

## RESUMEN DE CONGRESOS

Dr. Nelson Socorro Medina  
Hospital Universitario de Maracaibo

Dr. D.W. Vickers. (Brisbane). Asociación Ortopédica Australiana.  
Septiembre de 1983.

Presentó un trabajo sobre la deformidad de Madelung y Clinodactilia; formulando su hipótesis de que estas deformidades se producen por un mecanismo similar al de los arrestos epifisarios de origen traumático. Existiendo una lesión de la fisis que actúa como un freno desviando el crecimiento. El usó una técnica similar a la de Langeskiold para resección del puente óseo y encontró que el área de la fisis con lesión podía ser extirpada obteniéndose corrección de la deformidad.

Operó 7 casos de Madelung y 11 casos de Clinodactilia del dedo meñique. En los niños con Madelung la deformidad mejoró en todos. Los niños que presentaban dolor antes de la operación mejoraron y en todos hubo aumento del movimiento.

En todos los casos de Clinodactilia existía una Falange Delta; en estos casos la resección del istmo de la parte continua de la fisis reestableció el crecimiento en todos los pacientes mejorando la deformidad angular. Esta operación es superior a la osteotomía por ser más simple. No hubo rigidez en los dedos y un aumento notable en la longitud de las falanges fue evidenciado clínica y radiológicamente. El autor recomienda entonces la lisis del área anormal de la fisis en estas situaciones.

NOTA: Esta operación consiste en extirpar el área de la fisis lesionada e interponer un injerto libre de grasa. (Langenskiold).

Dr. S.E. Graves, B.K. Foster. (Adelaide) Congreso Australiano de  
Traumatología y Ortopedia  
Septiembre de 1983

Presentaron una técnica quirúrgica para reparar las dislocaciones Acromioclaviculares. La técnica: Incisión sobre el extremo lateral de la clavícula y coracoides. 4 o más vueltas alrededor de la Coracoides con Vycry // 2 y luego alrededor de la clavícula o a través de un agujero en la misma. La dislocación se reduce y se anuda, luego se suturan los ligamentos coracoclaviculares. En el post-operatorio se coloca un cabestrillo por 2 a 6 semanas dependiendo de la cooperación del paciente. Operaron 16 pacientes con lesiones

completas, (grado 3), las edades fueron de 20 a 52 años. Todos fueron operados en un período de tiempo de 6 días después de la lesión; siendo la mayoría operados el mismo día. Todos los pacientes que eran jugadores de fútbol volvieron a jugar sin notar ninguna diferencia.

**Dr. T.H. Franken. Sur Africa.  
Congreso Sur Africano de Ortopedia  
Septiembre de 1983**

Presentó un trabajo sobre las lesiones del nervio musculocutáneo durante operaciones de cura operatoria para dislocación recurrente del hombro.

Presentó 3 casos de los cuales 2 habían sido posteriores a operaciones de Bristow (Laterjet). Los 3 nervios fueron suturados después de la lesión. El realizó disecciones encontrando el nervio cercano al área medial de la Coracoides; la distancia del nervio a la Coracoides varía con la posición del miembro. Recomienda que al realizar la osteotomía de la Coracoides se coloque el miembro en aducción y rotación medial. Esto permite que el nervio se aleje y se relaje. Recomienda disecar el nervio en el borde medial antes de hacer la osteotomía.

**Dr. Allan E. Inglis y S. Ranawat. (Hospital para Cirugía Especial. New York  
Congreso de la Sociedad de Pie y Tobillo de los EE.UU.  
Febrero de 1984.**

Presentaron su experiencia con reemplazamiento de la articulación del tobillo con prótesis de tipo Mayor. Implantaron 15 prótesis en pacientes con Artritis Reumatoidea encontrando que todos mejoraron en cuanto a dolor; el movimiento articular mejoró 9 grados. No hubo aflojamiento. El seguimiento fue de 39 meses. En base a los resultados se recomienda esta operación en la Artritis Reumatoidea.

**Dr. A.W. Dunn; Clínica Oschsner. New Orleans.  
Congreso de Traumatología del Sur de los Estados Unidos  
Noviembre 1983.**

Presentó 52 casos de pacientes con fracturas u osteotomías no consolidadas, todos fueron tratados con estimulación eléctrica. 81 por ciento de los casos consolidan. Recomendando altamente el procedimiento.

**Dr. L.A. Norwood. (Clínica Ortopédica Hughston Columbus Georgia).  
Congreso de Traumatología del Sur de los Estados Unidos  
Noviembre de 1983.**

Presentó 40 casos de hombros en los cuales se les realizó un abordaje posterior por inestabilidad posterior, fractura o lesiones del manguito rotador. No hubo ningún caso de denervación del deltoides o del manguito con este abordaje.

No hubo infección y el deltoides cicatrizó bien.

Este abordaje permite acceso al infraespinoso, redondo menor, tuberosidad mayor y área escapular posterior sin necesidad de osteotomía del acromiión o desinserción del área anterior del deltoides, recomiendan este abordaje en ruptura del manguito rotador; fracturas desplazadas de la tuberosidad mayor del húmero; fracturas escapulares inferiores e inestabilidad crónicas posteriores.

**Dr. Ullrich (Memorial Hospital. Carolina del Norte).  
Congreso de la Sociedad para el estudio e investigación de la Columna  
Cervical en Florida.  
Diciembre de 1983.**

Presentó su experiencia con la Resonancia Magnética Nuclear, en el análisis de la columna cervical. Las Ventajas son: una clara visualización de la Médula y el Líquido Cefalorraquídeo sin emplear medios de contraste o radiaciones; una alta sensibilidad para detectar lesiones en planos directos, sagitales, coroneales y transversales. Las desventajas: Poco poder reconstructivo de las imágenes de pequeño diámetro y planos de imágenes muy delgadas lo cual será mejorado al perfeccionar ciertos aspectos técnicos.

Sugiere que el estudio es de mucha ayuda en la evaluación de las lesiones de la región Atlas-Occipucio, Siringohidromelia, mielitis transversa, compresiones de la médula, lesiones intra o extra axiales y atrofia .

**Dr. J. Alnot. (Departamento de Cirugía de la Mano, Hospital Bichat. Paris)  
Congreso de Traumatología y Ortopedia de la Sociedad Francesa en París.  
Noviembre de 1983.**

Presentó 17 casos con prótesis de muñeca tipo Guepar. Esta tiene un componente condilar de metal y otro de polietileno. El componente carpal es metálico con un sistema de atornillado en el 2o. y 3er. metacarpiano; esta prótesis permite movimientos en todas las direcciones y en estos pacientes

permitió una flexión y extensión de 60 a 70 grados. El seguimiento fue de 2 años y medio y en tres casos hubo problema con la piel. La indicación principal fue Artritis Reumatoidea.

**Dr. Sherman Coleman. (Universidad de Utah).**  
**Congreso de la Asociación Shrine en Oregón.**  
**Septiembre de 1983.**

Presentó 30 casos de pacientes con dislocación congénita de cadera reducidas mediante un abordaje medial. En resumen se llegó a las siguientes conclusiones: Las contraindicaciones para el abordaje son: Dislocación complicada teratológica, cualquier niño con edad mayor a los 18 meses, cualquier niño con cirugía previa. La única indicación válida es en niños de edad de menos 18 meses con una cadera dislocada la cual es reducible pero inestable en cualquier posición fisiológica. Tomando en cuentas indicaciones y contraindicaciones se ve pues que la indicación para esta operación es infrecuente. Es importante el colocar un yeso con un mínimo de 3 meses seguido de una férula en abducción por 6 semanas adicionales para poder mantener la reducción.