



S U M A R I O

1. INFORMES:

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

2. PERSONAJES SO.MA.COT.: ENTREVISTA AL DR. FRANCISCO JÁTIVA SILVESTRE. PRESIDENTE DE LA SECOT

3. REPORTAJES SO.MA.COT: ARTROENDOSCOPIA SIN CABLES

4. CASOS CLÍNICOS: SESIÓN CLINICA INTERHOSPITALARIA HOSPITAL UNIV. DE LA PRINCESA (MADRID)

5. NECROLOGICA: DR. FERRER TORRELLES

6. NOTICIAS SO.MA.COT.

7. AGENDA



PROPUESTAS TERAPÉUTICAS EN TRAUMATOLOGÍA DEL MIEMBRO SUPERIOR

I JORNADAS SO.MA.C.O.T.
PARA M.I.R. 4º-5º AÑO
C.O. Y TRAUMATOLOGÍA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Coordinador:
Dr. Javier Escalera Alonso

CARTA DEL PRESIDENTE

Los meses que han transcurrido desde que se elaboró el anterior boletín, han sido de gran actividad para la Junta de la SOMACOT, os informo cronológicamente de nuestras actividades y proyectos.

El 2-03-07 se celebró la Jornada de Invierno en el Hospital La Paz, organizada por el Dr. Bello, con el tema “La Artroplastia de Revisión de Rodilla y sus problemas”. La Señorita “Nené” Fernández secretaria de la SOMACOT desde su fundación, dejó la Sociedad por Jubilación, se la rindió un pequeño pero sentido homenaje y se la entregó una placa de agradecimiento por su labor durante todos estos años. Desde aquí agradezco a los organizadores su esfuerzo y les felicito por el buen resultado de la jornada.

El 20-04-07 celebramos la Sesión Clínica Interhospitalaria en el Hospital Universitario de la Princesa, con muy poca asistencia. Mínima por parte del Hospital organizador, ningún residente salvo el que presentaba el caso. Comprendo que dada la presión asistencial es muy difícil en horario laboral asistir a estos eventos, pero es una hora y media cada 3 meses y con un contenido muy interesante, especialmente para los médicos residentes. Por ahora mantendremos las sesiones clínicas interhospitalarias. La próxima se realizará en el Hospital Militar Gómez Ulla el 22 de Junio.

Los días 20 y 21 de abril, en Aranjuez, la SOMACOT organizó unas Jornadas de formación para residentes de 4º y 5º año, con asistencia esta vez muy satisfactoria, el tema fue: “Propuestas Terapéuticas en Traumatología del Miembro Superior”. La jornada se cerró con una Mesa sobre la problemática de los residentes que tuvo un contenido y conclusiones muy interesantes. Felicito al Dr. Escalera por su éxito organizador y agradezco a Lilly su colaboración. Espero que haya sido un primer paso para consolidar este tipo de Jornadas dirigidas a los médicos residentes.

Respecto a la página WEB, ya hemos cambiado la empresa que la mantenía. La nueva nos aporta más facilidades para mantenerla actualizada y mejores servicios. El Dr. Plasencia está trabajando en un nuevo formato de página, que estará en funcionamiento próximamente. El boletín está manteniendo su periodicidad y como veréis más adelante tenemos un nuevo patrocinador.

Como presidente de la SOMACOT asistí en Barcelona a la celebración del 75 Aniversario de la Sociedad Catalana de C.O.T., fue una conmemoración entrañable de la Sociedad más antigua de España, más que la propia SECOT. En Madrid acudí a la entrega de los Premios Sanitarios de la CAM. Nuestro miembro de honor Prof. Palacios Carvajal recibió la Gran Cruz de la Comunidad. La SOMACOT se congratula con esta distinción a uno de sus miembros y felicita al Profesor Palacios por su obtención.

El 23 de marzo la SECOT nos convocó a los Presidentes de Sociedades Autonómicas de COT a una reunión, que versó sobre la “Formación de los Médicos Residentes”. En la Comisión Nacional de la Especialidad, existe preocupación por la formación tan diferente que reciben los médicos residentes, dependiendo del lugar donde realicen su residencia. Se quiere unificar a nivel nacional un programa de formación con clases teóricas (programa de la CNE), talleres... Desde la SECOT, su Presidente Dr. Játiva y los Vocales de Formación Dr. Nardi y de Sociedades Autonómicas Dr. García Alonso, nos transmitieron su interés para que este programa de formación, se pueda impartir por las Sociedades Autonómicas. La Sociedad Catalana de COT lo está realizando con éxito desde hace años.

La Junta Directiva de la SOMACOT, está trabajando sobre la propuesta. Debemos entre otras cosas, perfilar el formato, ajustar el programa, encontrar una sede donde desarrollar la actividad y buscar algún atractivo para que los médicos residentes asistan... Próximamente, cuando tengamos más avanzado su estudio y podamos presentar puntos concretos, convocaremos a los Jefes de Servicio y Tutores de Residentes para presentárselo. Somos conscientes de que sin la colaboración, apoyo e implicación de todos ellos, será imposible llevar a cabo este proyecto.

El próximo Congreso SOMACOT que organiza el Dr. Coello del Hospital 12 de Octubre, se celebrará en el mes de Octubre en El Escorial, está prácticamente terminada su organización en cuanto a Mesas, ponentes, talleres... Cuando recibáis el siguiente boletín ya se habrá celebrado. Animo a todos a que asistáis y participéis. Es el evento principal de la Sociedad y si queremos hacer una Sociedad fuerte, debemos participar en sus actividades.

Dr. F. Javier Sanz Hospital
Presidente SOMACOT

INFORME DEL SECRETARIO

Me permito recordaros, desde estas páginas que el Congreso anual SOMACOT de este año, como imagino sabréis, será el 19 y 20 de Octubre en el Euroforum de San Lorenzo del Escorial. Me consta el gran empeño y entusiasmo que su organizador (Dr. Antonio Coello, Hospital Universitario 12 de Octubre) está realizando para llevarlo a buen fin, y quiero animaros a vuestra participación.

Por primera vez nuestro congreso será *acreditado* para Formación Continuada por SEAFORMEC y Reconocido de Interés Sanitario. Aunque habréis recibido formularios de inscripción y de alojamiento, en nuestra página Web también podéis acceder a los mismos así como a los de Comunicaciones Libres para optar a los premios SOMACOT. Espero que podamos vernos en este nuestro Congreso, que será el XVIII.

Dr. Javier Escalera Alonso

INFORME DEL TESORERO

Estimados amigos, la situación económica de nuestra sociedad no ha cambiado sustancialmente desde el último informe enviado al boletín de la SO.MA.C.O.T.

No ha existido ningún ingreso relevante y en el apartado de gastos, además de los propios de la gestión administrativa de la sociedad (comisiones bancarias, asesoría fiscal y gastos de secretaría), cabe destacar los premios de las Sesiones Clínicas Interhospitalarias del año 2006 que se abonaron en las Jornadas de Invierno de 2007 celebradas en el Hospital Universitario La Paz y que se entregaron a los doctores Manuel Villanueva Martínez y Antonio David Murillo Vizuete. El valor de cada uno de los premios ascendió a 1.000 €.

María de los Angeles Rosario Fernández, a la que todos conocíamos como Nené, cesó voluntariamente de sus funciones administrativas en la SO.MA.C.O.T. y como muestra de agradecimiento por su labor hacia nuestra sociedad fue homenajeada con una placa y numerosas muestras de cariño en las Jornadas de Invierno el día 2 de febrero de 2007. Oscar Álvarez Carravilla, que durante varios años ha estado colaborando con nuestra sociedad, se ha hecho cargo de todo el trabajo que hasta ese momento venía desempeñando Nené.

No me gustaría despedirme sin reiterar el mensaje que en mis dos informes previos os he transmitido y que se resume en la siguiente frase “nuestra sociedad será el reflejo del esfuerzo individual y colectivo de sus miembros”. La Cirugía Ortopédica y la Traumatología de nuestra comunidad debe esforzarse por ser mejor cada día pues de lo contrario pronto dejaremos de ser buenos y la SO.MA.C.O.T. ofrece un marco a través del cual canalizar los esfuerzos realizados individualmente.

Dr. Fernando García de Lucas

INFORME DEL VOVAL DE FORMACIÓN CONTINUADA

El 20 de abril de 2007 se celebró la Sesión clínica Interhospitalaria en el Hospital Universitario de la Princesa. Hemos de lamentar que a pesar del interés de los casos la asistencia fue escasa incluido la del propio servicio organizador. Una vez más desde aquí invitamos a los Jefes de Servicio que faciliten, en la medida, la asistencia a las mismas, especialmente de los residentes, con el ánimo de perpetuar algo que inició el Dr. F. Nieva Navarro, y que personalmente pienso que ha contribuido sobretodo a mejorar y consolidar las relaciones interhospitalarias.

El propio 20 y 21 de abril de 2007 se celebró en Aranjuez la I Jornada SOMACOT para MIR de COT de la Comunidad de Madrid patrocinado por los laboratorios Lilly y coordinado por nuestro secretario el Dr. Javier Escalera Alonso. En esta ocasión hay que felicitarse por el éxito alcanzado tanto por el número de residentes que acudió a pesar de coincidir con los cursos de AO – España, como por la calidad de las ponencias presentadas.

Recordamos que la próxima sesión interhospitalaria se celebrará en el Hospital Gómez-Ulla en el servicio que dirige el Dr. Francisco González Rodríguez, teniendo la oportunidad de felicitarles por su incorporación a la actividad asistencial civil. Se celebrará el próximo viernes 22 de Junio a las 08.30h, y desde aquí os animo para que me enviéis casos clínicos y asistáis a la misma.

Hemos de tener presente el próximo XVIII del Congreso SOMACOT, que se celebrará los días 19-20 de octubre de 2007 en el Euroforum de San Lorenzo del Escorial, organizado por el servicio de COT- I del Hospital Doce de Octubre.

Dr. Ignacio Usoz
Vocal de formación continuada

INFORME DEL VOCAL DE BOLETÍN Y PAGINA WEB

Entre los compromisos que adquirió la nueva Junta Directiva de la SO.MA.COT., y que personalmente asumí al aceptar el cargo de vocal del boletín y web, figuraba un cambio y *rediseño de la página web* de la Sociedad. Este cambio va a poder ser evidente en los próximos días, e invito a todos los socios que lo comprueben en nuestra dirección: www.somacot.org

La página web de la sociedad va a ser más sencilla en contenidos, intuitiva y participativa. En este rediseño se van a concentrar el número de pestañas existentes para acceder directamente a la información deseada. De esta forma, la información actual va a quedar agrupada en tres grandes apartados: somacot, actividades y noticias. Dentro del apartado *somacot* se facilitará información institucional sobre: los socios (fundadores, eméritos, lista de socios), junta directiva actual y anteriores, así como los estatutos de la sociedad y el reglamento de congresos recientemente modificado.

En el apartado de *actividades* se va a concentrar toda la información referente a las actividades científicas que desarrolla nuestra sociedad, pudiéndose acceder a: fechas, localización y programas, tanto del Congreso anual SO.MA.COT, como de las Jornadas de Invierno o las Sesiones Clínicas Interhospitalarias. También en este apartado se localizará las bases y requisitos necesarios para optar a las becas y premios que otorga anualmente la SO.MA.COT. En el apartado de *Noticias* se podrá acceder con facilidad a: nombramientos o noticias relevantes que acontezcan en el ámbito de la Cirugía Ortopédica dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, al boletín SO.MA.COT en formato *PDF*, a una completa Agenda de eventos científicos, y a los casos clínicos presentados en las Sesiones Clínicas Interhospitalarias.

Por otro lado, la nueva página web va a ser mucho más *intuitiva*, ya que se va a poder obtener, con un diseño moderno, de forma rápida y fácilmente visible, el formulario de inscripción para los nuevos socios. Además, se va a añadir un apartado o pestaña de *contacto* que permita la participación activa de todos los socios. En este

lugar va a ser posible que los socios nos faciliten mediante pequeños mensajes: sus opiniones, sus propuestas e iniciativas, así como aportar información de interés para el resto de los socios.

Como podéis suponer, este cambio en la página web ha supuesto un gran esfuerzo en tiempo y en trabajo. El objetivo será mejorar nuestra imagen corporativa exterior y la relación entre los socios y la Junta Directiva. Es por ello que deseo que la nueva imagen de la SO.MA.COT. sea del agrado de todos vosotros.

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

VOCALÍA DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

La actividad de esta Vocalía en los últimos meses ha estado centrada en la colaboración para la puesta en marcha del Programa de Formación de Residentes. Me gustaría insistir en el momento tan importante en el que nos encontramos para crear un sistema de formación de calidad. Por ello reitero la necesidad de colaboración de todos los Hospitales de la Comunidad de Madrid en la creación de este sistema uniforme. Es fundamental la aportación de sugerencias o modificaciones al formato que se va a plantear con el fin de perfeccionarlo y adaptarlo a nuestras necesidades. Estas sugerencias podrán ser transmitidas a través de los Jefes de Servicio, Tutores de Residentes o remitidas a cualquier Vocalía de la SO.MA.C.O.T.

En esta línea de trabajo, queremos estimular la realización de estudios multicéntricos dentro de la Comunidad de Madrid o con Comunidades limítrofes, por lo que nos ofrecemos como vehículo de contacto para la puesta en marcha de iniciativas de colaboración entre Hospitales para este tipo de estudios. Estoy a vuestra entera disposición para cualquier sugerencia o iniciativas a través del e-mail: olivermarin@yahoo.es.

Óliver Marín Peña

INFORME DE LA VOCALIA DE MEDICOS RESIDENTES

En la SOMACOT, con el auspicio de la SECOT, estamos involucrados en la creación de un programa de formación de residentes con lecciones teóricas impartidas por reconocidos especialistas. Algo similar a lo que ya está realizando la Sociedad Catalana con gran éxito. Estamos perfilando el programa y esperamos que sea de vuestro interés.

Por otra parte os animo a mandar vuestros casos clínicos para la próxima sesión y vuestras comunicaciones al próximo congreso de la Sociedad.

Dr.García-Germán Vázquez

ENTREVISTA AL DR. FRANCISCO JÁTIVA SILVESTRE

Inauguramos esta sección del boletín SOMACOT, que pretende conocer la opinión de miembros destacados de la traumatología madrileña, entrevistando al *Dr. Francisco Játiva*. El Dr. Játiva fue Presidente de la SOMACOT, y ha desarrollado en nuestra Comunidad una intensa y exitosa actividad, tanto profesional como societaria, que le ha llevado por méritos propios a ocupar el actual cargo de Presidente de la SECOT.

¿Qué ha supuesto para usted, desde el punto de vista personal, el haber llegado a ser Presidente de la SECOT?

R.- Ha supuesto un gran honor y una enorme satisfacción personal. Después de haber sido Presidente de la SO.MA.COT y Secretario de la SECOT estaba convencido que había cumplido con creces mis inquietudes societarias en el ámbito de las Sociedades Científicas. Sin embargo, cuando un amplio grupo de socios pensó en mí como candidato a la Presidencia, me sentí muy halagado, porque ello suponía que algunos compañeros habían apreciado y reconocido como buena la labor que realice en aquellos cargos. Pasar de ser candidato a ser el triunfador de las elecciones, enorgullece cualquier ego personal, pero te impregna de unas profundas responsabilidades, que debes asumir, y de unas inquietudes derivadas de las necesidades y peticiones de muchos socios, que me han votado con el fin de dar nuevos aires a nuestra Sociedad.

¿Qué objetivos prioritarios se ha marcado durante su presidencia para la SECOT?

R.- Mis objetivos, y fundamentalmente los objetivos de muchos de los socios que quieren una SECOT renovada, fueron expuestos en mi campaña y últimamente en el BOLETÍN SECOT, por lo que no creo que deba reiterarlos otra vez. Sólo quiero decir que he conseguido reunir una Junta Directiva joven y trabajadora que están dispuestos a dar respuestas a todas las cuestiones que nos plantean los socios. Con ellos hemos conseguido ya algunos importantes logros como ha sido la elección de Madrid, como sede del Congreso EFORT del año 2010. Ahora nos encontramos inmersos en el desarrollo de un ambicioso proyecto docente teórico-práctico para nuestros Médicos Residentes; en una reorganización del funcionamiento de los Grupos de Estudio SECOT; en la elaboración de un Consejo Editorial que permita el control de la elaboración y distribución de nuestra producción científica; en la edición de un nuevo BOLETÍN INFORMATIVO SECOT; en la propuesta de crear la Asociación Profesional para la defensa de los intereses profesionales; en la creación de un Comité de Ética que luche contra la presencia en los medios de comunicación de informaciones engañosas sobre patologías o terapias de nuestra especialidad.

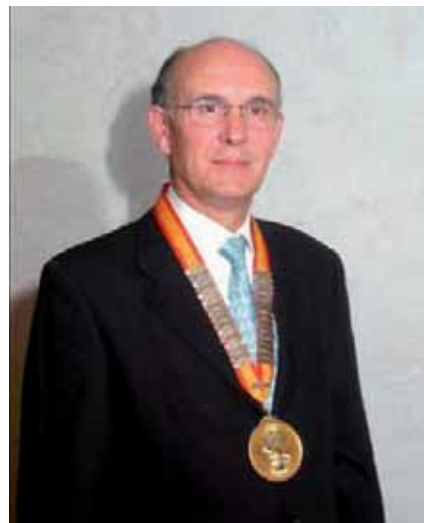
¿Dada su extensa experiencia en el trato con médicos residentes, en que aspectos debería mejorar la formación de los MIR de COT?

R.- Siempre he considerado que el sistema de formación MIR ha sido el verdadero motor de la Medicina de nuestro país. La he defendido y luchado por ella siempre que he podido como Jefe de Estudios de la Comisión Local de Docencia del Hospital Príncipe de Asturias y como Jefe de Servicio de COT, y lógicamente desde mi actual responsabilidad seguiré luchando por la mejor formación de nuestros médicos residentes, ya que actualmente se detectan algunas deficiencias en la formación teórica y práctica que se les proporciona. Incluso se han demostrado amplias diferencias de conocimientos y de aptitudes dependiendo del Hospital en el que obtuvieron su plaza. Ello, con vistas a un previsible futuro en que puede ser obligatorio el examen de capacitación al final de su formación, nos obliga a todos a buscar los métodos necesarios para optimizar la formación de todos los residentes de COT.

¿Qué propuestas concretas va a fomentar la SECOT para mejorar la formación de los MIR en COT?

R.- Una de las más importantes novedades de la actual Junta Directiva es la creación de una vocalía específica para la Formación Especializada de los MIR de COT y que ha sido encargada a Joan Nardi.

Nardi ha conseguido desarrollar en Cataluña un programa teórico-práctico de gran éxito y aceptación por todos los residentes que se están formando en los Hospitales catalanes. Basándome en su éxito, le he pedido que diseñe un programa que pueda ser implantado en el resto de las comunidades autonómicas, para ello se le ha concedido toda la autoridad



*Dr. Francisco Játiva Silvestre
Presidente de la SECOT*

en este tema, llegando incluso a proponerle como vocal SECOT en la Comisión Nacional de la Especialidad. Por sí sola la SECOT, lógicamente, no puede asumir las responsabilidades de cada una de las Autonomías y por ello ha interesado a las SOCIEDADES CIENTÍFICAS AUTONÓMICAS en este proyecto. Nuestro actual Presidente SANZ HOSPITAL fue recientemente convocado a una reunión con el resto de presidentes autonómicos y conoce perfectamente el proyecto.

Se piensa que en el futuro va a existir un déficit de especialistas en COT, de cara a la apertura de siete hospitales en la Comunidad Autónoma de Madrid. ¿Qué medidas propone la SECOT para paliar este déficit?

R.- Es cierto que se piensa que puede darse en un futuro muy próximo un déficit de especialistas. Así lo reconoce el Libro Blanco de la SECOT sobre la COT en España, así lo creemos aquellos que adivinamos nuestra jubilación en el horizonte y así lo parece indicar el teórico incremento de plazas de los Servicios de COT que se crearían en los nuevos hospitales de la Comunidad. Sin embargo, no todo el mundo está de acuerdo en esas premisas. Tengo sobre mi mesa de despacho un documentado informe de un prestigioso compañero, Jefe de uno de los Servicios de COT de la Comunidad, que dice todo lo contrario, en abierta crítica del referido Libro Blanco. Según sus datos en España se supone que hay un cirujano ortopédico por cada 5.500 habitantes, en clara disparidad con los números de países como Inglaterra y Francia. La diferencia la achaca a la inadecuada racionalización de la jornada laboral de los cirujanos ortopédicos españoles y que su trabajo fuera adecuadamente distribuido sólo se requeriría un traumatólogo por cada 12.500 habitantes y ello supondría que no hay déficit ni cabe esperarlo en el futuro.

¿Está la SECOT capacitada para proponer medidas en este tema? Ninguno de los objetivos de la SECOT contempla esta posibilidad. Claro que nos gustaría y nos implicaríamos en la reorganización de la actividad asistencia, docente e investigadora de nuestra especialidad, si se nos pidiese opinión y anuencia por parte de la Administración Sanitaria.

¿Se debe ampliar el número de residentes que se forman en los hospitales?

R.- Actualmente se forman en los hospitales de la Comunidad de Madrid un total de 32 residentes por año, lo que supone un total de 160 médicos en formación en nuestros hospitales con capacitación docente. La gran pregunta es si van a ser suficientes para cubrir las necesidades de futuro y la pequeña pregunta es si se requiere ese incremento para compensar la disminución de médicos de plantilla. A ninguna de las dos preguntas sé contestar. Si se desea ampliar el número de residentes para cubrir puestos de trabajo no me gustaría que se diese esa ampliación. Si no conseguimos que todos tengan una amplia y adecuada formación, ¿para qué más especialistas? Pero si nuestra especialidad sigue avanzando y creando nuevas subespecialidades, nuevas técnicas y nuevas necesidades asistenciales, docentes e investigadoras, puede que sea muy posible que se necesiten más especialistas formados en conceptos generales de la especialidad y más especialistas técnicos en procedimientos o en subespecialidades cada vez más importantes y más apartadas de los conceptos generales de la especialidad, como pueden ser la Cirugía de la Columna o la Ortopedia Infantil.

¿Qué medidas concretas propondría la SECOT para mejorar la labor de los profesionales?

R.- Como todas las sociedades científicas, la SECOT sólo puede potenciar el desarrollo de sus objetivos y fines estatutarios, todos ellos de carácter científico, y así podrá favorecer las medidas (Congresos, Publicaciones, Cursos, etc) que permitan acreditar a los especialistas su Formación Continuada. O podría luchar por la dignificación de la profesión médica e ir de la especialidad, por el reconocimiento social de nuestros especialistas. Luchar por conseguir una mejor calidad en el desempeño de nuestro trabajo, obteniendo mayores recursos y reduciendo la presión asistencial, permitiendo así una mayor dedicación a la docencia e investigación de nuestros socios. Sería ideal poder volver a ser influyentes en las decisiones sobre temas sanitarios que nos competen; sería estupendo poder influir en el equilibrio de la oferta laboral, conociendo y proponiendo incremento o disminución del número de especialistas en formación; sería una utopía conseguir que la Administración se implique en el mantenimiento del alto nivel de cualificación de nuestros especialistas, asumiendo sus responsabilidades en la Formación Continuada de sus empleados médicos.

Y en la Medicina Privada, ¿va la SECOT a negociar con las compañías de seguro médico unos baremos actualizados para la especialidad de COT?

R.- La SECOT como sociedad científica no tiene ninguna posibilidad de ser admitida por las referidas compañías para negociar y menos para “discutir” sobre los baremos de los especialistas de COT que trabajan para ellos. Posiblemente porque saben que un 47% de los traumatólogos españoles trabajan para ellos y que podrían sustituirlos por parte de los 53% que todavía no trabajan para ellos, pero estarían encantados de hacerlo.

La SECOT lo único que puede hacer es promocionar la constitución de una Asociación Profesional independiente y libre. Ya lo hemos hecho. Hace años se aprobó en la Asamblea SECOT la constitución de dicha Asociación. La Administración impidió legalmente su desarrollo y la Administración ha dado una nueva ley que nos permite crearla. En la próxi-

Personajes

ma Asamblea se expondrán los trabajos que esta Junta ha realizado, que no son otros que elaborar los actuales estatutos y poner los medios para que los traumatólogos que estén interesados se afilien a dicha Asociación. La SECOT puede promocionarla, pero no acogerla en su seno.

¿Cómo son las relaciones con las Sociedades Autonómicas?

R.- Son excelentes. La SECOT ha participado en los actos conmemorativos del 50 Aniversario de la Sociedad Andaluza y en el 75 de la catalana. Hay que decir que en ambos casos hemos recibido un trato cariñoso y distinguido, consiguiendo estrechar unas magníficas relaciones.

En otro sentido, hemos convocado a los Presidentes de las SS. AA para interesarles en el proyecto docente que dirige Joan Nardi y de las catorce Sociedades Autonómicas acudieron a la reunión doce representantes, la mayoría de ellos, sus propios Presidentes. Está reunión ha marcado un hito al ser una verdadera cumbre de responsables societarios de nuestra especialidad y al apreciarse una estupenda predisposición a trabajar y a elaborar proyectos en común, por lo que tenemos buenos augurios en estas relaciones.

Finalmente, ¿cómo ve el futuro de la SECOT?

R.- El futuro de la SECOT dependerá del interés que pongan sus socios en impulsarla y prestigiarla, pero en especial dependerá de que la SECOT consiga ser el vehículo que conduzca y controle la Formación Especializada de nuestros médicos residentes y la Formación Continuada de nuestros Especialistas. Cuando en el futuro, parece ser que no muy lejano, se nos exija una evaluación que demuestre que tanto los residentes como los especialistas estamos cualificados para desempeñar nuestra profesión, tendrá que ser la SECOT la que demuestre estar preparada para asumir la responsabilidad de emitir y controlar sus acreditaciones. Tendrá que estar presente en los puntos de decisión y deberá demostrar que está capacitada para asegurar la suficiencia científica de sus miembros, favoreciendo las convocatorias de Congresos y Cursos; la edición de Publicaciones; consiguiendo el reconocimiento del Index para nuestra Revista; otorgando el patrocinio para reuniones científicas; estimulando el desarrollo de los Grupos de Estudio en el seno de la SECOT y defendiendo la calidad de la formación teórico-práctica de nuestros Médicos Residentes.

ESTE BOLETÍN HA SIDO PATROCINADO POR:



DISTRIBUIDOR OFICIAL DE PRODUCTOS HOSPITALARIOS:



ARTROSCOPIA Y
MOTORES QUIRÚRGICOS



CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA



CIRUGÍA DE COLUMNA

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

ARTROENDOSCOPIA SIN CABLES ARTROENDOSCOPIA DE TERCERA GENERACIÓN. INNOVACIÓN

Autores: PEDRO GUILLÉN GARCÍA*; ANTONIO LÓPEZ HIDALGO**; MARTA GUILLÉN VICENTE*; JESÚS LÓPEZ HIDALGO**; MIGUEL A. LÓPEZ HIDALGO**; ISABEL GUILLÉN VICENTE*

Centro: * Departamento de Traumatología y Ortopedia Clínica CEMTRO. Madrid, ** Departamento de Ingeniería de Clínica CEMTRO. Madrid

INTRODUCCION A LA INNOVACIÓN.

En el año 2004 se consideraba que el 30% de las cirugías se realizaban por endo y artroscopia y se comenta que para el 2015 el 90% de las cirugías se realizaran por técnicas mínimamente invasivas o artro-endoscópicas. Así que cualquier innovación en este campo, como el que presentamos será bien recibido. Se realizan más de dos millones de artroscopias al año y otro tanto de endoscopias.

En los años 70 la visión del interior de la articulación se hacía con visión directa a través de la lente que era alimentada con fuente y cable luz fría. Había una óptica de enseñanza para hacer fotos y mirar el colaborador (**Artroscopia de primera generación**).

En los 80 aparecen las cámaras artroscópicas que sacaban la imagen del interior de la articulación a una pantalla, tras adaptarse perfectamente a la lente. Este segundo paso en la artroscopia precisa de dos cables que cruzan el campo quirúrgico y que exigen ser desinfectados. Por tanto son fuentes de contaminación o infección (**Artroscopia de segunda generación**).

Con la innovación que presentamos y en la que no se precisan cables, la lente lleva adosada un dispositivo ó cápsula de energía de unos milímetros a 6-8 cm, con la cual podemos rotar la lente. Energía graduable de 2 a 8 horas y pueden ser desechables. Además la cámara artroscópica tampoco precisa cable y tiene un teclado control para encender el monitor u ordenador y realizar fotos, videos que se pueden archivar en la historia clínica. Al desaparecer los cables, -dos- que precisan ser desinfectados disminuyen el número de contaminaciones-infecciones y además hace la técnica más fácil al cirujano y el paciente sufre menos, pues de aquí a realizar las artro-endoscopias en la consulta -office- solo queda un paso.

En la revisión de la literatura médica desde 1988 hasta 2005, se muestran distintos porcentajes de infección en la cirugía artroscópica, que varían desde el 0.4 al 2.0% siendo esta cifra mayor en hombro que en rodilla. En resumen:

- Menos infecciones/contaminaciones.
- Técnica más fácil.
- Paciente sufre menos.

(Tercera generación de la artro-endoscopia).

Después de realizar miles de artroscopias y disfrutar mientras las practicábamos, concebimos esta innovación. Esta innovación artroscópica la hemos realizado en fantasmas -talleres de artroscopia- y cadáveres y ha demostrado ser muy útil, fácil, segura y con ella empezamos además la artro-endoscopia en la consulta médica -office arthroscopy- con las enormes ventajas que esto supone (agilizar la cirugía, menor coste económico y menor sufrimiento del paciente)



Cámara inalámbrica con foco, lente convencional y cápsulas de energía de mayor o menor tamaño que depende de intensidad de luz y de duración de la batería.

DESCRIPCIÓN DE LA INVENCIÓN

- Nuestro sistema de artro-endoscopia consta de:
 - a) una lente convencional a la que se adapta una pequeño dispositivo o cápsula portadora de una pila desechable de 1 a 6 cm de longitud con energía para distinta duración (2-4-6-8 horas), pudiendo ser desechable o no. Esta cápsula genera la luz que puede ser regulada y además sirve para rotar la lente (Figura 1). La cápsula de energía se puede adosar a cualquier dispositivo de luz (luz frontal o fotóforo en Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urología,...)
 - b) una vaina convencional que cubre y protege la lente
 - c) una cámara miniatura de vídeo con antena y mando para encender el monitor y realizar grabaciones o fotografías (Figura 2)
- Nuestro sistema posee las siguientes **ventajas** en relación con las técnicas artro-endoscópicas convencionales:
 - 1) no precisa fuente de luz cableada
 - 2) no precisa cables de luz fría
 - 3) no precisa torre de endoscopia
 - 4) no precisa del cable de la cámara de vídeo conectada a la torre de endoscopia
 - 5) posee menor servidumbre de aparataje y de cables
 - 6) desaparición de los cubos de desinfección para los cables de luz fría
 - 7) menor riesgo de contaminaciones e infecciones por desaparición de los cables que cruzan el campo operatorio

Así, esta innovación pretende facilitar al cirujano su manipulación en quirófano sin renunciar a la calidad de imagen ni a la intensidad de luz y pretende disminuir el tiempo quirúrgico y el número de infecciones.

FRACTURA DE ESTRÉS DE ESCAFOIDES TARSIANO

Autores: Dr Reche Sainz.

Centro: Servicio COT. Hospital Universitario de Getafe.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de escafoides representan menos de un 3% de todas las fracturas del pie. Habitualmente responden bien al tratamiento ortopédico. Las fracturas de estrés son excepcionales representando menos de un 1%. Estas fracturas con frecuencia se ignoran diagnosticándose como una tendinitis del tendón tibial anterior. Aunque es verdad que la mayoría de ellas son de naturaleza benigna y responden a tratamiento ortopédico con resultados satisfactorios, hay un grupo pequeño de ellas, que pasadas inadvertidas y por tanto no tratadas correctamente desde el principio pueden ser origen de dolor residual y limitación funcional.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, jardinero de profesión, sin antecedentes de interés que acude a consulta refiriendo dolor en medio-pie de 2 meses de evolución sin antecedente traumático aparente. A la exploración presenta dolor sobre la zona dorso-medial del pie, sin deformidad ni tumefacción y exploración neurovascular distal normal. Se practica estudio radiológico en 2 proyecciones en bipedestación sin hallarse alteraciones por lo que es diagnosticado de tendinitis del tendón tibial anterior y tratado de forma sintomática, con vendaje elástico, medicación antiinflamatoria y carga según tolerancia durante cuatro semanas.

Ante la persistencia del dolor, se realiza estudio gammagráfico que informa de la existencia de una fractura de estrés de escafoides. Ante los hallazgos, se inmoviliza con férula posterior y descarga durante 6 semanas, realizándose un control radiológico a los dos meses de la lesión donde aparece un línea de fractura en tercio medio de escafoides de trazo vertical no desplazada sin signos de consolidación por lo que se decide mantener la inmovilización sin permitir la carga durante dos semanas mas. A las ocho semanas se retira inmovilización, persistiendo dolor en dorso de escafoides e idéntica imagen radiológica. El paciente sigue durante 4 semanas mas en descarga, realizándose programa de rehabilitación que incluye, campos electromagnéticos.



Fig 1: radiografía a los dos meses donde aparece línea de fractura.

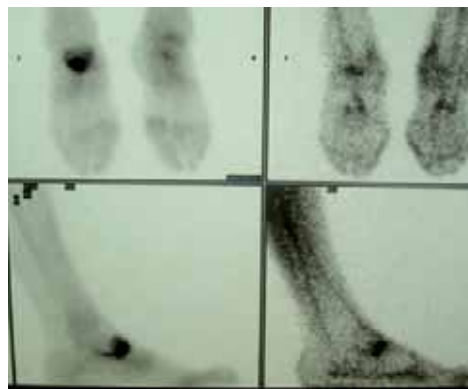


Fig 2: estudio de gammagrafía donde se observa una hipercaptación a nivel de escafoides.

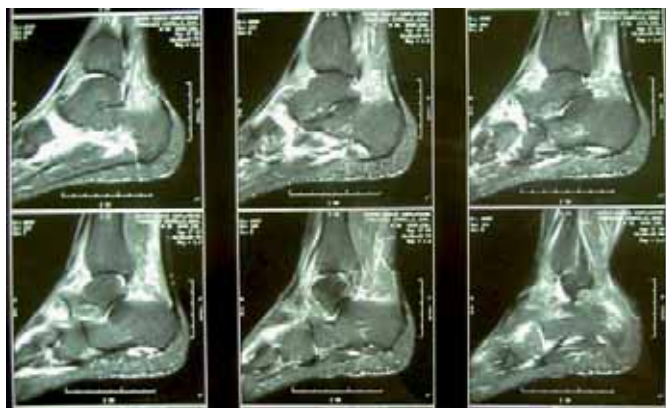




Fig 3.y 4.: RM que muestra imágenes de necrosis del escafoides con afectación de la articulación astragaloescafoidea.

Ante la mala evolución clínica se realiza una resonancia magnética que informa de necrosis avascular de escafoides con artrosis astrágaloescafoidea. Se decide realizar una artrodesis de articulación astrágaloescafoidea con autoinjerto de cresta iliaca y fijación con grapa e inmovilización con férula posterior y descarga durante 6 semanas consiguiéndose la artrodesis en buena posición.

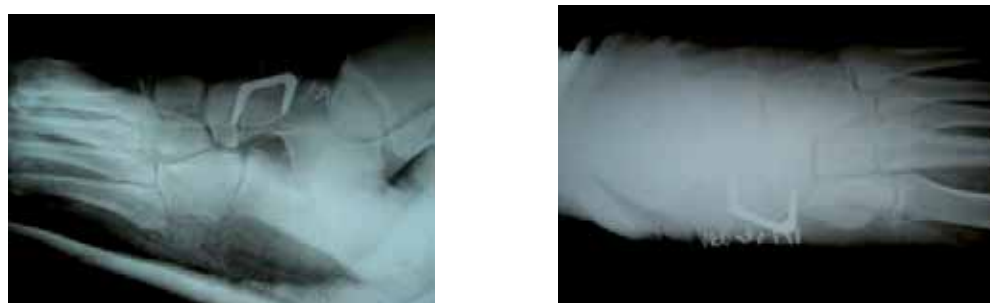


Fig 5. Radiografías postoperatorias de la artrodesis con autoinjerto de cresta iliaca de articulación astragaloescafoidea.



Fig 7 y 8: TAC a los 4 meses de la cirugía que muestra la artrodesis consolidada.

En la actualidad, el paciente presenta una puntuación de 90 en la escala AOFAS y se encuentra incorporado a su puesto de trabajo habitual.

DISCUSIÓN:

Las fracturas de escafoides tarsiano pasan inadvertidas en un tercio de los casos. Cuando existe un antecedente traumático, bien directo o indirecto (en el contexto de un esguince de tobillo por ejemplo) el diagnóstico es relativamente sencillo ya que las proyecciones radiológicas de rutina son concluyentes. En general, el tratamiento de las mismas es ortopédico, excepto en aquellas desplazadas que comprometan la longitud de arco medial del pie o que afecten a la articulación astrágaloescafoidea donde el tratamiento debe ser invariablemente quirúrgico con osteosíntesis e injerto de hueso.

Las fracturas de estrés constituyen menos de un 1% del total de fracturas de escafoides. Deben sospecharse ante la presencia de dolor en dorso del pie de larga evolución una vez excluidas otras entidades de origen tendinoso (tendinitis tibiales), nervioso (síndrome tunel tarsiano), óseo (salientes óseos o "gibbus tarsi" en el tubérculo de escafoides) o de naturaleza isquémico como la enfermedad de Kohler en niños.

En nuestro caso, el paciente fue diagnosticado de una tendinitis del tibial anterior no inmovilizándola y permitiéndose la carga circunstancia que ha contribuido sin duda a la mala evolución del proceso. La bibliografía, aunque poco prolija por la escasa incidencia de este tipo de fracturas, coincide en señalar que diagnosticadas precozmente se consigue un resultado satisfactorio con tratamiento ortopédico. Desgraciadamente, como ocurre en la mayoría de fracturas de estrés la lesión pasa inadvertida. Una de las complicaciones es la necrosis avascular, que como en éste caso, requiere de la realización de una artrodesis astragaloescafoidea, generalmente con buen resultado funcional.

DOLOR INGUINAL IZQUIERDO DE 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN.

Autores: Pérez Muñoz, Israel; Asensio Villanueva, M^a Ángeles*; González-Onandía López, P; Murillo Vizuite, D; Guijarro Galiano, JM.

Centro: Servicio de COT del hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid). *Medicina de familia y comunitaria. Área 9 de salud de la CAM. Hospital Severo Ochoa.

MOTIVO DE INGRESO.

Mujer de 83 años que ingresa desde el servicio de urgencias tras consultar por dolor en región inguinal inferior izquierda, y con diagnóstico de lesión osteolítica en fémur proximal izquierdo a estudio.

ANTECEDENTES PREVIOS.

Alergia a beta-lactámicos.
Diabetes mellitas tipo II en tratamiento con insulina.
Situación basal: independiente para las actividades de la vida diaria.

ENFERMEDAD ACTUAL

Dolor inguinal de 6 semanas de evolución antes del ingreso. La paciente había acudido dos semanas antes a urgencias con el mismo dolor en zona inguinal izquierda, de intensidad progresiva, siendo diagnosticada de trocanteritis. Rx: informada sin hallazgos (fig. 1). El día del ingreso la paciente había dejado de deambular ya que el dolor se lo impedía.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Constantes normales. Afebril. Dolor en ingle izquierda que impide la marcha, bloqueando cualquier intento de exploración de la cadera izquierda. No se palpan masas ni adenopatías en ambas ingles.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- Rx al ingreso (fig 2): lesión lítica, permeativa, sin reacción esclerosa ni perióstica, con importante atenuación de la cortical a nivel de trocánter menor izquierdo. No se observa masa de partes blandas.
- Pruebas analíticas.
 - Hemograma y bioquímica: normales.
 - Marcadores tumorales: normales.
 - Descenso en los niveles de albúmina (3g/dl).
 - TSH 7,9 mcu/ml y T4 libre de 1,6ng/dl.
 - Cuantificación de inmunoglobulinas con valores normales.
- Angio-TC de tórax.
 - Se observan 3 nódulos de 1 cm en base pulmonar derecha inespecíficos.
 - No adenopatías.
 - Bocio endotorácico con desplazamiento traqueal hacia la derecha.
- Ecografía tiroidea.
 - Bocio.
 - Nódulo de 5,2 cms de diámetro (la paciente rechaza PAAF)
 - No se evidencian adenopatías.
- Gammagrafía ósea ⁹⁹Tc (fig 3).
 - Depósito patológico en tercio proximal de fémur izquierdo y cuarto arco costal izquierdo cercano a la unión costo-vertebral.



Fig. 1



Fig. 2

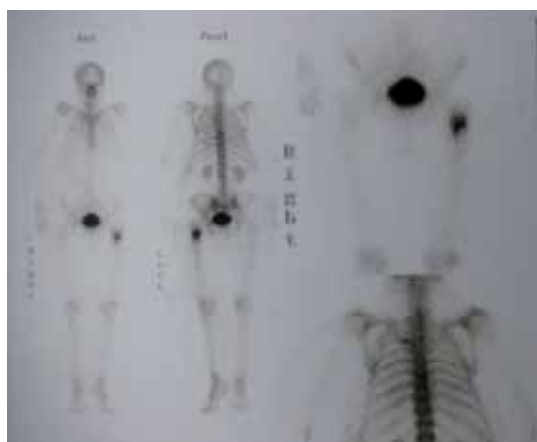


Fig. 3

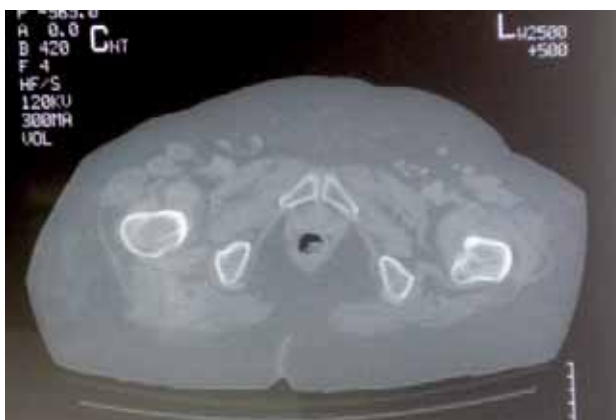


Fig. 4

- TC tórax, abdomen y pelvis (fig 4).
 - Masa paratraqueal izquierda de 5 por 3 cms dependiente del lóbulo tiroideo que comprime y desplaza la tráquea hacia la izquierda.
 - Imágenes en segmento IVa y VII del hígado 1,5 cms de diámetro de carácter inespecífico.
 - No evidencias de masas ni adenopatías.
 - Lesión metafiso-diafisaria en trocánter menor de fémur izquierdo con irregularidad cortical y masa de partes blandas asociada.
- RM (fig 5).
 - Lesión agresiva en fémur proximal izquierdo con masa de partes blandas.
 - Descartar metástasis y mieloma como primeras posibilidades.



Fig. 5

EVOLUCIÓN:

Ante la negativa de la paciente para realizarse biopsia del nódulo tiroideo y ante el elevado riesgo de fractura patológica se realiza enclavado profiláctico mediante PFN (fig 6) no fresado, de 340 por 10 mms y bloqueo distal dinámico. Durante la introducción del clavo se produce fractura patológica.

La toma de muestra del tejido tumoral se remite a anatomía patológica, que confirma diagnóstico de hueso infiltrado por linfoma B de alto grado de célula grande/mediana CD 20+ (el patrón inmunohistoquímico y la clínica sugieren descartar linfoma mediastínico de células B).

Tras el diagnóstico anatomopatológico, y para completar el estadiaje se realiza gammagrafía con ⁶⁷Galio (fig 7) que nos muestra captación patológica en fémur proximal I y en mediastino superior. La paciente rehúsa realizarse PAAF del timo.



Fig. 6

Fig. 7



DIAGNÓSTICO:

Linfoma B alto grado, con posible origen tímico.

TRATAMIENTO:

Según el estadiaje de Ann Arbor, y debido a que sólo presenta una afectación nodal y extranodal, no entra en la definición de ninguno de sus estadios, por lo que iniciamos su tratamiento como linfoma óseo primario con protocolo R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona) por parte de hematología. Seguidamente se tiene pauta de la radioterapia local sobre la lesión. Al alta, la paciente se fue deambulando con andador. El dolor se controla con MST pautado 40 mgs/12 horas, con Sevredol de rescate.

DISCUSIÓN:

El linfoma óseo primario es poco común, representando alrededor del 5% de los tumores óseos primarios y de las presentaciones extranodales. Como consecuencia de la rareza de esta patología, apenas se han llevado a cabo estudios randomizados prospectivos que nos permitan disponer de una guía de actuación.

Tiene un pico de edad de presentación en la 5ª década, aunque puede presentarse a cualquier edad. La región esquelética más frecuentemente afectada es la pelvis, seguida de los huesos largos (fémur, húmero y tibia por este orden). La afectación es sobre todo metafiso-diafisaria, y en torno a un 20% de los casos se afectan huesos adyacentes. La forma de presentación clínica más frecuente es el dolor de tipo inflamatorio, de tiempo medio o largo de evolución. Pueden aparecer síntomas B, fracturas patológicas y masa de partes blandas.

Es obligatorio realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores óseos ya que tiene posibilidad de remisión completa de la enfermedad. El diagnóstico histológico se realiza de forma percutánea (tru-cut) o biopsia. La entidad más frecuente de presentación es como Linfoma B difuso de células grandes. Se ha visto que el grado histológico no es factor pronóstico. Para completar el diagnóstico y el estudio de extensión estándar de tumor óseo (que incluye: Rx, TC torazo-abdomino-pélvico, RM de la región involucrada y gammagrafía con ⁹⁹Tc), se realiza una gammagrafía con ⁶⁷Ga (nos va a mostrar un incremento de la captación del radio-trazador en zonas de afectación linfomatosa con sensibilidad y especificidad en torno al 90% para esta patología), a lo que también se puede añadir una TEP.

La estadificación se lleva a cabo de acuerdo con la clasificación de Ann Arbor (Fig 8). Los actuales planes de tratamiento están basados en una modalidad combinada consistente en: 3 a 6 ciclos de quimioterapia CHOP/CHOP-like, añadiendo R al tratamiento si presenta el marcador CD 20 (ya que se ha observado que existe una respuesta del sistema inmunológico en pacientes con estas características) y radioterapia sobre la lesión con 40 Gy de dosis. La intervención quirúrgica se reserva para biopsia y tratamiento o prevención de fracturas patológicas.

Stage I	Single node region
I E	Localized single extralymphatic organ/site
Stage II	Two or more node regions, same side of diaphragm
II E	Localized single extralymphatic organ/site with its regional nodes, ± other node regions same side of diaphragm
Stage III	Node regions both sides of diaphragm
III E	+ localized single extralymphatic organ/site
Stage IV	Diffuse involvement extralymphatic organ(s) ± regional nodes Isolated extralymphatic organ and non-regional nodes

En lo relativo al pronóstico, hay un trabajo prospectivo, Miller et al, en donde se recoge una tasa de supervivencia libre de enfermedad, con 5 años de seguimiento y $p=0,03$, del 77% en pacientes tratados con modalidad combinada. Factores pronóstico favorables son: la edad por debajo de 40 años, afectación monostótica (estadiaje), y aquellos que reciben terapia combinada de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Campanacci, M. Bone and soft tissue tumors. Piccin Nuova Libreria / Springer-Verlag Wien. 2ª ed, 1999.
2. Horsman JN et al. Primary bone lymphoma: a retrospective analysis. International journal of oncology 2006; 28 (6): 1571-1575.
3. Miquez Sanchez C et al. Primary bone lymphoma. clinical and translational oncology 2005; 8 (3): 221-224.
4. Pacholke H. et al. Primary bone lymphoma. UpToDate, August 2006; version 15.1: 1-6.
5. Roodman GD. Mechanisms of bone metastases. UpToDate, November 2006; version 15.1.

IN MEMORIAM DR. FERRER TORRELLES

Dr. F. Castillo Benítez-Cano

El pasado día 21 de Marzo falleció en Madrid, en la Fundación Jiménez Díaz, donde siempre desarrolló su trabajo asistencial y docente, Miguel Ferrer Torrelles, rodeado por su familia y compañeros, discípulos y amigos.

Víctima de una rápida y mortal enfermedad, que no le impidió seguir activo hasta el último momento, desaparece con él una figura relevante en la Cirugía Ortopédica de nuestro país, que ha sido – y seguirá siendo- referencia obligada y recuerdo permanente para los que tuvimos la fortuna de formarnos y trabajar a su lado y para los que supuso una orientación en muchos aspectos profesionales y personales, al transmitir con su ejemplo una forma tan especial de comportamiento tanto individual como profesional, que define la trayectoria de muchos de nosotros, a manera de continuidad en el tiempo de su propia obra, que de esta manera perdurará hasta volverse intemporal.

Formado inicialmente en la vieja Escuela de D. Vicente Sanchis-Olmos, pronto se vincula al Instituto que D. Carlos Jiménez Díaz está creando, embrión de la futura Fundación, y dedica sus primeros trabajos y publicaciones a los tumores óseos, motivo de interés a lo largo de su vida profesional, así como a determinados aspectos de la traumatología, apareciendo ya un primer libro y algunas publicaciones relacionadas.

Muy pronto, y apoyado por D. Carlos Jiménez Díaz, se traslada a los Estados Unidos, donde realiza su periodo de formación como residente en Cirugía Ortopédica en Cleveland, trabajando durante toda su residencia bajo la dirección del Dr. Herndon, al que siempre le unió una respetuosa amistad. Durante estos años, aprende técnicas y procedimientos que luego traería a España, siendo discípulo directo de personalidades de la cirugía ortopédica norteamericana, tales como, Moore, MacElroy, Moe, Winter, Sarmiento; y compañero de muchos otros como Dean McEwen, Bradford, Ignacio Ponseti, Tachdjian, Westin, Salvati, Cabanela, Ogden, etc, todos referentes importantes en la cirugía ortopédica universal, y con los que compartió publicaciones y foros científicos, tanto nacionales como internacionales.

De vuelta a España, desarrolló su actividad profesional en la Fundación Jiménez Díaz como Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica Infantil, organizando muy pronto cursos anuales de formación donde además de presentar los métodos de tratamientos y resultados obtenidos en el Servicio, se contrastaban y discutían con diversas personalidades de la especialidad. Así se desarrollan los primeros trabajos en el tratamiento de la escoliosis, se coloca el primer corsé de Risser en España, se implantan las primeras instrumentaciones de columna (vástagos de Harrington), se sistematiza el estudio y tratamiento de la luxación congénita de la cadera, de la enfermedad de Perthes y un largo etcétera referido a diferentes aspectos de la especialidad, consiguiendo quizás lo más difícil, y lo que más define la sabiduría de un individuo: la capacidad de transmitir el “Conocimiento” a los demás.

El Servicio que dirigió se convirtió en un centro de reunión periódica de personalidades europeas, que compartían experiencias y resultados, con figuras de los EEUU y con otras personalidades nacionales representativas de la cirugía ortopédica española. De aquí surgieron muchos compañeros que hoy ejercen tanto en nuestro país como en el extranjero, con unos criterios básicos aprendidos en el curso de estos años compartidos con él.

En paralelo, con esta dedicación profesional que ocupaba prácticamente todo su tiempo, cultivó y desarrolló aficiones culturales que le convirtieron en un lector incansable, estando interesado en la pintura, que manejó con destreza, trasladando y uniendo su conocimiento del ejercicio profesional a otros aspectos relacionados con el arte, que le permitió integrar y plasmar en amenas conferencias, problemas de la especialidad, identificados en la obra de artistas clásicos.

Necrológica

Tratar en suma de recordar algunos rasgos de la fuerte personalidad del maestro y amigo, hace que esta pequeña reseña, se convierta en un duro esfuerzo por sujetar emociones contenidas, que el repaso de tantos años compartidos puede despertar.

Nuestra comunidad de cirujanos ortopédicos pierde uno de los puntales señeros de la especialidad y la sociedad en la que convivimos, uno de los miembros que con más generosidad se dio a los demás, pacientes, amigos y familia, sin recortar esfuerzos. Desde estas líneas nos sumamos al sentir de su esposa Margot y sus hijos, especialmente al mayor de ellos – Tono – compañero y amigo con el que compartimos tantos años de trabajo en el Servicio que su padre fundó y que continuará manteniendo vivo su apellido, ligado a la Cirugía Ortopédica.

Su recuerdo siempre estará entre nosotros.



UN NUEVO SERVICIO DE CIRUGÍA EN LA C.A.M.

Coincidiendo con la terminación de las obras de remodelación del Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid, que afecta tanto al nuevo espacio físico como a la reorganización interna se ha creado un nuevo Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En el año 1999 se creó una Unidad de Traumatología con el objetivo de servir de apoyo a otros Hospitales del entonces INSALUD. Esta Unidad ha crecido con el tiempo y actualmente está compuesta por 8 Cirujanos Ortopédicos, 2 Médicos Rehabilitadores y 1 Médico Reumatólogo. Durante estos años se ha intervenido a más de 8.000 pacientes.

El día 27 de Marzo de 2007 se resolvió el nombramiento de Jefe de Servicio de C. O. T. según lo dispuesto en la convocatoria de 17 de Enero de 2007, y en virtud de lo establecido en la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, a favor del Dr. Rafael Llopis Miró, hasta ahora Jefe de la Unidad del Aparato Locomotor del Hospital Universitario Santa Cristina.



Gran Cruz de la Sanidad Madrileña al profesor **D. José Palacios Carvajal**, en reconocimiento a su extraordinaria contribución al avance en el terreno de la Traumatología, destacando la incorporación de la técnica de la magnetoterapia que tanto éxito ha producido en el ámbito de las fracturas con problemas de artrosis.

XVIII Congreso de la Sociedad Maritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología SO.MA.COT

19 – 20 Octubre 2007

EUROFORUM San Lorenzo de El Escorial – Madrid

Viernes, 19 de Octubre de 2007

08.55-09.00 Inauguración Congreso

09.00-11.00 1ª Mesa Redonda
FRACTURAS DEL HÚMERO

Presidente: F. Marco Martínez

Moderador: F. López Oliva

09.00-09.15 *Tratamiento conservador de las fracturas del tercio proximal del húmero*
E.C. Rodríguez Merchán

09.15-09.30 *Tratamiento quirúrgico de las fracturas del tercio proximal del húmero con Prótesis*
M. Noriega Bastos

09.30-09.45 *Tratamiento quirúrgico de las fracturas del tercio proximal de húmero con Osteosíntesis*
A. Capel Agundez

09.45-10.00 *Tratamiento de las fracturas diafisarias de húmero*
A. Ibarzabal

10.00-10.15 *Tratamiento de las fracturas de la extremidad distal del húmero*
J.A. Almodóvar

10.15-10.30 *Errores y complicaciones de la cirugía en fracturas de extremidad proximal de húmero*
J. Ferrer Olmedo

10.30-11.00 Discusión

11.00-11.30 Pausa-Café

11.45-13.00 TALLER “FRACTURAS DEL HÚMERO”
(Máximo 12 personas)

11.30-13.00 2ª Mesa Redonda
COMUNICACIONES LIBRES

Presidente: M. Núñez Samper

Moderador: J.M. Guijarro Galiano

13.00-14.00 ASAMBLEA SO.MA.C.O.T.

14.00-15.30 Comida de trabajo

16.00-18.00 3ª Mesa Redonda
FRACTURAS PELVIS Y ACETABULO

Presidente: A. Fernández Domingo

Moderador: P. Caba Dessoux

Primera parte: Pelvis

16.00-16.15 *Protocolo de actuación en politraumatizados con fracturas de pelvis*
J.L. León Baltasar

- 16.15-16.30 *Indicaciones y opciones de tratamiento en las lesiones anteriores del anillo pélvico*
J.M. Muñoz Vives
- 16.30-16.45 *Indicaciones y opciones de tratamiento en las lesiones posteriores del anillo pélvico*
J.M. Muñoz Vives
- 16.45-17.00 *Indicaciones y opciones de tratamiento de las secuelas de fracturas de pelvis*
P. Cano Luis

Segunda Parte: Cotilo

- 17.00-17.15 *Vías de abordaje e indicaciones terapéuticas en las fracturas de cotilo*
R. Zarzoso Sánchez
- 17.15-17.30 *Fracturas asociadas de pelvis y cotilo. Pautas de tratamiento*
P. Cano Luis

Tercera Parte

- 17.30-18.00 *Presentación de casos clínicos y Discusión*

Pausa-Café

- 18.00-20.00 **TALLER DE FX PELVIS Y ACETABULO**
(Máximo 12 personas)
- 18.20-19.50 **Sesión Monográfica**
DOLOR EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
Moderador: F. Gómez-Castresana Bachiller
- 18.20-18.40 *Dolor Crónico*
- 18.40-19.00 *Dolor Neuropático*
- 19.00-19.20 *Dolor Agudo postoperatorio*
- 19.20-19.40 *Discusión*
- 21.30 *Cena Congressistas*

Sábado, 20 de Octubre de 2007

- 09.00-10.30 4ª Mesa Redonda**
ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
Presidente: L. Alcocer Pérez-España
Moderador: J. Vilá y Rico
- 09.00-9.05 *Presentación de la mesa*
- 09.05-09.15 *Métodos de fijación*
J.D. Ayala Mejias
- 09.15-09.25 *Plastias HTH*
E. Iglesias Durán
- 09.25-09.35 *Uso de tendones de la pata de ganso*
C. Martín López
- 09.35-09.45 *Aloinjertos*
C. Martí López-Amor

- 09.45-09.55 *Técnica de doble túnel*
J. Tena Arregui
- 09.55-10.05 *Cirugía de revisión*
A. Estévez Ruiz de Castañeda
- 10.05-10.30 *Discusión y presentación de casos clínicos*
- 10.30-11.00 Pausa Café
- 11.00-12.00 5ª Mesa Redonda**
MESA DE RESIDENTES DOS TEMAS DE CONTROVERSIA
Presidente: J. Sanz Hospital
Moderador: L.F. Llanos Alcázar
- 11.00-11.10 *Tratamiento ortopédico de las fracturas de la extremidad distal del radio*
I. Naira Borrajo
- 11.10-11.20 *Tratamiento quirúrgico de las fracturas de la extremidad distal del radio*
R. García Bógalo
- 11.20-11.30 *Discusión*
- 11.30-11.40 *Fracturas del macizo trocantereo.*
Osteosíntesis con Placa
J. Payo Rodríguez
- 11.40-11.50 *Fracturas del macizo trocantereo.*
Osteosíntesis con Clavo
D. Saez Martínez
- 11.50-12.00 *Discusión*
- 12.00-13.00 6ª Mesa Redonda**
MESA DE TUTORES DE RESIDENTES
Presidente: L. Ferrandez Portal
Moderador: J. Vaquero Martín
- Participantes: J. Martínez Miranda
Tutor H.U. la Paz
C. Ramírez Feito
Tutor H.U. Puerta de Hierro
R. Laguna Aranda
Tutor H.G.U. Gregorio Marañón
E. Galeote Rodríguez
Tutor: H. Clínico San Carlos
M.A. Ruiz Ibán
Tutor H.U. Ramón y Cajal
J. Cano Egea
Tutor H.U. Doce de Octubre
J.A. Zafra Jiménez
Tutor H.U. Doce de Octubre
- 13.00 Clausura del Congreso
- 13.05-14.00 **Cóctel en el Euroforum**

SESIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA SOMACOT

Hospital Gómez Ulla

Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología

Fecha: 22 de Junio de 2007. Hora: 8:30h.

Moderador: Dr. Francisco González Rodríguez

Se presentarán tres casos clínicos. Cada ponente dispondrá de 20' para la exposición y 10' para un turno de preguntas. Se otorgará un premio de 1.000 € a la mejor comunicación según las bases publicadas en el boletín de la sociedad

Recepción de casos clínicos: Fecha límite de envío, 15 de Junio de 2007.

Se enviará un resumen que no exceda de 200 palabras, en las que figurará el título, autor principal y hospital. El autor principal debe ser miembro de la SOMACOT.

Forma de envío: Correo electrónico a: ignacio.usoz.iraola@gmail.com

El día de la presentación de la sesión, los autores de los casos seleccionados harán entrega de un resumen ampliado sobre el caso con iconografía para su publicación en el boletín de la sociedad.

**XVIII Congreso Anual
SO.MA.C.O.T.**

Sociedad Matritense de Cirugía
Ortopédica y Traumatología

**PREMIOS PARA COMUNICACIONES**

Les recordamos que la SO.MA.C.O.T. otorgará dos premios a las mejores comunicaciones. Es requisito imprescindible que el autor de la comunicación sea miembro de la SOMACOT.

Primer premio 1.200 €

Segundo premio 600 €

PREMIOS Y BECAS SOMACOT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PÁGINA WEB DE LA SO.MA.COT.

www.somacot.org

INFORMACIÓN ÚTIL. VISÍTALA

Junio 2007

Curso AAOS/SECOT: Fractures of the spinal column

June 5-6. Barcelona, Spain

FESSH - Federation of European Societies for Surgery of the Hand.

Athens, Greece

June 27th to 30th 2007 www.fessh2007.com

XXXVII Congreso de la SATO

Granada, junio 28,29 y 30 de 2007

“Fracturas Pélvicas y acetabulares”. «Patología del carpo» .

Palacio de Congresos Teléfono: 954991500 Fax: 954281137

IV Congress of the World Society for Reconstructive Microsurgery

Athens Hilton Hotel

Greece in June 24-26 2007.

Web: <http://www.wsr2007.com>

VI Congreso de la Mutualidad General Deportiva: Nuevas Técnicas en Traumatología Deportiva y Fisioterapia.

21 al 24 de Junio de 2007. Oviedo.

Palacio de Congresos (Auditorio Príncipe Felipe).

E-mail: fundacionmgd@yahoo.es Web: www.fundacionmgd.org/congreso

XVI Congreso Castellano Manchego de COT

Cuenca 21 y 22 de junio de 2007

Web: <http://www.simposia-congresos.com>

CURSO BÁSICO 2007 - Patología del pie y el tobillo en el adulto.

7-9 de junio 2007 - Palacio de la Magdalena, Santander

Secretaría Técnica: Torres Pardo Srta. Asun Marzo

E-mail: asunmarzo@torrespardo.com

Congreso Nacional Sociedad Española de Cirugía de Cadera (SECCA)

Pamplona 14-16 de Junio

Secretaría Técnica: Torres Pardo.

<http://www.facing-bcn.com/secca2007/>

AAOS Course 3111: Cartilage Restoration of the Knee

8-9 June 2007. Rosemont, IL (USA)

<http://www.aaos.org/education/education.asp>

AAOS Course 3112: Minimally Invasive Hip and Knee Arthroplasty: Techniques and Computer Navigation

22-23 June 2007. Rosemont, IL (USA)

<http://www.aaos.org/education/education.asp>

Julio 2007

AAOS Course 3113 : AAOS/ASES Arthroscopic Shoulder: Advanced Techniques

27-28 July 2007

Rosemont, IL (USA)

<http://www.aaos.org/education/education.asp>

Annual Meeting of the Bone Research Society

Aberdeen, UK . July 3rd-5th, 2007

Website: <http://www.brsoc.org.uk>

40th Annual Musculoskeletal Tumour Meeting

Kofu City, Japan, July 12-13, 2007

Email: info@his-brain.co.jp Web: <http://www.yamanashi-orthop.net/joatumor40/>

Agosto 2007

1º Congreso Internacional. SLAOT-SPOT

Sociedad Peruana de Ortopedia y Traumatología.

29 agosto-1 septiembre de 2007. Lima-Perú.

E-mail: Spotperu2004@yahoo.es Web: <http://www.spotperu.org/>

FIFTH SICOT/SIROT ANNUAL INTERNATIONAL CONFERENCE

Marrakech, Morocco, 29 August – 01 September 2007

E-mail: info@marrakech.sicot.org Web: <http://www.sicot.org/>

Agenda

Septiembre 2007

44 congreso nacional de la SECOT.

26 al 28 de septiembre de 2007. Madrid.

Torres Pardo. C/ Diputación, 401- bajos. 08013 -BARCELONA.

Teléfono: 932463566 **Fax:** 932317972

E-mail: torrespardo@torrespardo.com web: [http:// www.secot.es](http://www.secot.es)

3rd UHMWPE Internacional Meeting

Madrid, 13-15 septiembre de 2007

Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

Torres Pardo: Srta. Esther Torres.

Annual Meeting of the British Orthopaedic Association

September 12th-14th, 2007

<http://www.boa.ac.uk>

IC EFORT - Budapest

15-16th September of 2007

Budapest, Hungary

66. Annual Meeting of Swiss Orthopaedic Society (SGO)

September 19th-21st, 2007

<http://www.bbscongress.ch>

26th Annual Meeting of European Bone and Joint Infection Society

20th to 22th September, 2007

Corfu, Greece

<http://www.svoronostravel.gr>

AAOS Course 3132 : Top Orthopaedic Controversies

8 September 2007

New York, NY (USA)

<http://www.aaos.org/education/education.asp>

Octubre 2007

XVIII Congreso Anual SO.MA.C.O.T.

18-20 de Octubre 2007. Euroforum. (El Escorial-Madrid)

Organiza: Servicio COT Hospital 12 de Octubre

www.somacot.org

II World Congress on External Fixation

17 a 19 de octubre. 2007. El Cairo - Egipto

Web: <http://www.externalfixation2007.com/>

7th World Congress of the International Cartilage Repair Society (ICRS)

September 29 – October 02, 2007

Warsaw, Poland: www.cartilage.org

5th International Course on the Hand

21-25 October, 2007

Bodrum, Turkey

e-mail: vitalmed@vitalmedbodrum.com or visit: www.vitalmedbodrum.com

AAOS Course 3116 : Knee Arthroplasty: Uni, Total and Revision Insight, New Techniques - What you Need to Know!

4-6 October 2007

Rosemont, IL (USA)

<http://www.aaos.org/education/education.asp>

Direcciones y teléfonos de interés:

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

Secretaría General. Óscar Álvarez. Tel.: 667 51 79 00

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

Grupo Uriach
Uriach Pharma