Noticias SO.MA.C.O.T.
www.somacot.org
Marzo 2008
25 Número
Boletín Informativo de la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Director: M.A. Plasencia Arriba

S U M A R I O

1. EDITORIAL: Dr. Sanz Hospital (PRESIDENTE DE LA SOMACOT)

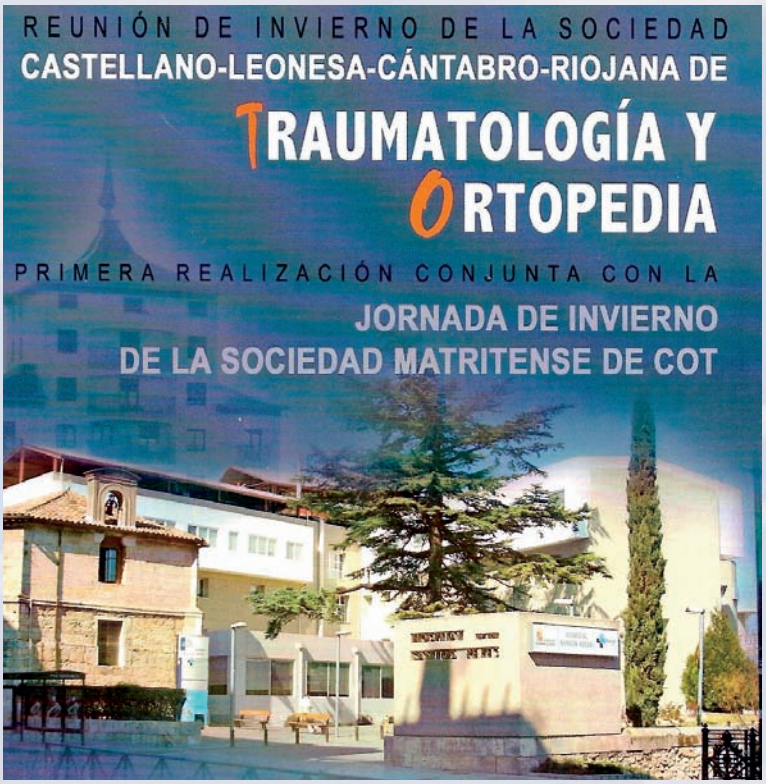
2. ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA SOMACOT 2007

3. EXPERIENCIAS SOMACOT: ESTANCIAS de los Drs.: Olaya González y Pérez Muñoz en la Clínica Mayo de Rochester (USA).

4. CASOS CLÍNICOS: SESIÓN CLINICA INTERHOSPITALARIA HOSPITAL LA FRATERNIDAD (MADRID)

5. NOTICIAS SOMACOT

6. AGENDA



Editorial

Escribo este informe a la vuelta de la Jornada de Invierno que como sabéis hemos celebrado en Aranda de Duero el día 8 de Marzo, cumpliendo uno de los objetivos que me fijé al acceder a la Presidencia de la SOMACOT, que era el fomentar las relaciones con las Sociedades Científicas vecinas. Contactamos con el Dr. García Alonso Presidente de la Sociedad Castellano Leonesa, que estuvo encantado con nuestra propuesta y nos puso en contacto con el Dr. Álvarez, Jefe de Servicio del Hospital de los Santos Reyes de Aranda de Duero, organizador de su Jornada de Invierno en unión con las Sociedades Cántabra y Riojana. Nos dio todo tipo de facilidades y la SOMACOT preparó una mesa redonda sobre Tumores de Partes Blandas.

Presidida por el Dr. González, se presentaron tres casos clínicos y el Dr. Ortiz nos hizo una magnífica puesta al día de las estrategias terapéuticas y situación actual de este tipo de tumores. El Dr. Gil Garay, al que se le hizo un homenaje como Arandino ilustre, impartió una lección magistral sobre infecciones en las prótesis. La Jornada se celebró con éxito en todos los aspectos, muy buena asistencia, un alto nivel científico y buena calidad gastronómica. La asistencia fundamentalmente a expensas de las Sociedades amigas (más de 120 traumatólogos). Me dio un poco de pena que no pudierais disfrutar de una Jornada tan enriquecedora tanto científica como socialmente.

Desde hace meses estamos trabajando en la propuesta de formación MIR, que nos trasmitió la SECOT por iniciativa de la Comisión Nacional de la Especialidad. El 14 de Diciembre convoqué a todos los Jefes de Servicio y Tutores de Residentes de los Hospitales de Madrid, para presentarles el proyecto y solicitar su apoyo, asistieron representantes de prácticamente todos los Hospitales. El 28 de Febrero se realizó la primera sesión, mediante web conferencia trasmitida simultáneamente a todas las autonomías. Con la colaboración de MSD elegimos como sede el Colegio de Médicos de Madrid. Se ha iniciado con el programa prioritario que contiene los temas más generales y los primeros fueron impartidos por los Drs. Munuera y Cáceres. Asistieron 50 Médicos Residentes y aunque en nuestra sede la audición no fue buena y habrá que mejorarla, considero que el comienzo ha sido esperanzador.

Al final de la reunión se entregaron los talones de los Premios SOMACOT del último Congreso y las bolsas de viaje para asistir a centros nacionales y extranjeros. Las próximas reuniones docentes para MIR se celebrarán a finales de Mayo y Octubre.

La SOMACOT quiere institucionalizar estas sesiones científicas docentes todos los últimos jueves de mes, impartiendo además de los temas generales del programa prioritario, otros temas del programa ordinario. Los temas se repartirían por Hospitales encargándose ellos de elegir a los ponentes.

Los próximos días 28 y 29 de Marzo, celebraremos en Aranjuez el II Curso SOMACOT para Médicos Residentes de COT con la colaboración de Lilly y Zimmer – Serhosa, nos gustaría que informarais a todos vuestros residentes para que asistan. Hemos mantenido contactos con MSD y Lilly que quieren colaborar con la SOMACOT en proyectos formativos, estamos perfilando estos proyectos y su desarrollo.

El Dr. Coello nos presentó las cuentas del Congreso celebrado en El Escorial, con un beneficio para la Sociedad que os presentará el Tesorero en su informe.

Para terminar, insistir en que mantenemos las Sesiones Clínicas Interhospitalarias, el 14 de Diciembre la organizó el Dr. Fernández Domingo en el Hospital de La Fraternidad y el 25 de Abril lo hará Asepeyo en su Hospital de Coslada, os animo a que enviéis vuestros casos al Dr. Usóz, vocal de formación continuada.

Dr. Sanz Hospital.
Presidente de la SOMACOT

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA SOMACOT

Celebrada el día 19 de Octubre de 2007, en Euroforum San Lorenzo del Escorial- Madrid, a las 13, 00 horas, con el siguiente orden del día:

Se guarda un minuto de Silencio en honor a los miembros SOMACOT fallecidos desde la última Asamblea General (2006)

1º.- Lectura y aprobación, del Acta de la Asambleas Ordinaria anterior, celebrada el 6 de Mayo de 2006 en la Cínica Cemtro. Queda aprobada por unanimidad de todos los asistentes a la Asamblea.

- Lectura y aprobación del Acta de la Asamblea Extraordinaria celebrada el 6 de Mayo de 2006 en la Clínica Cemtro. Se aprueba por unanimidad.

2º.- Informe de la Junta Directiva:

** INFORME DEL PRESIDENTE

En primer lugar disculpa al Tesorero Dr. García de Lucas que se encuentra invitado a un Congreso fuera de España y al vocal de Asuntos Profesionales que por problemas personales no ha podido asistir. El informe de Tesorería lo realizara el Secretario.

Comenta el Dr. Sanz, que ha sido un año de gran actividad por parte de la Junta Directiva, con reuniones cada mes y realiza un amplio repaso a las actividades de la Sociedad que son relatadas a continuación:

SESIONES CLÍNICAS:

Poco tiempo después de celebrarse el último Congreso SOMACOT, falleció Paco Nieva, la primera Sesión Clínica de nuestra Junta se celebró en el Hospital de Getafe, donde le rendimos un pequeño pero emotivo homenaje. Ya en 2007 se han celebrado tres sesiones clínicas. A finales de Enero en el Hospital Gregorio Marañón, en abril en el Hospital de la Princesa y en junio en el Hospital General de la Defensa "Gómez Ulla". La próxima se realizará en la Clínica La Fraternidad.

Agradece el presidente a estos Hospitales y a los organizadores su colaboración y buena acogida. Solo en el H. La Princesa la asistencia fue muy escasa, faltando incluso los residentes del propio Hospital.

En el año 2005 Aventis patrocinó estas sesiones otorgando un premio al mejor caso clínico de cada una de ellas. Aventis retiró su patrocinio en 2006, pero la Sociedad mantuvo los premios con cargo a su tesorería.

Para 2007 Lilly se ha encargado de este patrocinio y otorgará un premio Lilly a los mejores casos clínicos, este patrocinio de las sesiones se mantendrá durante 2008. Además se han comprometido para hacer difusión de las mismas.

Aunque las sesiones van dirigidas a los residentes, son los que menos asisten, por horarios o por presión asistencial o por falta de interés de los Jefes de Servicio, pero al menos refiere el Dr. Sanz, que estas sesiones nos sirven para relacionarnos entre los distintos hospitales de la Comunidad y mantener un cierto contacto aunque sea esporádico. Es intención de esta Junta Directiva mantenerlas y fomentarlas lo más posible.

Los casos se están publicando en el Boletín de la Sociedad.

JORNADA RESIDENTES:

La Junta y especialmente su Secretario Dr. Escalera con la colaboración de laboratorios Lilly, organizó unas Jornadas para Residentes que se realizaron el 20 y 21 de Abril en Aranjuez, se realizó una puesta al día de la "Traumatología del Miembro Superior" y una mesa sobre "la Problemática de los Residentes**",** a pesar de coincidir con otros eventos, fue un éxito de asistencia y de organización. Se distribuyeron los temas entre ponentes de distintos hospitales, para dar participación al mayor número posible.

Tenemos programado repetirla este próximo año, probablemente en Chinchón y versará sobre "Traumatología del Miembro Inferior", también intentaremos dar la mayor participación posible a los diferentes hospitales.

JORNADA DE INVIERNO:

Se celebró en el Hospital la Paz el viernes 2 de Marzo, el tema fue "La Artroplastia de Revisión de Rodilla y sus problemas". Organizada por el Dr. Bello.

La asistencia fue limitada pero aceptable y la organización excelente por lo que desde aquí se dan las gracias a los organizadores.

Para la próxima, estamos en contacto con la Sociedad Castellano Leonesa y es probable que hagamos una reunión conjunta fuera de Madrid.

CONGRESO:

El Dr. Coello nos ha ido informando periódicamente sobre la organización del Congreso que estamos celebrando.

Es el primer Congreso en que la inscripción no es gratuita y esto ha creado cierto malestar entre alguno de los socios, por lo que es conveniente recordar que este punto se aprobó en Asamblea y no es un capricho de esta Junta ni de la organización actual.

El Dr. Coello solicitó a instancias de la Sociedad la acreditación del Congreso SOMACOT, se ha conseguido por primera vez, un Certificado de Acreditación concedido por la SEAFORMED.

La organización del Congreso ha concedido un premio al mejor cartel científico.

El Congreso de 2008 se celebrará en Alcalá de Henares organizado por el Dr. Plasencia, que ya nos ha presentado un avance de su organización.

En esta Asamblea se debe elegir la sede del Congreso 2009.

ECONÓMICO:

El Dr. Escalera presentará el informe del Tesorero, los saldos están estabilizados, nos han dejado de patrocinar algunas cosas, pero se han conseguido nuevos patrocinios y mantenemos conversaciones para lograr otros nuevos.

ACTIVIDADES SOCIALES:

La Srta Nené, secretaria de la SOMACOT desde su fundación, había manifestado desde hacía tiempo su deseo de dejar esta labor por problemas de salud, a petición mía se mantuvo en su puesto hasta la Jornada de invierno, allí se la hizo un pequeño homenaje y se la entregó una placa de agradecimiento.

Oscar Álvarez Carravilla antiguo colaborador de la SOMACOT por parte de Uriach y por tanto conocedor de la labor que debe desempeñar, la ha sustituido en el cargo.

El 9 de Marzo asistió el Dr. Sanz, como presidente de la SOMACOT al 75º Aniversario de la Sociedad Catalana de C. O. T, fue un acto reducido, pero emotivo y fue informado de las actividades que dicha sociedad realiza.

Acudió también el Dr. Sanz al acto de entrega de Premios a Personalidades Sanitarias del Año de la Comunidad de Madrid, en donde uno de los premios más destacados fue para el Profesor Palacios Carvajal.

COMUNICACIÓN:

Se cambió la estructura del boletín, manteniendo su estructura general pero ampliándolo, introduciendo nuevos contenidos e intentando dar más información.

A primeros de año 2007, Laboratorios Uriach retiró su patrocinio global a la Sociedad (aproximadamente 9000€ /anuales) debido a reestructuraciones económicas internas. Con esto se realizaba el Boletín, todos los envíos de correos, papelería y varios. Uriach realizará durante 2007 un patrocinio parcial (aproximadamente 1000 €) y seguirá aportando su sede a la SOCIEDAD, con lo que se intenta cubrir el tema de correos y mensajería.

El boletín está siendo financiado por Serhosa con los que se ha llegado a un acuerdo de patrocinio, tanto para su impresión como para su distribución. 22-01-2007.

A finales de marzo acababa el contrato con la empresa mantenedora de la página WEB con la que se esta-

bamos descontentos, porque mantenían la página sin actualizar, era muy complicado contactar con ellos y cuando se lograba prometían cosas que luego no cumplían, el Dr. Plasencia ha sufrido y trabajado arduamente en este tema, por fin ha logrado cambiar de empresa mantenedora y parece que todo funciona mejor, la Junta está satisfecha con el cambio He renovado el contrato de patrocinio que manteníamos con Striker para la página Web. El Dr. Plasencia informará de sus gestiones y la nueva estructura.

Agradece el Dr. Sanz como Presidente su trabajo y preocupaciones durante todo el año.

DOCENCIA SECOT:

Programa de Formación de Residentes:

En el mes de marzo la SECOT convocó a los Presidentes de las Sociedades autonómicas, a una reunión que verso sobre la "Formación de los Residentes". La Comisión Nacional de la Especialidad ha observado que existe una gran diferencia en cuanto a la formación de los residentes de unas Comunidades a otras y quiere implantar a nivel nacional un programa unificado con clases teóricas, talleres..... La SECOT traslada este reto a las Sociedades Autonómicas. Es lo que ya se esta realizando en Cataluña desde hace 7 años con gran éxito y sería deseable que nuestra Sociedad lo intentará poner en práctica.

En la Junta hemos tratado el tema y hemos realizado incluso una reunión monográfica sobre el mismo. Hemos elaborado un preprograma y hemos estudiado su posible distribución.

Los puntos fundamentales serían:

** Programa Teórico completo a lo largo de 4 años, basado en el Temario de la Comisión Nacional de C O T .

** Una sesión teórica mensual vespertina, que podría ser el 4º jueves de cada mes, en la que se desarrollaran 2 temas del programa.

** En el Congreso anual podrán desarrollarse algunos temas de dicho programa.

** En Diciembre - Enero se celebraría un Fin de Semana COT para Residentes, en el que se impartirán varios temas del programa además de otros eventos.

** En algunos Cursos de COT de la Comunidad se podrán impartir temas del programa de Formación.

** Se añadirá al programa Teórico de Formación en COT un Programa de *"Formación Común Complementaria"* que versara sobre temas como:

*** Nociones de Derecho Sanitario

*** Nociones de Gestión

*** Nociones de Informática

La SOMACOT distribuiría los temas entre los distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid, para que cada uno encargara a la persona que se considere más experta en el mismo y lo impartiera.

Sede:

Se han valorado diferentes sedes según localización, facilidades y economía.

** La que nos parecía mejor es el COM, pero nos ha ofrecido un presupuesto que nos parece exagerado, excede a lo que la Sociedad podría asumir. Unos 600 E por sesión.

** Otra posibilidad es la Agencia L. Entralgo. Se ha encargado el Dr. Guijarro de la gestión, se han mostrado muy receptivos e interesados, incluso en cuanto a financiación y retribución de docentes.

Han solicitado una ampliación del temario de formación de residentes que se les había enviado y también quieren que se les envíe un informe económico del proyecto de formación.

Ellos se encargarían de impartir la formación complementaria

** Otra posibilidad barajada es algún hospital Céntrico de la Comunidad.

La Junta ve difícil lograr una motivación suficiente para que los Residentes asistan a estas Sesiones, habrá que buscar:

** Acreditación adecuada.

** Ofrecer Becas o bolsas de viaje. Talleres prácticos.

** Posibilidad de dar una puntuación adecuada y reconocida en currículum del residente.

Termina su Informe el Presidente, resaltando la importancia de esta iniciativa, y añadiendo que sin la implicación de Jefes de Servicio y de Tutores de Residentes esta formación, de la que la SOMACOT pretende ser instrumento catalizador, no podrá realizarse, y por ello, en fechas próximas la SOMACOT convocara a una reunión, a todos los Jefes de Servicio y Tutores de Residentes de COT de nuestra Comunidad para hacerles partícipes de este proyecto.

** INFORME DE VICEPRESIDENTE

El Dr. Guijarro comenta que durante este último año la Junta Directiva se ha reunido aproximadamente una vez al mes, prestándose especial atención al Congreso anual, a las Jornadas de invierno y a las sesiones clínicas.

Comenta el Vicepresidente que ha mantenido especial contacto con la Agencia Lain Entralgo para la Homologación de la Formación prevista a Residentes.

Anima finalmente el Dr. Guijarro a los presentes a colaborar con la SOMACOT

** INFORME DE SECRETARIO

El Dr. Escalera informa que en la actualidad existen un total de "352" socios.

Desde el congreso de 2006 se han producido 9 bajas voluntarias y 3 bajas por fallecimiento

El número de nuevas inscripciones a la SOMACOT asciende a 21, que serán posteriormente sometidas a aceptación por la Asamblea .

Informa el Secretario, que reunida en el día de ayer la comisión evaluadora de Becas SOMACOT 2007, y que valoradas las circunstancias de cada uno de los solicitantes y el cumplimiento de los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria, se decidió otorgar las siguientes **Becas:**

- Beca de 1800 € en concepto de bolsa de viaje para asistir a un Centro de Formación Extranjero al Dr: José Manuel Rojo Manaute (Cirugía del Miembro Superior en la Clínica Mayo de Minesotta)
- Beca Ex – aequo de 600 € en concepto de bolsas de viaje para asistir a un Centro de Formación Extranjero a los Drs:

  Israel Pérez Muñoz (Clínica Mayo - Minesotta-Oncología Músculo – Esquelética)

  Carlos Olaya González (Clínica Mayo...Minesotta-Oncología Músculo – Esquelética)

  Maria Sol de Dios Pérez (Hospital General de Massachusetts- Cirugía Oncológica)
- Beca de 600 € en concepto de bolsa de viaje para asistir a un Centro de Formación Nacional al Dr.:

  Ignacio J. Cebreiro Martinez-Val (Clínica Cavadas , Valencia- Cirugía del Miembro Superior)

** INFORME DEL PRESIDENTE SALIENTE

El Dr. Ferrandez comenta su labor asesora y de apoyo a la Junta como Presidente Saliente

** INFORME DEL TESORERO

El Secretario Informa ante la ausencia del Dr. Gª deLucas, presentando las cuentas de la Sociedad, que son aprobadas por la Asamblea, que en resumen son:

EJERCICIO 01-01-07 a 31-08-07

SALDO	01-01-07	51.204,61 €
	31-08-07	44.224,59 €
	(Saldo 31-08-06	41.256,34 €)

Ingresos Pendientes

Cuotas Socios (Diciembre 2007)
Ingresos XVIII Congreso

Gastos más importantes

- Secretaria (2163 €)
- Asesoria Fiscal (1067 €)
- Premios Congresos (1.800 €)
- Premios Sesiones (3000 €)
- Bolsas de Viaje.....

ESTE BOLETÍN HA SIDO PATROCINADO POR:

serhosa
SERVICIOS HOSPITALARIOS

DISTRIBUIDOR OFICIAL DE PRODUCTOS HOSPITALARIOS:

CONMED LINVATEC
ARTROSCOPIA Y
MOTORES QUIRÚRGICOS

zimmer Confidence in your hands
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA

ArthroCare SPINE
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

** INFORME DEL VOCAL DE FORMACIÓN CONTINUADA

El Dr. Usoz reitera su decepción de la poca asistencia a las sesiones interhospitalarias y vuelve a solicitar la colaboración e implicación de los Jefes de Servicio y Tutores de Residentes, sin los cuales no será posible mejorar estas sesiones.

El pasado 24 de junio se celebro la tercera Sesión Interhospitalaria en el servicio de C.O.T. del Hospital Gómez Ulla, bajo la dirección del Dr. Fco.Gonzalez, jefe del servicio. Resalta el Dr. Usoz la magnifica organización y la acogida calurosa que se dio a los asistentes.

Los premiados por sus comuniciones en las Sesiones Interhospitalarias realizadas en el año 2007 fueron los siguientes:

Sesión celebrada en el H. G.Marañón el día 26/1/2007

Premiados:

- Dr. Mariano Frias González (H. Ramón y Cajal) por «Artroplastia total de codo en pseudoartrosis supraintercondilea de humero»
- Dr. David Sáez Martínez (H. Gregorio Marañon) por «Complicación arterial tras P.T.C. en paciente portador de by-pass arterial».

Sesión celebrada en el H.U. La Princesa el día 20/4/2007

Premiados:

- Dr. Carlos Reche Sáez (H. U.Getafe) por el caso de «Fractura de estress en escafoides tarsiano»

Sesión celebrada en el H.G.Ulla el día 24/6/2007

Premiados:

- Dr. F.Javier Areta Dominguez (H.G.Ulla) por el caso de «Fibrohisticitoma maligno primario de húmero» .

Los premios han sido patrocinados por Laboratorios Lilly y fueron entregados por su representante la Srta. Nuria Martín.

A continuación el Dr. Usoz da lectura a los PREMIADOS POR LAS MEJORES COMUNICACIONES LIBRES DEL XVIII CONGRESO SOMACOT

Primer premio de 1200€ Para los Drs:

Morales Muñoz, P.; Guerra Velez,P.; Olaya Gonzalez,C.; García Rodríguez, R.; Gutiérrez Navarte,B. Hospital 12 de Octubre

Comunicación: Sutura Percutanea del Tendón de Aquiles. Seguimiento a largo Plazo

Segundo premio de 600€ Para los Drs

Chana Rodríguez, F.; Ortiz Espada, A.; Pérz Mañana, R.; Torres Torres, M.; Torre Pérez, O.; López Canapé, D. Hospital Gregorio Marañón

Comunicación: Estabilización de las Fracturas de Pelvis tipo B de Tile, con 2 Fichas Supraacetabulares

El Dr, Usoz termina su informe recordando que la próxima Sesión Clínica Interhospitalaria se celebrará el día 14/12/2007 el la Clínica de La Fraternidad (Salón de Actos) bajo la dirección del Dr. Fernández Domingo.

Anima a los presentes el Dr. Usoz a que se presenten casos y especialmente a que se haga un esfuerzo para acudir a la misma.

** INFORME DEL VOCAL DEL BOLETÍN Y DE LA PÁGINA WEB

El Dr. Plasencia, nos comenta que su intención como responsable del Boletín es triple:

1. Informar sobre nuestra Sociedad, de tal forma que se incluirían ahí los informes del Presidente y de los vocales de la Junta Directiva.
2. Intercambiar conocimientos entre los socios, aportando los casos clínicos de la sesión inter-hospitalaria.
3. Entretener, para lo cual se incluirían reportajes y entrevistas a miembros relevantes de la Sociedad que aportarían así sus opiniones y experiencias.

De esta forma, los cambios que se han producido en el boletín les resume en tres apartados: contenidos, difusión y periodicidad.

En cuanto a los contenidos, se han creado una serie de secciones fijas entre las que se incluyen: los informes del Presidente y de la Junta Directiva, reportajes SOMACOT, casos clínicos de la sesión interhospitalaria, experiencias ortopédicas, y noticias en gran formato y agenda. De esta forma se ha logrado incrementar el número de páginas del boletín de las ocho iniciales a veinticuatro en la actualidad.

Referente a la periodicidad, se acordó editar tres boletines anuales comprometidos a fecha fija en los meses de febrero, junio y noviembre.

Finalmente, en cuanto a la difusión, es necesario comentar una serie de cambios importantes que se han realizado. Se ha cambiado de empresa editora; anteriormente era COESA y en la actualidad es EGRAF. Esta última empresa nos acepta los contenidos en formato electrónico, lo que facilita la rapidez en la impresión.Por otro lado, se acordó en Junta Directiva la distribución del boletín entre los MIR no socios.

Página web de la SOMACOT:

También se han realizado una serie de cambios muy importantes y que afectan a su formato, a su contenido y a su mantenimiento.

En cuanto a su formato se ha diseñado una nueva imagen corporativa mucho más vistosa y moderna. La página web se ha hecho más participativa, ya que permite el intercambio de opiniones entre los socios, ya sea a través del blog existente, o bien a través del correo electrónico: somacot@somacot.org.

En el aspecto de los contenidos, se ha procurado que estos sean de fácil acceso agrupando los mismos en tres apartados:

1. Apartado SOMACOT que incluye socios, Junta actual y anteriores, Estatuto de la Sociedad y reglamento de congresos.
2. Actividades donde se incluye información del congreso anual, jornada de invierno, sesión clínica Interhospitalaria, becas y premios.
3. Noticias, donde se pueden consultar los boletines anteriores, los casos clínicos, y la agenda COT.

** INFORME DEL VOCAL DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

El Dr. Marín agradece al Dr. Sanz Hospital la oportunidad de participar por primera vez en la Junta Directiva de la SO.MA.C.O.T. y comenta que desde el Servicio Madrileño de Salud se nos solicitó asesoramiento para la realización de unas Guías de Información a Pacientes para las patologías: Dolor Lumbar, Prótesis de Cadera y Prótesis de Rodilla, en las cuales se ha trabajado junto a otras especialidades de diferentes hospitales de Madrid para su confección desde el enfoque de su aplicación en Atención Primaria.

Comenta a continuación el Dr. Marín, que en estrecha colaboración con el Presidente, las Vocalías de Formación Continuada, Médicos en Formación y el resto de miembros de la Junta, hemos diseñado un boceto de Programa de Formación de Residentes con el objetivo de presentarlo a todos los estamentos de nuestra Socie-

dad Traumatológica. Con las sugerencias y propuestas que nos aporten, pretendemos que este boceto signifique el punto de partida de este ilusionante proyecto.

Junto a este planteamiento futuro de formación, esta Vocalía pretende estimular la realización de estudios multicéntricos entre hospitales de la Comunidad de Madrid y fomentar la creación de Grupos de Trabajo sobre temas de interés común a diferentes especialistas que favorezcan la interrelación de los miembros de los distintos hospitales.

** INFORME DE LA VOCAL DE MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES

El Dr. García-German nos comenta su labor informativa y mediadora con los Residentes de nuestra Comunidad, y su esfuerzo por captación para socios de la Sociedad.

3º.- Admisión de Nuevos Socios:

Presentan su solicitud a la Asamblea para ser admitidos como nuevos socios:

Socios Numerarios: 14

- Vicente Concejero López
- Antonio Díaz Martinez
- Federico Gil Domínguez
- Osvaldo Gonzalez Lopez
- Maria Isabel Guillen Vicente
- Marta Guillen Vicente
- Cesar Mediano Fernandez de la Pradilla
- Gerardo Riquelme Arias
- Ricardo Rodriguez Arozena
- Roberto Trapote San Martín
- Alfonso Utrillas Compaired
- Jose Maria Valmaña de la Sotilla
- Jose Alberto Zafra Jiménez
- Javier Zamora Fraguas

Socios Aspirantes: 7

- Francisco José Carreres Colón
- Patricia Morales Muñoz
- Carlos Olaya Gonzalez
- Ruben Perez Mañanes
- Francisco de Borja Gutiérrez Narvarte
- Teodoro Vivanco Jodar
- Raúl García Rodríguez

4º.- Elección de la Sede y temas del próximo Congreso, año 2009.

El Presidente comenta que se ha recibido una candidatura en la secretaria de la SOMACOT para organizar el Congreso anual 2009**,** presentada por el Dr Llopis del Hospital Santa Cristina.

El Dr. Llopis, toma la palabra para explicar su candidatura, realizando una breve exposición de la posible sede del congreso (La Granja, Segovia) y temas de las mesas redondas.

Cirugía Primaria de Cadera y Rodilla. Actualización y Futuro

Gestión Clínica.

La propuesta es aceptada por unanimidad de los asistentes a la Asamblea**.**

5º.- Asuntos Varios:

Se procede a la entrega de diplomas y premios a las mejores comunicaciones en las sesiones clínicas interhospitalarias, que son auspiciadas por laboratorios Lilly.

7.- Ruegos y Preguntas:

Sin otros puntos que tratar el Presidente da por concluida la Asamblea General Ordinaria de la SOMACOT a las 14,30 horas.

Fdo. Dr. Sanz Hospital — Presidente de la SOMACOT

Fdo. Dr. Escalera Alonso — Secretario de la SOMACOT

ESTANCIA EN LA MAYO CLINIC, ROCHESTER (MINNESOTA)

Dr. Carlos Olaya González. Servicio de COT I. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Gracias a un tercio de una beca de estancias en centros extranjeros que me ha concedido nuestra sociedad, la SOMACOT, pude disfrutar de una estancia de 4 semanas (9 de Julio – 3 de Agosto de 2007) en la Mayo Clinic, en Rochester, Minnesota (EE.UU).

Fundada por los hermanos William J. y Charles H. Mayo a finales del siglo XIX, la Mayo Clinic está considerada una de las mejores instituciones sanitarias del mundo. En la actualidad, presenta 3 localizaciones, Jacksonville (Florida), Scottsdale (Arizona) y Rochester (Minnesota), siendo esta última el emplazamiento original. El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Mayo Clinic en Rochester atiende a más de 66000 pacientes anualmente, y lo componen, en cuanto a personal médico se refiere, un grupo multidisciplinario de 47 médicos.

Mi rotación por la Mayo Clinic fue organizada por la Mayo School of Graduate Medical Education, aunque pude tener cierta flexibilidad en mi programa para conocer algunos aspectos que me interesaban en mayor o menor medida. Durante mi estancia, visité los servicios de Oncología Musculoesquelética, Cirugía Reconstructiva del Adulto del Miembro Inferior y Cirugía Reconstructiva del Adulto del Miembro Superior. El ritmo de trabajo era impresionante, comenzando el día a día a las 6:30 AM con una sesión diaria. El final del día variaba según la programación. El funcionamiento general comprendía actividad quirúrgica y actividad en consulta a días alternos.

En el Servicio de Oncología Musculoesqulética pude estar con el Dr. Franklin H. Sim, referencia indiscutible de la Oncología Musculoesqulética mundial. En su actividad quirúrgica, además de tratar los tumores de hueso y de partes blandas que le eran remitidos, también realizaba intervenciones de ortopedia en miembros inferiores. Su actividad diaria era muy elevada, teniendo la mayoría de las veces 2 quirófanos a su cargo, siendo ayudado en gran medida por residentes y “fellows”. Entre las intervenciones en Oncología que pude presenciar se encontraron la extirpación de un condrosarcoma de húmero proximal, de un hemangioendotelioma epiteloide en antebrazo, un histiocitoma maligno a nivel inguinal, de un ganglión intraóseo a nivel de tibia proximal, un sarcoma indiferenciado en la región posterior de la pierna, un cordoma sacro y linfadenectomías por melanoma en axila y a nivel inguinal.

Una de las actividades más interesantes para mi fue presenciar la consulta diaria del Dr. Sim, que en ocasiones se prolongaba hasta las 21:00, viendo revisiones tanto en adultos como en niños de patología tumoral y de procedimientos de reconstrucción realizados en conjunción con los servicios de Cirugía de Reconstrucción de Miembro Superior e Inferior.

Durante mi estancia en el Servicio de Cirugía Reconstructiva de Miembro Superior tuve el placer y el privilegio de permanecer con el Dr. Joaquín Sánchez-Sotelo, miembro de nuestra sociedad. Con él, pude presen-

Con el Dr. J. Sánchez Sotelo

ciar algunas intervenciones asociadas con el Servicio de Oncología Musculoesquelética, como la reconstrucción de un húmero proximal tras la extirpación de un condrosarcoma, mediante la utilización de un aloinjerto estructural y una hemiartroplasia de hombro. Era un verdadero placer atender a las sesiones semanales de la unidad, donde, entre los 10 -15 asistentes por sesión, estaban el propio Dr. Sánchez-Sotelo, junto a maestros como el Dr. Cofield, el Dr. O´Driscoll o el Dr. Morrey. Escucharles hablar de sus experiencias era como tener un libro abierto ante nuestros ojos.

Con el Dr. Sánchez-Sotelo también pude presenciar cirugías de ortopedia sobre miembro inferior. Aunque la mayor parte de las lesiones traumáticas se trataban en un hospital asociado a la Mayo Clinic (St. Mary´s Hospital), la unidad trataba pacientes que les eran remitidos. Entre las cirugías que despertaron mi interés se encontraron 3 artroplastias totales de hombro, la reparación de una rotura masiva de manguito rotador abierta, un recambio en una prótesis invertida de hombro, 2 hemiartroplastias de hombro, el tratamiento de una epicondilitis de forma artroscópica, una revisión de un procedimiento de Bankart abierto, una osteosíntesis con placa (Phylos) de una fractura de húmero proximal, una artroplastia de interposición en codo con aloinjerto de tendón de Aquiles, una osteosíntesis de cabeza radial y la implantación de una prótesis de cabeza radial y reconstrucción ligamentosa en una fractura -luxación posterolateral de codo. Durante las revisiones en consulta me sorprendieron los resultados que se obtenían con las artroplastias de hombro, tanto totales o parciales como invertidas, y el grado de satisfacción del paciente con estos procedimientos.

En el Servicio de Cirugía Reconstructiva del Miembro Inferior pude conocer y disfrutar de los conocimientos y de la experiencia del Dr. Miguel Cabanela. No tengo palabras para describir su hospitalidad y el cariño con el que trataba a sus pacientes. Durante el tiempo que estuve con él, vi que era un referente para sus compañeros, tanto de forma profesional como personal. Durante las sesiones semanales del servicio, se discutían casos de la semana anterior, y al igual que ocurría en las sesiones de miembro superior, el poder observar al Dr. Berry, Dr. Cabanela, Dr. Trousdale, Dr. Lewallen o al Dr. Pagnano dando su opinión, era como asistir a una mesa redonda del más elevado nivel. En mi estancia en el servicio pude presenciar, entre otras cirugías, 11 artroplastias de rodilla, un caso de ellos bilateral, 5 recambios de PTR, una amputación infratuberositaria de una pierna (por enfermedad vascular –el Dr. Cabanela intervenía, en ocasiones, urgencias diferidas), 7 artroplastias de cadera y 3 recambios de PTC. Las revisiones en la consulta del Dr. Cabanela eran enriquecedoras, y pude ver los resultados obtenidos en grandes recambios, tanto de cadera como de rodilla.

Por último, me gustaría agradecer a mis compañeros del Servicio de COT I del Hospital 12 de Octubre por su apoyo durante mi ausencia, y en especial, al Dr. R. Larraínzar Garijo, por su ayuda en la gestión de mi rotación. La realización de rotaciones en el extranjero creo que es indispensable para nuestra formación como especialistas, y desde aquí me gustaría reiterar mi agradecimiento a nuestra sociedad, la SOMACOT, por apoyar a sus miembros en estas actividades.

Con el Dr. F.H. Sim y el Dr. Takashi Tsuchiya, médico visitante japonés

ESTANCIA EN LA MAYO CLINIC, ROCHESTER

Israel Pérez Muñoz. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

La Mayo Clinic es actualmente una fundación tres centros de trabajo. El principal y donde se inició la Mayo Clinic como tal fue en Rochester, una pequeña ciudad de alrededor de 90000 habitantes en el sur del estado de Minesota. Primero como pequeña consulta donde comenzó el padre de los hermanos Mayo. Posteriormente, y junto con la ayuda de sus dos hijos, Will y Charlie, una vez formados como facultativos, desarrollaron lo que hoy se conoce como la Mayo Clinic. Solo en la ciudad de Rochester tiene a su cargo además de dos hospitales (el Methodist y el Saint Mary´s), numerosos edificios de investigación dependientes de la fundación.

Dos eran los principales objetivos que me movieron a realizar esta rotación. Por un lado estaba el salir fuera no solo de tu servicio, si no también del ámbito de la cirugía ortopédica y traumatológica nacional en orden a valorar, desde un punto de vista profesional, otra forma de trabajo. Por otro lado, el hecho de coincidir con grandes cirujanos y profesionales de la talla de MA Cabanela, J Sánchez Sotelo, FH Sim, etcétera, y poder aprender y compartir con ellos impresiones sobre distintos aspectos de nuestro trabajo, eran otros alicientes de gran peso.

Dicho esto, intentaré resumir de forma amena durante mi estancia de un mes en la Mayo Clinic de Rochester. Primero, lo que al principio se intentó que fuera una rotación de dos meses acabó resultando de un mes. Cuando llegué allí coincidí con otro compañero, residente del hospital 12 de Octubre de Madrid, Carlos Olaya, también R5. No nos conocíamos personalmente pero entablamos una buena amistad.

La petición de ambos era la de estar con FH Sim, y focalizar nuestra rotación con la patología tumoral musculoesquelética, tema que ambos nos interesa de forma importante. Contra nuestras ideas chocó la filosofía de las rotaciones que tienen en la Mayo Clinic, que es de distribuirte con distintos miembros de la plantilla sin tener en cuenta lo que tú hayas podido solicitar. Mi rotación se dividió en dos semanas con el Dr. Sim y dos semanas con el Dr. Cabanela.

El Dr. Sim es un cirujano con una amplia experiencia no sólo en la patología tumoral, sino también en la cirugía ortopédica de la cadera y la rodilla. El trabajo se dividía principalmente alternando la consulta con el quirófano. La relación personal con el Dr. Sim resultaba incómoda en ocasiones. La estratificación entre los propios residentes por antigüedad, y entre ellos y los adjuntos estaba claramente delimitada. La relación con sus residentes era, en ocasiones, muy difícil para ellos. Conmigo tuvo un trato correcto pero de difícil acceso para la conversación. La consulta empezaba desde las 8:30 a.m. hasta alrededor de las 6-7 p.m., con descanso de 15 minutos para la comida. El trabajo era intenso. Se evaluaban tanto primeras consultas como revisiones de cirugía del miembro inferior, pacientes intervenidos por tumores, y también interconsultas de otras especialidades, siempre por este orden.

Con el Dr. Sim en quirófano

Los días de quirófano tenían el mismo horario de inicio pero el fin era impredecible. Si no se realizaban grandes cirugías tumorales o de revisiones de prótesis, podrían realizarse entre seis y siete cirugías (2-3 PTR, 1 o 2 PTC, 1-2 artroscopias de rodilla y alguna cirugía de melanoma o lesiones benignas óseas y de partes blandas).

Con el Dr. Cabanela la relación fue más distendida y cordial, también lo era con sus residentes. El es un cirujano de reconocido prestigio en la cirugía ortopédica de cadera y rodilla. La división de trabajo era similar a la del Dr. Sim, es decir, quirófano y consulta, contando con el pase de planta a primera hora del día, seguido por la asistencia a las sesiones de miembro inferior cada semana. Tanto en el quirófano como en la consulta, los pacientes están relacionados con la cirugía de prótesis primarias y grandes revisiones de cadera y rodilla.

La actividad docente ha sido el punto más fuerte que he observado durante la estancia. El único punto débil que les he visto es que no podías asistir a todas las sesiones o conferencias debido a que, por la gran cantidad de ellas según los distintos campos de nuestra especialidad, coincidían unas con otras. Las sesiones clínicas semanales son preparadas por los residentes y a la vez son evaluadas por otros residentes mientras los adjuntos los corrigen e instruyen, y también discuten entre ellos. Los casos que se presentan son los realizados durante la semana previa y considerados interesantes por cada uno de los adjuntos.

Edificio Plummer

Cada sección tiene su sesión semanal a la que acuden todos los adjuntos de dicha sección puntualmente. Siempre se llevan a cabo antes de iniciar el trabajo en consulta o en quirófano. En la sesión de tumores, por ejemplo, también acudían el resto de especialidades involucradas (radiodiagnóstico, radioterapia, oncología, anatomía patológica y cirugía ortopédica). Esto último nos da una idea del nivel de implicación en todas las especialidades necesarias para solventar, de la mejor manera posible, el problema que plantea el paciente, y no solo a nivel de la patología tumoral sino también, por ejemplo, en la patología infecciosa de los implantes ortopédicos. Las conferencias eran realizadas sobre algún tema en particular de actualidad y controversia en distintos campos de nuestra especialidad. Las presentaban los especialistas de los distintos campos.

Para concluir me gustaría dar mi opinión de la rotación, intentando explicar lo que me aportó y lo que pareció mejorable. Lo más importante, y a la vez más básico, es aprender el esquema de trabajo y la sistematización del mismo que hacen. Es decir, tienen estandarizados todos y cada uno de los pasos de las cirugías, y no se los saltan, independientemente de que sea una cirugía primaria o un recambio. Siempre van paso a paso, y desde luego no aumentan el tiempo de cirugía con ello. Desde luego son humanos como nosotros y cometen los mismos fallos que se pueden cometer en cualquier otro hospital del mundo. Dicha sistematización no solo la aplican al campo quirúrgico, sino también en la organización general del hospital, consultas quirófanos, sistemas informáticos, etcétera.

El mayor problema es la corta duración de la estancia, que además te distribuyen ellos sin tener en cuenta tus preferencias. El tiempo y los motivos personales que inviertes son muy importantes, para que al final no te coloquen en el campo que tú quieres. En su defensa hay que decir que reciben a numerosos extranjeros que visitan la Mayo Clinic, y todos queremos estar con los mismos adjuntos.

En resumen, es una apuesta personal que merece la pena hacer que sirve, primero para adquirir un esquema de trabajo, y segundo conocer y aprender de los grandes profesionales que tienen en los distintos aspectos de la especialidad.

FRACTURA ABIERTA E INESTABLE DE PELVIS Y SUBTROCANTÉREA DE FÉMUR. (TRATAMIENTO CADERA FLOTANTE ABIERTA)

Autores: Dr. Alejandro Fernández Domingo. Dr. Alberto Caballero / Dra. Virginia García-Reyes.
Hospital Central Fraternidad-Muprespa

- Varón 22 años. Mozo de almacén. No RAMC

AP:
- Megacolon intervenido (2 años).
- HDA secundaria a ingesta AAS.

EA:
- Precipitación desde una carretilla elevadora (aprox. 6 ms).
- 1ª asistencia Hospital S. Juan de la Cruz (SAS).

DIAGNÓSTICO:
- Fractura abierta inestable pelvis.
- Fractura subtrocantérea conminuta fémur dcho.
- Herida glúteo derecho.
- Paresia CPE

Fig. 1

TRATAMIENTO:

Procedimiento inicial bajo Anestesia Gral:
- Fijador externo pelvis.
- Tracción supracondílea.
- Cura herida glútea

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

IQ:
- Transfundido con 4 cc hematíes.

Permanece 5 días estancia UCI:
- Transfusión de 10 unidades de cc de hematíes y 1000 cc de plasma durante las 72 primeras hs. por sangrado persistente.

Traslado a HOSPITAL DE FRATERNIDAD-MUPRESPA a los 14 días.

Tras estudio radiológico, TAC y fistulografía herida de glúteo derecho.

Fig. 9

Fig. 10

Fig. 11

DIAGNÓSTICO

- Fractura abierta G IIIB (Gustilo-Anderson) de pelvis (tipo C1 Tile).
  - Clasificación Jones: tipo 2 (pelvis inestable sin lesión rectal).
- Fractura no desplazada rama isquiopubiana izquierda.
- Fractura apófisis transversa derecha y apófisis espinosa de L5.
- Fractura subtrocantérea fémur D tipo IV Seinsheimer, grado IIIB (G y A).
  - Cadera flotante abierta.
- Herida extensa con pérdida de sustancia en región posterior muslo derecho y región L-S.
- Fistulografía: Trayectos fistulosos hasta focos de fractura. Cultivos + E. Coli.
- Dolor neuropático en territorio CPE d.

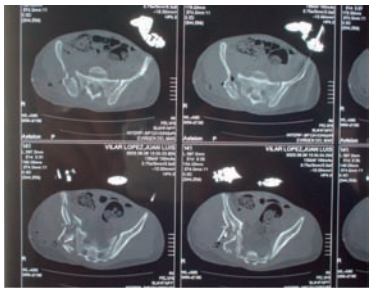


Fig. 12

Objetivos del TRATAMIENTO DEFINITIVO. Alternativas terapéuticas:

- Control de la inestabilidad rotacional pélvica y desplazamiento proximal de hemipelvis derecha:
  - Fijador externo.
  - Fijación interna: Placas reconstrucción sínfisis + 2 tornillos para fijar art. SI.
- Reducción y fijación de la fractura subtrocantérea fémur D.
  - Clavo céfalo-medular
  - Fijador externo
- Tratamiento Heridas
  - Desbridamiento heridas + curas + tto médico antibiótico según cultivos (E. Coli).
  - V.A.C. (Vacuum asisted closure). Presión negativa tópica.
  - Cobertura cutánea para cierre de herida.
- Dolor neuropático CPE= Tratamiento por Unidad del Dolor

Fig. 13

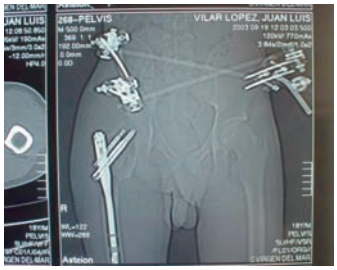


Fig. 14

Fig. 15

Fig. 16

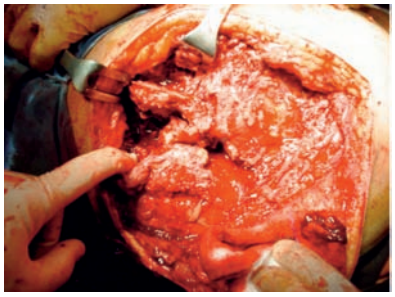


Fig. 17

Fig. 18

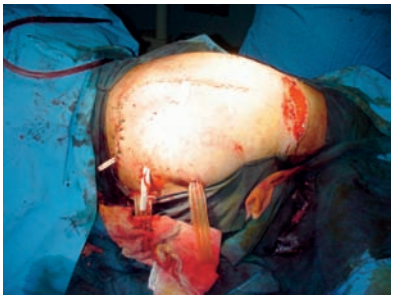


Fig. 19

CURSO EVOLUTIVO HERIDAS

Fig. 20. 15 días postqx

Fig. 21. 25 días

Fig. 22. 40 días postqx

CURSO EVOLUTIVO

- 12 semanas de evolución: Se retira fijador externo

Fig. 23

Fig. 24

- 6 meses de evolución: EMO clavo céfalo-medular
- 7 meses de evolución:
  Fractura patológica en callo de fractura subtrocantérea

Fig. 25

- 9 meses evolución: Clavo FD encerrojado proximal y distal

Curso evolutivo clavo FD:

- 20 días postquirúrgica: inicia apoyo con descarga parcial

Movilidad activa de cadera y rodilla.

- 50 días postquirúrgica: movilidad subtotal,

Puentes óseos radiológicos, falta unión completa circunferencial. Inicia RF.

Fig. 26

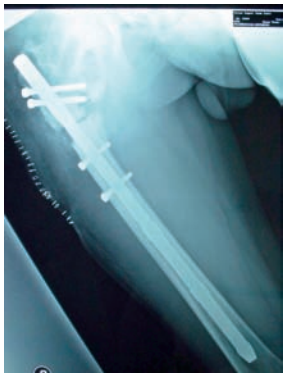


Fig. 27

Fig. 28

Fig. 29

Fig. 30

Curso evolutivo Clavo FD. 1año postquirúrgico

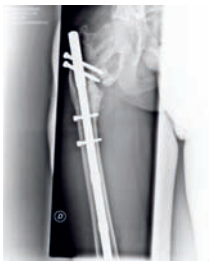


Fig. 31

Fig. 32

Fig. 33

Camina sin bastones y sin dolor. Trendelenburg

- Dismetría. MID > MII 11 mm (telerx) compensado con plantilla 7 mm

• Rodilla	D: 130/0/0	I: 140/0/0
• Cadera	Derecha	Izquierda
- F-E:	95/0/0	120/0/30
- RI-RE:	20/0/25	35/0/50
- ABD-ADD	45/0/25	50/0/30
• Fuerza	MID:4/5	MII: 5/5

Fig. 34

Fig. 35

RESULTADO FINAL

Fig. 36

Fig. 36

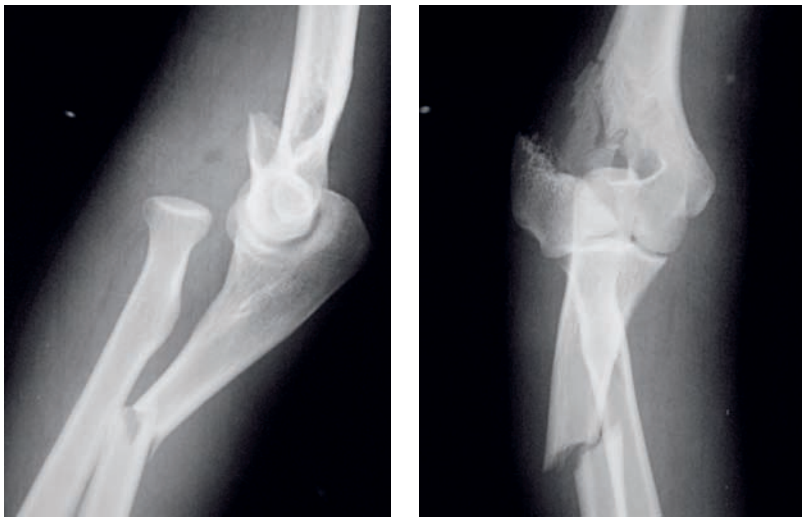
FRACTURA INTERCONDÍLEA DEL HÚMERO DISTAL Y FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA IPSILATERAL

Autores: J. De Felipe, P. J. Delgado, P. Martínez de Albornoz, F. López Oliva.
Unidad de Cirugía de la Mano y Miembro Superior
Centro de Prevención y Rehabilitación FREMAP – Majadahonda (Madrid)

Introducción: Las fracturas del tercio proximal del cúbito con luxación de la articulación radiocubital proximal fueron descritas por Giovanni Battista Monteggia en 1814. Son relativamente frecuentes y suponen el 1-7% de los traumatismos del codo.

Presentamos un caso de fractura intercondílea del húmero distal con fractura-luxación de Monteggia tipo I de Bado en un paciente varón de 22 años. En el adulto, esta combinación de lesiones es excepcional y solo existen dos casos similares publicados en la literatura.

Caso clínico: Un varón de 27 años de edad, diestro, sufre un atrapamiento del miembro superior derecho por una cinta transportadora. En la exploración clínica presenta dolor, deformidad e impotencia funcional del codo y antebrazo derechos. En la flexura del codo presenta una herida inciso-contusa de 1 cm aproximadamente. No se aprecian lesiones neurovasculares distales. En el estudio mediante técnica de imagen (radiografía y TAC helicoidal) se objetiva una fractura-luxación de Monteggia tipo I de Bado asociada a una fractura intercondílea desplazada de codo derecho.

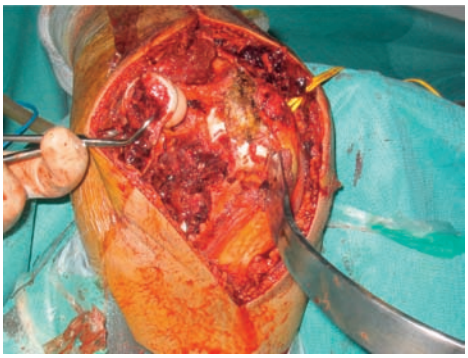


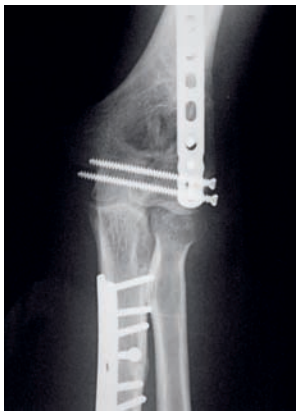
Se inmoviliza de urgencias para ser tratado quirúrgicamente a los 5 dias, realizándosele bajo anestesia de plexo reducción abierta y fijación interna con placas y tornillos en cúbito (primer tiempo) y paleta humeral (2º tiempo). Se utiliza abordaje posterior universal ampliado junto a despegamiento de la inserción distal del tríceps y trasposición del nervio cubital. En cúbito se utiliza placa DCP 3,5 mm de 7 agujeros y tornillo interfragmentario y en paleta humeral placa precontorneada de columna radial con dos tornillos paraarticulares. Una vez reducidas las fracturas se comprueba la luxación de la cabeza radial y se reduce y reconstruye el ligamento anular. Finalizada la cirugía se suelta isquemia y colocamos un drenaje espirativo, colocando una inmovilización en extensión con férula braquiopalmar por cara volar que llevará 48 horas.

Evolución: A los 2 días de la cirugía se retira la férula braquiopalmar de yeso y se cambia por ortesis articulada sin bloqueo del codo. Presenta neuropatía del cubital. Se inicia movilizaciones asistidas de toda la cadena cinética y medidas antiedema.

- A las 8 semanas de la cirugía presenta un codo estable con un balance articular activo de 60º de extensión, 120º de flexión, 30º de pronación y 90º de supinación. Presenta mejoría de la sintomatología de neuropatía cubital.

- A las 12 semanas persiste la sintomatología de neuropatía cubital y tiene molestias a nivel de la salida de los tornillos intercondíleos, por lo que se realiza estudio E.M.G en el que se informa de la afectación del n. cubital.
- A los 4 meses, la fractura está consolidada con un arco prácticamente normal y se decide retirar el material de fijación a nivel de la paleta humeral y liberación del nervio cubital.
- A los 12 meses de seguimiento presenta un arco de movilidad activo de 130º de flexión, 10º de extensión, 90º supinación y 90º de pronación, con sensibilidad completa de 4-5 dedos de la mano y excelente recuperación motora del nervio cubital confirmado por estudio E.M.G.
- El paciente ha retornado a su puesto de trabajo habitual, siendo valorado por el equipo médico de incapacidades unas secuelas permanentes no invalidantes.





Discusión y conclusiones: Las fracturas-luxaciones de Monteggia tipo I se originan por el impacto directo sobre el borde cubital del antebrazo junto a una hiperpronación del antebrazo (1). Los traumatismos que asocian una fractura de la paleta humeral son infrecuentes y están descritos en niños, siendo excepcionales en adultos. Los autores solo han encontrado una referencia bibliográfica que describa esta lesión en dos pacientes (2).

Como en el caso presentado la luxación de la radiocubital distal asociada a un incremento de energía a nivel del codo hace impactar la cabeza del radio sobre el cóndilo humeral, provocando la fractura de la superficie articular de la paleta humeral, que será más o menos compleja en función de la energía absorbida.

El nervio interóseo posterior es el más frecuentemente afectado y ocurre en el 17% de los casos. El nervio cubital es el menos afectado y en el caso presentado se asocia al procedimiento quirúrgico (3).

La reducción abierta y la fijación interna que permita una movilización precoz son claves en este tipo de lesiones y debe hacerse precozmente, aunque en las mejores condiciones técnicas (instrumental adecuado, planificación preoperatoria) y de personal (cirujanos experimentados y personal auxiliar habitual).

Consideraciones finales:

1- Urgencia o urgencia diferida en manos experimentadas
2- Planteamiento quirúrgico ordenado
3- Vía de abordaje posterior universal
4- Localización de n. cubital
5- Reducción y fijación estable
6- Utilizar drenajes y tratamiento coadyuvante
7- Inmovilización en extensión
8- Ortesis funcional a las 48-72 horas
9- Tratamiento rehabilitador precoz
10- El objetivo es conseguir un BA funcional

BIBLIOGRAFÍA

1. Ring D, Jupiter JB, Simpson NS: *Monteggia fractures in adults*. J Bone Joint Surg Am 1998; 80: 1733-1744.

2. Beredjiklian PK, Bozantka DJ, Ramsey ML: *Ipsilateral intercondylar distal humerus fracture and Monteggia fracture-dislocation in adults*. J Orthop Trauma 2002;16: 438-40.

3. Mudgal CS, Jupiter JB: *Isolated fractures of the bones of the forearm*. En: McQueen MM, Júpiter JB (Eds.): Musculoeskeletal trauma series. Radius & ulna. Oxford: Butterworth Heinemann 1999: 97-118.

TUMORACIÓN ULCERADA DE GRAN TAMAÑO EN FÉMUR DISTAL IZQUIERDO. A PROPÓSITO DE UN CASO PARA EL ESTUDIO DE LOS SARCOMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS

Autores: Israel Pérez Muñoz; Escobar Antón, D; Martínez Melián, I; Guijarro Galiano, JM.
Hospital Severo Ochoa de Leganés. Madrid.

Anamnesis: Varón de 22 años, raza negra y natural de Guinea Ecuatorial. Residente en España desde hace 4 meses.

Presenta, a fecha de julio del 2004, tumoración de 6 meses de evolución localizada en hueco poplíteo izquierdo que origina cuadro de ulceración, dolor e impotencia funcional progresiva en el miembro afecto.

Como antecedentes personales cabe destacar la ausencia de alergias medicamentosas e intervenciones quirúrgicas previas. Fue tratado de malaria en el último año sin poder confirmar si completó el mismo.

Exploración física: Tumoración de aproximadamente 15 x 15 cms. en tercio inferior de fémur izquierdo. Úlcera superficial de 4 x 4 cms (figuras 1 y 2). Edema con fóvea en pierna izquierda. Limitación de la movilidad de la rodilla con flexo de 35º. Fuerza 4/5. Sensibilidad conservada. Pulsos distales presentes pero disminuidos en comparación con miembro contralateral.

Pruebas complementarias:

- Laboratorio. Hb: 5,6 y leucocitos: 16,79. Resto dentro de la normalidad.
- El cultivo superficial de la úlcera resultó estéril.
- Radiología convencional. Masa en tercio distal de fémur izquierdo de aspecto blástico que rompe cortical (figura 3 y 4).
- TC tóraco-abdómino-pélvico. Hepatoesplenomegalia no homogénea en segmento V y VI inespecífica a valorar con datos clínicos. Imagen lítica en cuerpos vertebrales dorsales inferiores (probables núcleos de Schmorl).

Figura 1

- Gammagrafía ósea. Aumento de actividad osteogénica en tercio distal de fémur izquierdo compatible con tumoración maligna. Aumento focal de actividad osteogénica patológica en tercio superior y medio de diáfisis tibial derecha y en epífisis distal de la tibia izquierda.
- RM rodilla izquierda. Gran masa de partes blandas en tercio distal de fémur izquierdo con afectación de cortical y región endomedular así como infiltrado de paquete vasculo-nervioso. Compatible con osteosarcoma parostal (figura 6).
- RM de ambas tibias. Sin alteraciones.

Tratamiento: Bajo la sospecha de osteosarcoma parostal se realiza biopsa incisional que confirma el diagnóstico anatomopatológico de osteosarcoma de bajo grado de malignidad con patrón condroblástico. Debido al gran tamaño y ante la imposibilidad de conservar aporte neurovascular distal por la infiltración del tumor, se realiza una amputación de miembro inferior izquierdo a nivel de tercio medio de muslo.

La evolución cursa con infección superficial de la herida del muñón por Estafilococo Aureus y Citrobacter Freundi, resuelta con curas locales y antibioticoterapia específica.

El informe anatomopatológico de la pieza operatoria es: *osteosarcoma parostal (grado 2) con afectación medular y focos de desdiferenciación*.

Posteriormente, el paciente se derivó al Servicio de Oncología donde ha recibido 3 ciclos de quimioterapia con cisplatino+adriamicina.

Se realizó adaptación protésica en miembro inferior izquierdo, requiriendo el paciente para la deambulación un bastón inglés.

Evolución: Durante el seguimiento del paciente no se detecta ninguna alteración en los estudios de control hasta junio del 2006, donde se observa metástasis única en língula pulmonar, sin otra afectación a distancia. Se realiza resección de la metástasis con buena evolución postquirúrgica.

En septiembre del 2007 se observa tumoración en glúteo D, motivo por el cual se realiza RM (figura 7) de ambos glúteos y pelvis, objetivándose tumoración nodular en glúteo mayor D con captación difusa de contraste y cambios inflamatorios adyacentes a correlacionar con clínica. Con el estudio de imagen de RM se decide realizar biopsia incisional.

Diagnóstico AP: compatible con osteosarcoma bien diferenciado. Al mismo tiempo se realiza estudio de extensión con los siguientes informes:

- Gammagrafía ósea con Tc^{99} (figura 8). Depósito focal patológico del trazador en raíz de muslo I y glúteo D. Alteración excretora con ectasia del sistema pielocalicial del riñón I.
- Tc toraco-abdomino-pélvico (figura 9). Lesión calcificada en retroperitoneo, de 10 cms de longitud, que desplaza riñón izquierdo. Compatible con metástasis. Lesión en glúteo derechas y adenopatías inguinales izquierdas compatibles con enfermedad metastásica.
- Dada la diseminación de la enfermedad, el paciente no es subsidiario de tratamiento quirúrgico de las lesiones focales. Debido a ello inicia tres ciclos de quimioterapia paliativa y control del dolor bajo supervisión del servicio de oncología.

Figura 2

Figura 3

Discusión: El osteosarcoma parostal es un tumor formador de osteoide originado en la superficie del hueso, siendo característica su abundante producción de hueso mineralizado. Se trata de un tumor de bajo grado de malignidad y de curso indolente, aunque pueden existir en su seno áreas de desdiferenciación.

Es un tumor poco frecuente (5% del total de ostesarcomas), de localización casi exclusiva en metáfisis de huesos largos. La forma más frecuente de presentación es como masa indolora. La duración de los síntomas puede llegar a ser de 1, 2 años antes de acudir a consulta.

Debido a su biología, de crecimiento lento e indolente, suele alcanzar un tamaño importante. El estudio de imagen nos revela un aspecto ebúrneo, originándose en la superficie del hueso, con tendencia a envolverlo. En RM y TC se pueden visualizar áreas radiotransparentes y de hipervascularización que suelen corresponder con focos de desdiferenciación[1,2]. Estas zonas son fundamentales de cara a la biopsia y al enfoque final del tratamiento.

Para su diagnóstico es fundamental que la biopsia sea tomada de la zona más periférica y menos osificada, incluyéndose las zonas previamente descritas.

Figura 4

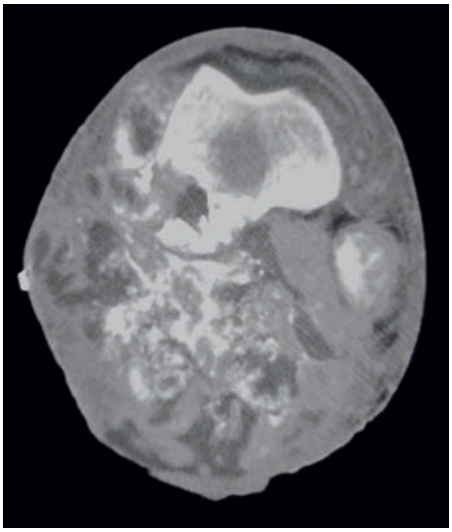


Figura 5

El diagnóstico diferencial debe incluir el osteosarcoma perióstico, el osteosarcoma de superficie de alto grado, exostosis y el osteoma parostal. Dada la procedencia del paciente se tomaron cultivos para descartar cualquier tipo de patología infecciosa, resultando éstos negativos.

Acorde con su biología la recidiva local puede ocurrir tras 10 años de seguimiento postquirúrgico. Hay metástasis descritas incluso por encima de 20 años.

El tratamiento estándar es la cirugía marginal ampliada con conservación de la extremidad, utilizando distintos métodos para reconstrucción[1,4,5]. La amputación puede estar indicada por la expansión local del tumor, afectación neurovascular y/o recidiva local. La quimioterapia sólo estará indicada cuando haya desdiferenciación[1,3] (grados 3 y 4), y será empleada como neo y adyuvante del mismo modo que para el osteosarcoma convencional.

El estadiaje de un tumor es el proceso de clasificación del tumor, especialmente los malignos, en lo referente a su grado de diferenciación así como su diseminación tanto local como a distancia, con la finalidad de poder establecer un tratamiento adecuado y el pronóstico de dicho tumor. El estadiaje permite al cirujano planificar un tipo de resección en función de un tipo específico de tumor, localizado en un compartimento determinado. En el caso de los tumores musculoesqueléticos dicho estadiaje está basado en la combinación de los hallazgos de la exploración física y de las pruebas complementarias. La biopsia y análisis anatomopatológico son partes esenciales a realizar, pero siempre como paso final.

La radiología convencional es la prueba básica en la evaluación de los tumores óseos, que junto con la anamnesis y la exploración física nos permitirán establecer el diagnóstico de sospecha en el 80% de los casos.

Las pruebas de laboratorio son parte esencial del estadiaje, ya que a través de ellas podemos llegar al diagnóstico de la patología subyacente, como es el caso de un mieloma múltiple, o de la respuesta al tratamiento. Es

esencial la realización de: hemograma completo, VSG, electrolitos (Ca y PTH), catecolaminas en orina, enzimas hepáticas, F ácidas y alcalinas, PSA, antígeno carcinoembrionario, electroforesis de proteínas, sangre en orina, Cr y urea.

La TC nos permitirá un estudio de tórax, abdomen y pelvis en busca de enfermedad a distancia. La utilización de contraste nos permitirá la evaluación de lesiones en partes blandas, así como la utilización de TC helicoidal nos facilitará una reconstrucción en 3D para el estudio de las lesiones óseas.

La RM es una valiosa herramienta en la examen de las lesiones de partes blandas y de la extensión tanto intra como extramedular de las lesiones óseas. También es muy útil en la valoración de las estructuras neurovasculares en relación con el tumor así como lesiones quísticas. Además puede darnos información diagnóstica referente a una gra variedad de tumores de partes blandas como por ejemplo lipomas, liposarcomas, sinovitis vellonodular pigmentada, hemangiomas y fibromatosis. Tanto la TC como la RM pueden ser usadas como evaluadores de respuesta al tratamiento.

La gammagrafía tiene como fin la determinación de la existencia de metástasis, de enfermedad poliostótica y de la afectación ósea consecuencia de un sarcoma de partes blandas adyacente. También puede servir como medidor de respuesta al tratamiento.

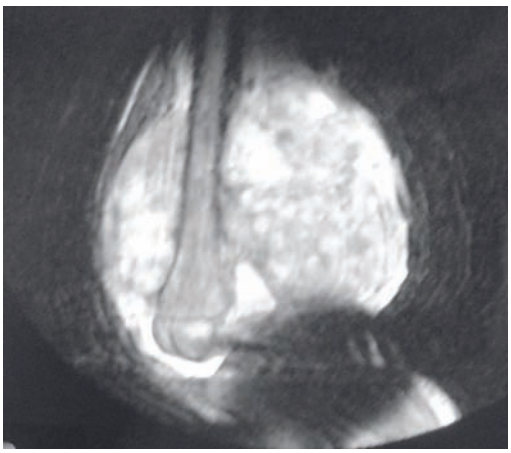


Figura 6

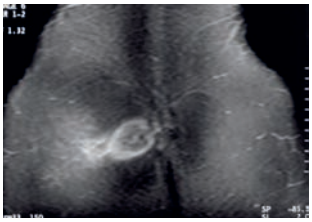


Figura 7

La angiografía es una técnica básica en el examen prequirúrgico del tumor, ya que gran parte de ellos tienden a desplazar las estructuras vasculares debido al tamaño del sarcoma o del componente extraóseo. También conviene saber de la existencia de anomalías vasculares y de la permeabilidad distal, debido a que, por ejemplo, podríamos llegar a tener que ligar la arteria femoral profunda en la resección de un sarcoma en cuádriceps. Por último, está su uso como embolización previa a cirugía (como por ejemplo en las metástasis de un hipernefroma) y para quimioterapia intraarterial.

En resumen, con una buena anamnesis, exploración física, Rx convencional y laboratorio podremos establecer un diagnóstico diferencial. Para completar el estudio del sarcoma haremos uso de técnicas complementarias como la TC, RM, gammagrafía y angiografía. Con todo ello podremos planificar el tipo de resección en función del diagnóstico de sospecha y compartimento de localización del tumor, y, finalmente, el tipo y ejecución de la biopsia como paso previo del tratamiento definitivo.

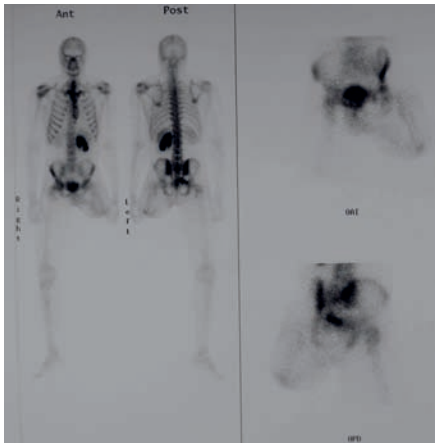


Figura 8

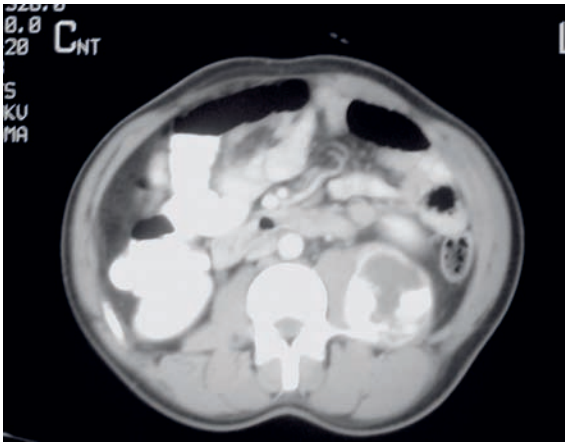


Figura 9

BIBLIOGRAFÍA

1. Campanacci M. *Bone and soft tissue tumors*. Second edition, 1999. Piccin Nuova Libraria.

2. Futani H, Okayama A, Mauro S, Kinoshita G, Ishikura R. *The role of imaging modalities in the diagnosis of primary dedifferentiated parosteal osteosteosarcoma*. J Orthop Sci. 2001; 6(3): 290-4.

3. Sheth DS, Yasko AW, Raymond AK, Ayala AG, Carrasco CH, Jaffe N, Murray JA. *Conventional and dedifferentiated parosteal osteosarcoma. Diagnosis, treatment, and outcome*. Cancer. 1996 Nov 15; 78(10): 2136-45.

4. Grimer RJ, Taminiau AM, Cannon SR. *Surgical outcomes in osteosarcoma*. J bone joint surg. April 2002; 84 (3).

5. Brosjö O, Bauer HCF. *Diagnostic procedures and surgical treatment of bone sarcomas*. Acta Orthop Scand. 2004 (suppl 311); 75.

6. Malawer MM, Sugarbaker PH. *Musculoeskeletal cancer surgery*. Kluwer Academic Publishers, 2001.

JORNADA DE INVIERNO SOMACOT

El día 8 de Marzo se han celebrado las *Jornadas de Invierno SOMACOT*. Por primera vez, estas jornadas se han realizado de forma conjunta con otra Sociedad ortopédica regional, la *Sociedad Castellano – Leonesa – Cántabro – Riojana*. La organización estuvo a cargo del servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital Santos Reyes. La localidad de Aranda de Duero (Burgos) fue la sede de la reunión y el Dr. Ángel Álvarez Romera, Jefe del Servicio, fue el encargado de organizar el evento.

Se presentaron tres mesas científicas. La primera, sobre *traumatología* tuvo como moderador al Dr. Paz Vidal, del complejo hospitalario de Palencia. Se presentaron diversos casos clínicos de gran interés y complejidad, resueltos quirúrgicamente de forma favorable. La segunda mesa científica, trataba de Tumores de Partes Blandas. El moderador fue el Dr. González López, del Hospital de la Paz (Madrid). Igualmente, se presentaron una serie de casos clínicos muy complejos sobre este tipo de tumores. La mesa culminó con una conferencia por parte del Dr. Eduardo Ortiz Cruz, del Hospital de la Paz, sobre generalidades y principios de la cirugía en sarcomas de partes blandas.

La tercera mesa científica, moderada por el Dr. García Alonso, del Hospital Rio Hortega de Valladolid, trato sobre diversos aspectos actuales y controvertidos de la artroplastia de cadera. Se evaluaron: nuevos diseños, como las prótesis de recubrimiento, nuevos pares de fricción, y nuevos abordajes según técnicas mínimamente invasivas (MIS).

La reunión científica culmino con una conferencia magistral sobre el tratamiento de las infecciones en las artroplastias totales de cadera a cargo del Dr. Gil Garay del Hospital de la Paz. Un momento especialmente emotivo ocurrió cuando al Dr. Gil Garay, natural de la localidad, Aranda de Duero, se le otorgo la medalla de oro de la Sociedad Castellano Leonesa.

Si la parte científica de la reunión estuvo a un gran nivel, no lo fue menos la parte lúdica. Tuvimos la ocasión de poder charlar con antiguos compañeros y amigos que trabajan en la Comunidad Castellano-Leonesa. Todo el evento se realizo en un marco incomparable, la Finca Mesón de la Villa. En este lugar tuvo lugar la comida de trabajo, con una esplendida gastronomía que hizo las delicias de todos los asistentes.

Desde La Junta Directiva de la SOMACOT agradecemos la cálida acogida de todos los asistentes a la reunión conjunta, y especialmente a su Presidente, el Dr. García Alonso por haber facilitado este encuentro tan entrañable. Esperamos que se repita en un futuro.

Aspecto de la sala durante la Reunión científica

Mesa SOMACOT durante la comida de la Reunión

Homenaje al Dr. Gil Garay

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. d) Adjuntar Currículo Vitae.

La Comisión Evaluadora está compuesta por: a) Presidente de la SOMACOT, que asumirá la presidencia de la Comisión. (En su ausencia podría 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

IV CURSO DE CIRUGÍA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR CLÍNICA CEMTRO

Dr. Fernando García de Lucas. Jefe de la Unidad de Cirugía de la Mano y Miembro Superior. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica CEMTRO

Los días 17 y 18 de enero de 2008 la Unidad de Cirugía de Mano y Miembro Superior de la Clínica CEMTRO realizó el IV Curso Teórico-Práctico de Cirugía de la Mano y Miembro Superior con la colaboración del Departamento de Anatomía y Embriología Humana II de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Como en años anteriores, el curso se centró en un tema monográfico que en esta ocasión fue "**LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CODO"**. Desde su inicio, la filosofía de estos cursos ha sido profundizar en el tema elegido con el fin de realizar una actualización a cargo de profesionales de reconocido prestigio y experiencia. El tiempo me ha convencido de que en eventos de este tipo, la relación entre ponentes y cursillistas es cordial y cercana, facilitando la dinámica de preguntas y respuestas en las discusiones que siguen a las ponencias, consiguiendo un mejor conocimiento del tema tratado.

El día 17 se llevó a cabo la jornada práctica en la Facultad de Medicina, en la que los asistentes pudieron realizar abordajes quirúrgicos del codo y técnicas de osteosíntesis en cadáver fresco, para lo que contaron con un manual de técnicas quirúrgicas y el apoyo de los monitores que les prestaron la ayuda necesaria. Hubo talleres que permitieron a los cursillistas conocer diferentes dispositivos de fijación interna para las lesiones traumáticas del codo y, al final de la mañana, el Dr. Samuel Antuña colocó una prótesis total de codo en un cadáver y la intervención se retransmitió en una sala en la que los asistentes pudieron ver los detalles de la técnica y realizar las preguntas que consideraron oportunas. Tras la comida en la Facultad de Medicina, la jornada continuó por la tarde con la presentación de casos clínicos que hicieron amena la última parte del día.

La jornada teórica se realizó en el salón de actos de la Clínica CEMTRO. Los ponentes hicieron una brillante actualización sobre las lesiones traumáticas que afectan al codo. Fue una jornada intensa y densa en la que hubo una participación muy activa por parte de todos los asistentes y a pesar de la amplitud del programa se consiguió llegar al final que culminó con una comida en la que se pudieron intercambiar ideas y comentar asuntos relacionados con la jornada, al mismo tiempo que se fomentaban las relaciones sociales.

El resultado de la encuesta de calidad que se realizó al finalizar el curso, me anima a continuar organizando cursos con la misma filosofía que hasta el momento. Agradezco a los ponentes su participación y a los asistentes su presencia que constituye un estímulo para seguir en esta línea.

Universidad de Alcalá

SaludMadrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

FALTA TEXTO PARA ESTA NOTICIA

Abril 2008

VI Curso Internacional de Artroplastias.
8-11 de abril de 2008.Barcelona..
Web: http://www.artroplastias.com/

LI Seminario - SATO - Patología degenerativa del raquis cervical
Abril 2008. Hosp. De la Serrania. Ronda –Malaga
Información: Itziar Jaén .Teléfono: 954991500. E-mail: itziar@sayco.net

17th European Orthopaedic Research Society Meeting –EORS
24th to 26th April 2008.Madrid (Spain)
E.mail:eors@medacad.org. website: www.eors.eu

Revision Hip Surgery
April 8-9, 2008 . The Royal College of Surgeons of England, London, (UK)
Email: orthopaedics@rcseng.ac.uk .Website: http://www.rcseng.ac.uk

27th Annual Meeting. European Paediatric Orthopaedic Society (EPOS)
April 9-12, 2008 .Hilton Hotel, Warsaw, Poland,
Email: przewodniczacy@ppos.pl .Website: http://www.ppos.pl

5th World Congress of Sports Trauma & 6th Asia-Pacific Orthopaedic Society for Sports Medicine Meeting
April 11-13, 2008. Hong Kong SAR, China,
Email: poyee@ort.cuhk.edu.hk .Website: http://www.cuhk.edu.hk/whoctr/wcst2008/

Edinburgh Hand Course 2008
April 21-23, 2008. Lister Postgraduate Institute, Edinburgh, United Kingdom,
Email: Kay.Leslie@nes.scot.nhs.uk .Website: http://www.lister-institute.ed.ac.uk

Annual Meeting Pediatric Orthopaedic Society of North America 2008
30th April to 3rd May of 2008. Alburquerque.New Mexico(USA)
Email goldberg@aaos.org Web site www.posna.org

Mayo 2008

XXIII Congreso de la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SOGACOT): Tumores del Aparato Locomotor
30 y 31 de Mayo de 2.008.C. H. U. Juan Canalejo, A Coruña
Teléfono: 981 268 456 / 639 004 887.E-mail: jculloa@meiga.info.Web: http://www.sogacot.org

9th EFORT Congress
29th May to 1st June 2008.Nice.France
www.effort.org

5th International Meeting «Modern Trends and Perspectives in total Hip and Knee Arthroplasties» Revisions
8th to 9th May of 2008. Complesso Monumentale S. Spirito in Sassia Rome.Italy
Email info@aimgroup.it. Web site www.aimgroup.eu/2008/revisioni

5th International Shoulder Course
May 8-10, 2008. Congress Center Villach, Villach, Austria.
Email: info@shoulder.org .Website: http://www.shoulder.org

Current Concepts in Joint Replacement - Spring 2008
May 18-21, 2008 .Current Concepts Institute, Las Vegas, NV, United States,
Email: info@ccjr.com .Website: http:// http://www.ccjr.com

13th ESSKA 2000 Congress
May 21-24, 2008 .Congress and exhibition centre Alfandega, Porto, Portugal,
Email: esska@intercongress.de .Website: http://**www.esska2008.org**

Agenda

35th European Symposium on Calcified Tissues
May 24-28, 2008 .Barcelona, Spain,
Email: admin@ectsoc.org .Website: http://www.ectsoc.org

9th European Congress of Trauma and Emergency Surgery
May 25-28, 2008 .Budapest, United Kingdom,
Email: eurotrauma2008@mondial.at .Website: http://www.eurotrauma2008.org

8th World Biomaterials Congress
May 28 - June 1, 2008. Amsterdam, Netherlands,
Email: expo.wbc2008@lgce.nl

Junio 2008

Domestic Meeting of the European Hip Society (EHS) and Spanish Hip Society Meeting (SECCA)
June 10th - 14th, 2008 . Palacio de Congresos y Exposiciones .Madrid (Spain)
Secretary: Torres Pardo. E-mail:a.marzo@torrespardo.com . Web:http://www.ehs2008.com

XXXVIII Congreso de la SATO. "Cirugía Artroscópica del Hombro". " Infecciones en artroplastias"
19-21 Junio 2008. Palacio de Congresos de Cádiz
Información: Itziar Jaén.Teléfono: 954991500 E-mail: itziar@sayco.net

15th Congress of the European Rheumatism and Arthritis Surgical Society
6th to 7th June 2008.Barcelona.Spain
Email erass@activecongress.es Web site www.activecongress.es/erass2008

EUROHAND 2008 13th Congress of the FESSH / 9th Congress of the EFSHT
19th to 21th June of 2008.Lausanne. Switzerland
E.mail s.knuesli@schlegelheath.ch Web site www.congress-info.ch

The 1st World Congress of Minimally Invasive Spine Surgery & Techniques (MISST)
June 4-7, 2008 .Hilton, Hawaiian Village, Honolulu, HI, United Kingdom,
Email: kevin@spinal-foundation.org. Website: http://www.wcmisst.org

121st Annual Meeting American Orthopaedic Association
June 4-7, 2008 .Quebec City, Canada,
Email: cynthia@canorth.org. Website: http://www.aoassn.org;www.coa-aco.org

10th EFAS Instructional Course
June 13-14, 2008. Lyon, France,
Email: efas@eventplus.ie . Website: http://www.efas.co.uk.