos tuvieron un tratamiento conservador previo. Todos tuvieron un cuadro clínico de Ciática. Seis meses después de la inyección el 76% de los pacientes mejoró. Como complicaciones hubo dos espasmos bronquiales reversibles, 3 rash y un caso de probable discitis aséptica. No hubo complicación de tipo neurológico. Estos resultados así como los otros publicados indica a este tratamiento como la última etapa en el tratamiento conservador

John Kostuik. Toronto

Estudió retrospectivamente 28 pacientes con fracturas toracolumbares los cuales fueron tratados con resección del cuerpo vertebral, descompresión de la dura e injerto óseo anterior. Las lesiones en el cuerpo fueron del tipo estallido. Hubo 20 pacientes con déficit neurológico de los cuales dos fueron completos. Como fijación se utilizó una instrumentación de Harrington modificada para la vía ANTERIOR en 10 casos de Dewayer en 8 de los casos. En 9 casos se utilizó doble sistema de Dweyer, Placas A.O. fueron utilizadas en 4 pacientes y en 5 casos no se utilizó ninguna fijación de los cuales 4 fueron tratados por instrumentación posterior. Una recuperación neurológica significativa fue obtenida en el 88% de los casos con déficit incompleto. Los dos casos de tipo completo permanecieron así. 5 parapléjicos parciales se recuperaron completamente, 10 se recuperaron bastante y 2 no cambiaron. Como conclusión se recomienda este abordaje en los casos con déficit neurológico.

SOCIEDAD DE INVESTIGACION DE LA COLUMNA CERVICAL. N.Y. DIC 82

Dr. Peter Pizzutillo. Instituto Alfred DuPont, Wilmington (Delaware)

Presentó 5 casos de fracturas de C2 tipo espondilolistesis traumática o fractura del ahorcado en niños. Este tipo de lesión es muy

rara en niños. Las edades de los pacientes oscilaron entre 6 y 18 meses. El tratamiento debe ser con el cuello en extensión moderada y tracción discreta tratando de evitar diastasis. El tratamiento no operatorio con inmovilización con yeso fue exitoso en 4 de 5 pacientes. La cirugía está solamente indicada al haber retardo o no consolidación.

SOCIEDAD DE HOMBRO Y CODO DE LOS ESTADOS UNIDOS

N. Y. Nov. 1982. 1er. Congreso de esta sociedad recientemente fundada

C. Rockwood. Universidad de Texas. Sn. Antonio.

Presentó 8 casos de dislocación acromio-clavicular reconstruido con una técnica personal. El dice que en las dislocaciones grado 2 la simple extirpación de la clavícula da buenos resultados, sin embargo, cuando es grado 3 no lo es, más aún empeora el cuadro clínico. En su técnica para el grado 3 además de reseca el extremo distal de la clavícula, le reconstruye los ligamentos entre la coracoides y la clavícula. La reconstrucción del ligamento se hace usando el ligamento coracoacromial y temporalmente ayuda a la reconstrucción con un tornillo coracoclavicular. Los 8 pacientes que fueron tratados con esta técnica han sido vistos 3 años después de la operación y todos fueron capaces de volver a su empleo original, pudieron dormir sobre el hombro afectado y mejoraron de cansancio y dolor en el hombro. Todos fueron hombros dominantes.

Dr. Nevaizer. Washington

Presentó una técnica para el tratamiento del codo del tenista, la cual se realizaba ambulatoriamente con anestesia local, se infiltra la piel solamente y luego con el paciente despierto se va extirpando todo el tejido cicatrizal y el área dolorosa; en virtud de este método el paciente puede colaborar en seleccionar el área de lesión. En el post-operatorio se permitió el movimiento de inmediato lo cual previno la formación de adherencia de los extensores a la cápsula.

SOCIEDAD DE ORTOPEDIA PEDIATRICA
Monterrey, California. Octubre 1982

Dr. Hall. Boston

Realizó un recuento de la literatura en relación con el abordaje medial para la cadera en niños con luxación congénita. Concluye que no hay indicación para este tipo de abordaje por la poca visibilidad, inhabilidad para hacer una capsulografía, un procedimiento acetabular o una osteotomía femoral.

Dr. R. Winter. Sn. Paul, Minn.

Expresa que las razones más simples para que las caderas en mielomeningocele no sean reducidas es la de que no hay una evidencia que indique que el niño con la cadera reducida tenga menos problemas que un niño con la cadera ahorcada. Sí hay evidencia de que el trauma quirúrgico de la reducción a menudo conduce a rigidez y pérdida de la función. Todos los estudios hechos para analizar el estado de ambulación han demostrado que la habilidad para ambular depende del nivel neurológico y no del estado de la cadera. Se ha argumentado que debe ser reducida para evitar úlceras de decúbito, escoliosis y dolor. Sin embargo estudios muy cuidadosos no lo han demostrado. Particularmente no hay evidencia de que la escoliosis es causada por deformidad de la cadera, especialmente en los casos unilaterales. En resumen la cadera dislocada en el mielomeningocele no debe ser reducida porque hay mucho que perder y poco que ganar.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA - SECCION ORTOPEDIA
New Orleans. Noviembre 1981

Dr. T. F. Kling. Michigan

Revisó 34 pacientes con fractura tipo 2, 3, y 4 de Salter-Harris del maleolo medial. Encontró que los casos de tipo 3 y 4 de la epifisis distal de la tibia tratados con reducción a cielo abierto y fijación interna resultaron en una baja incidencia de arresto parcial del crecimiento, mientras que las tratadas a cielo cerrado fueron más propensas a arresto parcial del crecimiento.