Noticias SO.MA.C.O.T.

www.somacot.org Marzo 2012 34 Número

Boletín Informativo de la **Sociedad y la Fundación Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología**

Director: J. Sanjurjo Portus

S U M A R I O

1. **INFORMES DE LA JUNTA DIRECTIVA**

2. **REPORTAJES SOMACOT**
   - BECA SOMACOT: ROTACIÓN EN *HOSPITAL FOR SPECIAL SURGERY* DE NUEVA YORK.
   - HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LA HERIDAS.

3. **CASOS CLÍNICOS**
   - DOLOR, INFLAMACIÓN Y DEFORMIDAD PROGRESIVA DE CODO SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO.
   - MIELITIS SECUNDARIA A DESCOMPRESIÓN AGUDA DEL CANAL MEDULAR TRAS RESECCIÓN DE OSTEOCONDROMA VERTEBRAL.

4. **NOTICIAS SOMACOT**

5. **AGENDA**

El Dr. Mark C. Gebhardt ponente invitado en el XXII Congreso Anual SOMACOT organizado por el servicio de traumatología de Fuenlabrada celebrado el pasado octubre en Rascafria.

INFORME PRESIDENTE

Dr. Miguel Ángel Plasencia Arriba

Durante los días 20 y 21 de octubre se ha celebrado en la localidad madrileña de Rascafría el XXII Congreso Anual SOMACOT. Este congreso ha estado organizado por el Hospital de Fuenlabrada. El Dr. García Lázaro, jefe del servicio de cirugía ortopédica y traumatología del citado hospital, ha conseguido configurar un programa científico muy atractivo, con ponentes del más alto nivel de nuestra especialidad, lo que ha propiciado un considerable éxito, tanto científico como de asistencia. Además, el magnífico lugar elegido para la celebración, el convento del Paular, así como donde tuvo lugar la cena de gala, permitió crea un clima de concordia entre los compañeros traumatólogos madrileños que será difícil de olvidar. Desde estas líneas quiero felicitar al Dr. García Lázaro y a todo su equipo colaborador por el éxito de este congreso.

En otro orden de cosas, se ha puesto en marcha la Fundación SOMACOT. Finalmente, contamos en la actualidad con todos los requisitos administrativos, y a partir de ahora será la fundación SOMACOT la encargada de proporcionar la cobertura de todos los premios y becas que otorgue nuestra sociedad. De igual forma, será la fundación la encargada de desarrollar los programas formativos en forma de: cursos, monografías científicas y de impulsar las ayudas para las publicaciones científicas en revistas extranjeras. Este último recurso sigue siendo insuficientemente utilizado por nuestros afiliados, a pesar de su gratuidad, por lo que aprovecho la ocasión para animar a nuestros socios a enviar sus trabajos científicos, los cuales serán traducidos en lengua inglesa para su publicación en revistas de impacto.

Durante este nuevo año, 2012, vamos a celebrar las tradicionales Jornadas de Invierno junto con el curso de formación de residentes y adjuntos jóvenes que se venía realizando de forma habitual en Aranjuez. El motivo fundamental de unir los dos eventos es que ambos tienen una misma finalidad, la formación en temas concretos de nuestra especialidad. Además, el curso de residentes tiene una gran acogida entre los MIR de nuestra comunidad, y queremos aprovechar este impulso para desarrollar el temario de la comisión nacional de la especialidad a lo largo de cinco años. Este curso se desarrollará en los primeros días de abril y seguramente busquemos otra sede distinta a Aranjuez para su celebración. Los temas elegidos para esta ocasión son: la cadera y el hombro. Esperamos contar con un importante número de participantes, como en años anteriores, y que sea un gran éxito científico.

Otro punto importante de la actividad societaria es nuestra página web. Desde estas líneas quisiera insistir en que la web de la somacot (www.somacot.org) es el punto de encuentro de todos los socios. Por ello, está abierta a divulgar en su contenido todo evento científico que se produzca en la comunidad de Madrid, como reuniones, congresos, etc. Hago un llamamiento desde estas líneas para que los organizadores de estos eventos soliciten la difusión de sus reuniones científicas utilizando nuestra web, simplemente contactando a través de nuestro correo institucional: somacot@somacot.org

Iniciado el nuevo año, quiero agradecer el apoyo económico que recibe la SOMACOT de todos nuestros patrocinadores: Serhosa, Striker-Howmwdica, Lilly, Boeringher. Les deseo para ellos, en este nuevo año, todo tipo de éxitos profesionales, y que podamos seguir contando con su ayuda.

Mis últimas palabras son de condolencia por la pérdida de un buen amigo y un gran colaborador de nuestra sociedad. El fallecimiento repentino del Dr. Javier Rodríguez Álvarez ha dejado huérfana a su actual Junta Directiva que echa en falta sus inestimables consejos de persona inteligente, experimentada y buena conocedora de las relaciones humanas.

Descanse en paz.

INFORME TESORERO

Dr. Jesús Campo Loarte

Estimados compañeros:

Procedo a informaros acerca de la situación actual de nuestra Sociedad desde el punto de vista económico.

Se hizo llegar a los miembros de la Junta Directiva el saldo económico final, tras la celebración del XXII Congreso Anual que tuvo lugar en el Paular, organizado por el Hospital de Fuenlabrada. Al éxito de afluencia de asistentes, el excelente nivel científico que demostraron todos los ponentes y el rigor organizativo, hay que añadir un saldo positivo a favor de la Sociedad; por lo que felicitamos al Dr. Francisco Javier García Lázaro y a todos los miembros de su Servicio por el buen trabajo realizado.

Se ha recaudado el importe correspondiente a las cuotas anuales de nuestros socios, y se han satisfecho las cantidades correspondientes a los premios y las becas concedidas.

Durante la Asamblea que tuvo lugar en dicho Congreso, se informó de la intención de la Junta de realizar cambios en el producto bancario en el que depositamos nuestros haberes, con el fin de intentar conseguir un mayor rendimiento a los mismos, obteniéndose la aprobación de la Asamblea. Asimismo, y una vez formalizada toda la documentación necesaria para la puesta en marcha de la Fundación Somacot, es intención de la Junta, realizar la mayor parte de las operaciones a través de la cuenta de la Fundación en el futuro; para obtener las ventajas fiscales correspondientes, siempre dentro de la actividad que los estatutos nos permiten.

En el mes de diciembre, el Dr. Plasencia como Presidente de la Somacot y yo mismo, como tesorero, procedimos a realizar estos cambios, consiguiendo una rentabilidad de nuestra cuenta de ahorro a un 3,5% de interés a 2 años, frente al 1% a un año y tres meses que teníamos previamente.

De esta forma podemos decir, que la situación económica actual de la sociedad está saneada, lo cual revertirá en una mejor atención a nuestros socios y sus necesidades en el futuro. Os informaremos de todas las iniciativas que tomemos en este sentido en los sucesivos boletines.

Muchas gracias.

INFORME VOCAL ASUNTOS PROFESIONALES

Dr. Antonio J. Pérez-Caballer

Estimados compañeros:

La vocalía de asuntos profesionales sigue estudiando las opciones de alcanzar algún tipo de acuerdo con entidades de gestión en el área del derecho sanitario preventivo, campo en el que es necesario avanzar de cara a poner todo el interés posible en que exista una prevención real y eficaz de una serie de actos de nuestro día a día cuya falta de observancia o conocimiento real puede llevarnos a situaciones comprometidas. En este sentido, se han iniciado ya contactos para poder obtener tratamiento especial a través de la Somacot en temas como asesoramiento jurídico directo a nivel individual o de servicio, auditoría y análisis de actuaciones eficientes y seguras referentes a documentación clínica, información, consentimientos, LOPD, contestación a reclamaciones, adecuación del personal de apoyo, etc.

Pueden, igualmente, considerarse determinados planes de formación para los distintos profesionales de nuestro equipo a nivel de servicios hospitalarios, ya sea en el ámbito público o privado. Se trata de una tarea que en muchos lugares esta aún por desarrollar y con la que la Somacot pretende ofrecer una herramienta que aporte seguridad a nuestro quehacer diario. La próxima reunión de residentes, a celebrar en Alcalá de Henares en el mes de abril puede ser un foro adecuado para comentar las distintas posibilidades esbozadas e informar a continuación a nuestros socios de los acuerdos que hayan podido establecerse.

VOCALÍA DE HOSPITALES

Dr. Eduardo José Ortiz Cruz

Tras la reunión de Jefes de Servicio el día 1 de abril de 2011, en Aranjuez durante el V Jornadas SO.MA.C.O.T. para adjuntos y residentes en COT de la Comunidad de Madrid en la que se abordó las Problemáticas de los Jefes de Servicio de COT en la Comunidad de Madrid y que creemos fue un éxito por la calidad de las discusiones y por la presencia de la mayoría de Jefes de Servicio. Por ello, en la Junta Directiva de la SOMACOT y por iniciativa de nuestro Presidente, Dr. Miguel A. Plasencia se está planificando una nueva reunión de Jefes de Servicio que coincida con las Jornadas para Adjuntos y Residentes los días 12 y 13 de abril en Aranjuez. En esta ocasión se debatirá el PLAN ESTRATÉGICO DE COT, impulsado por la Conserjería de Sanidad como tema principal, también se debatirá el resultado final de la OPE, si para esa fecha está concluido, al igual que el Registro de Artroplastias.

Sirvan estas líneas para desearos a todos un Feliz Año e insistir que como vocal de hospitales estoy a la orden en cuanto a sugerencias y tratar de ser un nexo de unión entre los diferentes hospitales y SO.MA.C.O.T.

Un saludo

INFORME DE LA VOCALÍA DE RESIDENTES

Dr. José Manuel Argüello Cuenca

Estimados compañeros, no quiero dejar pasar esta oportunidad que me brinda el boletín de la sociedad matritense para felicitar al Dr. García Lázaro por la magnífica organización del XXII Congreso Anual de la SOMACOT, así como el altísimo nivel de las comunicaciones ofrecidas en dicho evento y el elevado índice de participación en tan interesantes sesiones.

Tampoco he de dejar pasar esta oportunidad para recordaros las facilidades que os presta la sociedad de cara a la confección de artículos científicos y su adaptación al formato e idioma de las más relevantes revistas de la especialidad a nivel nacional e internacional.

Por último, os emplazo para el próximo gran evento que organiza la SOMACOT, las tradicionales jornadas de residentes y adjuntos jóvenes, que este año cambia su formato y ubicación pero manteniéndose fiel al espíritu que tanta aceptación ha cosechado año tras año. Dicha cita tendrá lugar en Alcalá de Henares, los días 13 y 14 de abril, y versará sobre patología ortopédica de hombro y cadera. Habrá sesiones teóricas y prácticas con talleres interactivos. Os animo a participar como asistentes y como ponentes de casos clínicos.

Sin más, os facilito mi e-mail en el que muy gustosamente resolveré vuestras dudas y preguntas

(jarguello.hgugm@salud.madrid.org).

Un saludo.

BECA DE FORMACIÓN SOMACOT: ROTACIÓN EN HOSPITAL FOR SPECIAL SURGERY DE NUEVA YORK

Dr. José Manuel Argüello Cuenca. ***H.U. Gregorio Marañón***

Fue a raíz del consejo que un antiguo residente mayor me dio, y nunca le estaré lo suficientemente agradecido por ello, cuando me entró el gusanillo de rotar en el extranjero. Por aquel entonces, él finalizaba su residencia y acababa de llegar del *Hospital for Special Surgery*, HSS, de Nueva York, emocionado con lo que había aprendido sobre ortopedia del adulto, campo en el que estaba muy interesado. Yo, aún más inexperto que ahora, me sonaba a cantos de sirena, ya que mi conocimiento del tema era escaso o inexistente, pero su grado de satisfacción, me hizo ver que aquel lugar del que venía, era, y es, y así lo ratifica el último listado de los mejores centros hospitalarios de los EE.UU., según la famosa revista de valoración americana *US News & World Report*, el mejor hospital en ortopedia y el segundo en reumatología.

El tiempo fue pasando y llegó el momento de plantearse la rotación externa en este centro. Para ello contaba con medio camino andado, ya que varios residentes de mi hospital habían elegido este destino para realizar su estancia en el extranjero, y, por la inestimable ayuda del Dr. Villanueva, que mantiene una estrecha relación con el responsable de la patología ortopédica y cirugía reconstructiva compleja del miembro inferior del HSS, el Dr. Matías P.G. Bostrom (profesor de ortopedia de la *Weill Cornell Medical College*).

Con un año de antelación inicié los trámites para mi estancia en dicho hospital y tras innumerables correos electrónicos de ida y vuelta con el departamento responsable del *Academic Visitor Program*, el 11 de marzo confirmaron la aceptación de mi propuesta de rotación externa en su centro. A ella se unió la de mi departamento, a través del jefe de Servicio y del tutor de residentes, la comisión de docencia de mi hospital y la agencia Laín Entralgo.

Tras este ajetreo inicial fue pasando el tiempo hasta que llegó el esperado 5 de noviembre, día en que volé rumbo a Nueva York para empezar mi rotación de 5 semanas el lunes 7 del mismo mes. A las 08:30 h tenía cita con la responsable del *Academic Visitor Program* que muy amablemente me facilitó la tarjeta identificativa para poder moverme libremente por el hospital así como el organigrama del centro.

El hospital se encuentra entre las calles 70 y 71 Este, entre la Avenida York y el río. Consta de 9 plantas con la siguiente distribución: primera y segunda planta, Rehabilitación y salas de conferencias; tercera planta, consultas, Radiología y vestuarios de quirófanos; cuarta planta quirófanos y UVI; quinta, sexta y séptima, habitaciones de hospitalización de pacientes del área de traumatología y reumatología; octava planta, Reumatología, administración y biblioteca y novena planta, Cirugía Mayor Ambulatoria. Al edificio principal hemos de sumarle el edificio Belaire, dedicado al servicio de Rehabilitación, y el *Hip Preservation Center*, de reciente construcción debido al interés creciente de la sociedad americana en patología de cadera del adulto joven, dirigido por el famoso Dr. Kelly.

Mi planificación semanal se desarrollaba de la siguiente manera: el lunes era día de quirófano de artroplastias primarias tanto de cadera como de rodilla con 9 a 11 casos cada día, trabajando «a dos quirófanos». Empezábamos a las 08:00 h y no terminábamos antes de las 17:00 h. Los martes la jornada empezaba a las 07:00 h con la sesión general. Tras ella, el Dr. Bostrom se dedicaba a los proyectos de investigación que, como responsable del programa de formación de los *felowship*, dirigía. Es por ello, que el Dr. Bostrom me invitaba a participar en quirófano con otros miembros de la plantilla como el encantador y archiconocido Dr. Eduardo Salvati y el Dr. Edwin Su, que para los que no le conozcan, implanta entre 300 y 400 prótesis de *resurfacing* de cadera el año. Los miércoles el *Journal Club* con el Dr. Gonzalez Della Valle comenzaba a las 07:00 h y en él se revisaban varios artículos científicos con respecto a un tema ortopédico seleccionado. A las 09:00 h empezaba la consulta con el Dr. Bostrom hasta las 17:00 h. Los jueves se iniciaban a las 07:00 h con la sesión clínica de ortopedia donde se exponían casos complejos, abiertos o cerrados, a cargo de los *fellows* o residentes. A las 08:00 h empezaba el quirófano de recambios protésicos con entre 6 y 8 enfermos, igualmente «a dos quirófanos», finalizando no antes de las 18:30 h. Los viernes nuevamente eran días de consulta de 09:00 h a 17:00 h.

Dr. Bostrom y su *fellow*, Dr. Saseendar.

En las consultas había citados 35 pacientes a los que la enfermera clínica entrevistaba para que a continuación el Dr. Bostrom valorara y exploraba para decidir el tratamiento definitivo. En dichas consultas no sólo se revisaban pacientes intervenidos sino que se atendían nuevos, si bien la gran mayoría ya habían pedido dos o tres opiniones médicas previamente sobre su patología. Por ello, el manejo de estos pacientes resultaba muy complejo, porque todos acudían a esta cita con un listado interminable de preguntas que versaba por ejemplo sobre la composición del implante, el par de fricción, la vía de abordaje, el personal de quirófano, el riesgo de infección en el centro, etc.

Como ya comenté previamente la actividad quirúrgica se desarrollaba «a dos quirófanos» dado el volumen de casos programados cada día. El personal de cada quirófano lo constituían el anestesista, el auxiliar, las enfermeras circulante e instrumentista, el cirujano y su ayudante quirúrgico, el residente o *fellow* en su defecto y en ocasiones, el visitante. Bajo el flujo laminar y el traje espacial, solo nos encontrábamos los últimos, incluida la instrumentista. Los quirófanos están totalmente informatizados, repletos de pantallas donde se muestran desde la planificación preoperatoria realizada el día previo, como se visualizan los implantes a utilizar. Y siempre bajo las estrictas normas del *Check-List*.

El tipo de patología que pude ver durante mi rotación fue de lo más variada, yendo desde coxartrosis o gonartrosis con leve deformidad asociada a casos mucho más complejos como una artroplastia de cadera en una paciente con osteogénesis imperfecta sobre unos clavos femorales telescópicos o defectos acetabulares masivos con o sin disrupciones pélvicas asociadas o recambios de protésicos de rodilla en los que hicieron falta aloinjertos masivos o dispositivos de metal trabecular para rellenar las deficiencias óseas. Gran parte de los diseños para los casos más difíciles eran hechos a medida (*custom made*), ya que el hospital cuenta con un servicio de bioingeniería que colabora estrechamente con los cirujanos ortopédicos, planificando sobre pruebas de imagen y posteriormente sobre moldes artificiales la situación pre y postoperatoria del paciente.

Durante mi estancia allí, tuve la oportunidad de asistir a dos cursos de actualización de cirugía ortopédica de miembro inferior del adulto, el Alumni Meeting y el 23 Annual Holiday Knee Course, tradicional curso anual que contó con la dirección del Dr. Steve Hass, responsable de la unidad de rodilla del HSS y con la participación de ilustres cirujanos ortopédicos como el Dr. Ranawatt, Dr. Sculco, Dr. Scuderi, Dr. Bellemans, Dr. Catani, y otros tantos nombres que nos resultan conocidos de publicaciones científicas. En dicho curso, tuve el honor de presentar un póster como colaborador del Dr. Villanueva, autor del mismo, titulado «Tantalum cones in revision total knee arthroplasty». En dicho trabajo expusimos la prometedora buena evolución de 29 implantes de metal trabecular en 21 pacientes con un seguimiento medio de 32 meses.

Junto al Dr. Salvati.

Para finalizar, y a modo de valoración crítica de mi estancia, he de destacar la máxima importancia que dan a la planificación preoperatoria, modificando muy pocas veces el plan preestablecido. En segundo lugar, el manejo tan exquisito de las partes blandas que tienen, y por último, el gran conocimiento de la biomecánica de implantes y articulaciones, que permite comprender el porqué de muchos gestos intraoperatorios. Estos tres son los mensajes que me he traído a casa, ya que el resto de detalles espectaculares como el flujo laminar, los trajes espaciales, los representantes de casas comerciales trabajando todos los días en el hospital (no olvidemos que se utilizan más de 20.000 implantes al año en este centro) son solo fruto de un sistema privado con más recursos que el nuestro, pero no por ello ni lo hacemos peor, ni somos más torpes. Lo que nos diferencia es cuestión de práctica y especialización.

No quisiera finalizar este artículo sin agradecer a todos los que han colaborado en que esta experiencia tan maravillosa y enriquecedora en lo personal y laboral, haya sido posible, y así mismo, aprovechar esta oportunidad que me brinda la SOMACOT para, como vocal de MIR, animaros a rotar en un servicio diferente al vuestro y que, en este sentido la sociedad os sirva como foro de consejo, información, y en los casos que podamos, de financiación con becas, para facilitar esta labor.

José Manuel Argüello Cuenca
Servicio de C.O.T. del H.G.U. Gregorio Marañón,

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LA HERIDAS

Dr. De Gregorio Jabato, J.L. ***Doctor en Medicina y Cirugía***

El tratamiento de las heridas a lo largo de la historia se ha visto influenciado no sólo por los avances científicos que la Humanidad ha ido desarrollando desde tiempos lejanos, si no, y de forma tan importante como lo puramente técnico, por las diferentes culturas y filosofías desarrolladas.

En el presente artículo conoceremos cómo se ha desarrollado el tratamiento de las heridas en el llamado Mundo Occidental, desde Hipócrates hasta nuestros días.

ANTIGÜEDAD

Hipócrates, médico griego que puede ser considerado como el Padre de la Medicina Occidental, nació en el año 460 A.C. y murió en el 377 A.C., creía firmemente en el poder curativo de la Naturaleza, de forma que el hombre tan sólo ayudaba a la misma a curar.

Preconizó la cauterización de las heridas como forma de tratamiento (las heridas curaban con hierro y fuego) y también defendió el valor terapéutico del descanso para la cura de la mismas.

Posteriormente, **Galeno,** médico greco-romano (nacido en el año 131 de nuestra era y fallecido en el 201), desarrolló teorías especulativas y concepciones fisiológicas en cuanto al tratamiento de las heridas que pueden considerarse como «arriesgadas» y falsas, esto es, defendió que la supuración era parte esencial del proceso curativo y difundió como milagroso el poder curativo de ciertas sustancias.

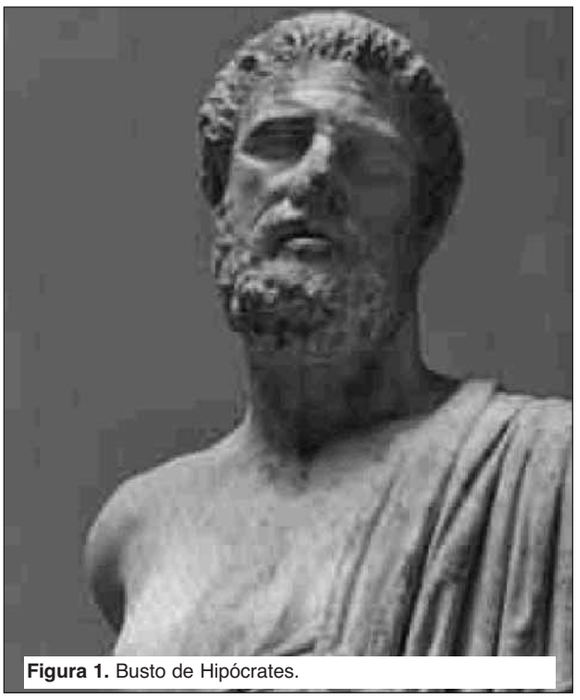


Figura 1. Busto de Hipócrates.

No obstante, estas teorías tuvieron gran difusión en la época, pudiendo considerarse a Galeno como el fundador de la fisiología experimental.

En los siglos posteriores a estos dos grandes autores, los cirujanos se dividieron en dos principales escuelas:

Hipocrática y Galénica, cada una defensora, lógicamente, de las teorías anteriormente referidas, pero sin nuevas aportaciones de interés a la Ciencia y a la forma de tratamiento de las heridas.

Con la caída del Imperio Romano de Occidente tras la invasión de los bárbaros del norte, las enseñanzas griegas, no sólo de la medicina, cayeron en el olvido, siendo tan sólo mantenidas en el **Imperio Bizantino de Oriente** durante nueve siglos, hasta el año 1453, fecha de la desaparición de Bizancio a manos de los turcos. A partir de ese momento la dispersión por Europa de los cirujanos mantenedores de las enseñanzas griegas propició un nuevo e importante resurgir de las teorías y enseñanzas de Hipócrates y Galeno ya que en importantes países se estaba comenzando a desarrollar **el Renacimiento,** movimiento Europeo ávido de «*nuevas*» filosofías y enseñanzas que se habían mantenido ocultas en el Imperio Bizantino.

ESCUELAS OCCIDENTALES

Así pues, nos encontramos con dos grandes Escuelas Occidentales, filosóficas y científicas; **la Escuela de Salerno y la Escuela de Montpellier.**

La Escuela de Salerno desarrolló su actividad entre los siglos X al XIV y fue importante centro de restauración de las enseñanzas hipocráticas, sirviendo de lazo de unión entre Hipócrates y los hombres del Renacimiento.

El principal cirujano de esta escuela fue el **Obispo de Cervía, Teodorico Borgognoni** (1205-1296), el cual defendió que no había que esperar a que hubiera pus en la herida, debiéndose limpiar las mismas sin poner ninguna sustancia en ellas y comenzó a utilizar suturas con puntos separados para facilitar el drenaje.

Seguía pues, claramente, las enseñanzas hipocráticas.

La otra gran escuela, fue la de **Montpellier** (siglos VIII al XV) con influencias de Galeno y de las enseñanzas árabes que emanaban de la España Musulmana. **Ramón Llull, Arnau de Villanova, Guy de Chaulliac y Pietro D' Argelata** figuraron entre sus grandes hombres. Este último utilizaba «polvos extraños» en el tratamiento de las heridas, aplicaba suturas y fue el primero en utilizar tubos de drenaje en lugar de separación entre los puntos de sutura.

RENACIMIENTO

Entrando de pleno en el Renacimiento, nos encontramos con Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, más conocido como **Paracelso** (1493-1541). Paracelso escribió un tratado sobre el tratamiento de las heridas, publicado en 1528, siguiendo las enseñanzas de Hipócrates sobre el poder curativo de la Naturaleza (decía en su libro que «el bálsamo de la Naturaleza es mejor que la intervención del cirujano»).

En esta época se produjeron grandes avances en el estudio de la fisiología y de la anatomía, así, **Vesalio** (Padua, 1514-1564) publicó en 1543 «De Fábrica Humanis Corporis», importantísimo tratado de medicina en el que refutaba las teorías de Galeno. Vesalio educó cirujanos con mejores y más sólidos conocimientos en el tratamiento de las heridas, realmente, con mayores bases científicas, además de las filosóficas.

Otra de las más importantes figuras en la medicina del siglo XVI, fue el español **Miguel Servet** (1511-1553), maestro instructor de anatomía en la Universidad de París y fundador de la fisiología humana científica. Describió por primera vez la circulación pulmonar en su Renovatio Christianismi, publicado en 1546, obra que ocasionó el que Calvino lo considerara hereje y, tras ser engañado y traicionado, fuese quemado en la hoguera en el año 1553, en Ginebra.

Los trabajos combinados de estos dos grandes investigadores, Vesalio y Servet, dieron las bases fundamentales sobre las que se establecieron los principios en que se apoya la cirugía moderna. Se puede afirmar que los anatómicos son discípulos de Vesalio y los fisiólogos de Servet.

PRIMEROS CIRUJANOS MODERNOS

Entre los que podemos considerar como «cirujanos modernos», nos encontramos, en primer lugar, con **Ambrosio Paré** (1509-1590) el cual observó que las heridas curaban mejor sin cauterizarlas e introdujo el empleo de una simple pomada obtenida a base de trementina, aceite de rosas y yema de huevo, que obtuvo gran difusión en la época.

Figura 2. Portada del libro de Vesalio.

Su pensamiento en cuanto al poder curativo de la Naturaleza se resume en la frase «Yo lo pienso, Dios lo hace» tomada de un tratado que publicó en 1586.

Otro importante cirujano fue **Leonardo Botallo** (1530-?) que preconizó como básico la limpieza de las heridas y demostró que el gran poder destructivo en los tejidos de las heridas causadas por arma de fuego se debía al cúmulo de cuerpos extraños y de tejidos muertos en las mismas y no a que la pólvora estuviese envenenada, como se pensaba anteriormente. Diversos cirujanos ingleses de la época también realizaron importantes aportaciones en el avance en el tratamiento de las heridas, como **William Harvey** (1578-1667), que realizó una detallada descripción de la circulación sanguínea, y **John Hunter** (1728-1793), que describió el shock y el proceso de inflamación secundario a las heridas, así como el papel que juega el sistema linfático en la curación de las mismas mediante la absorción de materiales extraños.

TRATAMIENTO MODERNO DE LAS HERIDAS

Podemos considerar como el verdadero fundador del tratamiento moderno de las heridas a **Pierre Joseph Dessault** (1744-1795), cirujano francés que empleó por primera vez en la Historia el desbridamiento quirúrgico como fundamento en el tratamiento de las mismas. Fue cirujano jefe en el Hôtel de Dieu de Paris en 1785, por lo que tuvo ocasión de tratar un gran número de heridos durante la Revolución Francesa.

Aplicó las enseñanzas de Botallo realizando grandes incisiones que ponían al descubierto ampliamente los tejidos lesionados, extirpando las zonas muertas. Discípulo de Dessault fue **Dominique Jean Larrey** (1766-1842), quien trabajó como cirujano jefe de los Ejércitos Napoleónicos y describió la gangrena gaseosa como debida a una alteración del sistema nervioso simpático en la zona donde se acumulaban los tejidos muertos, impidiendo la correcta nutrición de los mismos. En estos casos, recomendaba la amputación inmediata del miembro afecto. Años más tarde se comprobó que, además de las teorías de Larrey, la gangrena se debía a la presencia de bacterias.

La aportación más importante de este cirujano francés al tratamiento de las heridas, fue el hecho de que, el mismo, debía ser inmediato; el pronóstico dependía de que se realizara lo antes posible. Para ello creó un servicio de ambulancias que trasladaba a los heridos rápidamente desde el frente a los puestos sanitarios.

No obstante, hay que recordar que, aunque fuera con un criterio menos científico, la primera referencia que he encontrado en cuanto a la utilización de un servicio de ambulancias en la Historia, fue durante el sitio de Málaga,

Figura 3. Pirogoff aplicando anestesia con éter.

por el ejército del Rey Fernando de Aragón en 1487 y, posteriormente, por Carlos V en el sitio de Metz (1552).

La cirugía no avanzó mucho desde las guerras napoleónicas hasta la guerra de Crimea, en 1854, en la que un cirujano ruso llamado **Nicolai Ivanovitch Pirogoff** (1810-1881) tuvo que asistir a los heridos durante los catorce meses que duró el cerco de Sebastopol. En este tiempo, Pirogoff realizó diversas aportaciones al tratamiento al uso hasta entonces de los heridos e introdujo el trabajo de las enfermeras en el ejército como fundamental, ya que eran ellas las que se encargaban del tratamiento directo de las heridas.

Pirogoff introdujo el **éter como anestésico** por primera vez en 1847, pocos meses después de su descubrimiento por Bigelow y utilizó los **vendajes de yeso** para inmovilizar a los heridos, en 1854, tan sólo dos años después de la descripción de la técnica del enyesado por parte de Mathijsen.

Louis Ollier (1825-1900), otro gran cirujano francés que prestó sus servicios durante la guerra franco-prusiana de 1870, fue el creador de la **técnica de cura oclusiva** para el tratamiento de las heridas, consistente, de forma fundamental, en la inmovilización y reposo de las mismas. Esta técnica fue depurada y ampliada posteriormente por diversos cirujanos y resultó de gran utilidad en diversos períodos bélicos de Europa como más tarde veremos. Es de señalar que, desgraciadamente, los períodos históricos en que más ha avanzado la cirugía, han sido precisamente los períodos de guerras.

Un hecho de enorme trascendencia en el tratamiento moderno de las heridas, resultó la aparición de **las técnicas de antisepsia por parte de Lister,** cirujano inglés, en 1867, ya que ello supuso una muy importante mejora en el resultado del tratamiento de las heridas, sobre todo cuando las técnicas de asepsia y antisepsia se utilizaban al lado de la **extirpación de los tejidos necrosados,** tal y como preconizaba **Fiedrich,** cirujano alemán que publicó en 1898 un estudio sobre los beneficios obtenidos en el tratamiento de las heridas cuando se extirpaban ampliamente los tejidos muertos de las heridas y se dejaban bordes y fondos claramente sanos, dando así base científica a las observaciones de Botallo, Dessault y Larrey.

EL SIGLO XX

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) se apreciaron grandes diferencias entre los resultados de los cirujanos alemanes que aplicaban las técnicas de Fiedrich y los que no, lo que obligó a los servicios médicos del Ejército Alemán a hacer obligatorio su utilización de forma protocolizada. Además de aplicar las técnicas de Fiedrich, durante este período se extendió el uso de la sutura primaria de las heridas si las mismas se producían en el ámbito civil o a la sutura secundaria si ocurrían en batalla, debido a la mayor inefectividad de las mismas.

Para disminuir el número de infecciones, **Alexis Carrel** introdujo en 1915 el uso del hipoclorito sódico **(solución de Dalkin)** para limpiar las heridas. Hacia el fin de la Gran Guerra, un cirujano norteamericano llamado **Winnet Orr,** comenzó a observar que los soldados que acudían a su hospital habiendo sido tratados con inmovilización con yeso de sus heridas para facilitar su traslado desde Europa hasta América, evolucionaban mucho mejor de sus heridas que con el tratamiento sin inmovilización, ya que, a pesar de la contaminación bacteriana, las heridas se encontraban granuladas y curaban bien. No obstante, completó la técnica de Ollier utilizando drenajes para evacuar los exudados de las heridas que se acumulaban bajo los vendajes enyesados.

Desgraciadamente para nosotros, el inmenso campo de batalla en que se convirtió España de 1936 a 1939, también facilitó la posibilidad de emplear de forma masiva las técnicas de cura oclusiva para el tratamiento de las heridas anteriormente mencionadas, las cuales fueron ampliadas, depuradas y protocolizadas, dando lugar al llamado **«Método Español»** en el tratamiento de las heridas, y cuyo mayor precursor fue el cirujano catalán **Josep Trueta y Raspall.** Este método español se utilizó de forma masiva durante la Segunda Guerra Mundial por los Ejércitos Aliados y ha seguido vigente durante muchos años en los manuales de cirugía de la OTAN.

Las bases para el Método Español las encontramos en las enseñanzas de Dessault, Larrey, Pirogoff, Ollier, Lister, Fiedrich y Orr, es decir son un compendio de las aportaciones de los mejores cirujanos de los siglos XVIII al XX e incluso anteriores.

El método de Cura Oclusiva o Español consistía en:

- Tratamiento inmediato de las heridas (Larrey y Pirogoff).
- Limpieza de las heridas (Theodoric de Longoburg, Paré, Lister y Carrel).
- Excisión de los tejidos muertos (Botallo, Dessault, Larrey y Fiedrich).
- Drenaje de las heridas (D' Argelata, Lister, Orr).
- Reposo. Inmovilización con yeso (Ollier y Orr).

De esta manera se trataron numerosos heridos en las citadas guerras y posteriormente, publicándose excelentes resultados para la época, habida cuenta de que cuando se comenzó a utilizar este método, aún no existían los antibióticos.

ANTISÉPTICOS

El uso de diversas sustancias para intentar evitar las infecciones de las heridas, se ha venido realizando desde los tiempos de Hipócrates ya que, aunque no se conocía la existencia de bacterias, sí se conocían sus consecuencias: la infección.

El propio **Hipócrates** recomendaba el **agua hervida** y la limpieza de mano y uñas del cirujano antes de tratar una herida; el gran médico y cirujano árabe **Avicena** utilizaba **el vino** como aplicación en las heridas; **Paré** utilizó **la trementina** y **Burrow** (cirujano alemán) preconizó la **arcilla acética,** como antiséptico, en 1847.

El gran cirujano inglés **Lister** fue el auténtico introductor de las técnicas antisépticas, como anteriormente vimos. Defendía que los antisépticos ayudaban al cuerpo a vencer a la infección, no sustituían a la Naturaleza, pero la ayudaban (pensamiento hipocrático). Usó por primera vez en cirugía el **ácido carbólico o fenol** (utilizado en la esterilización de la basura), en Glasgow, en el año 1865.

Posteriormente, **Von Bergman** introdujo el **vapor** para la esterilización de los instrumentos y desarrolló la técnica de la asepsia.

La solución, ya mencionada, de Carrel y Dakin, a base de hipoclorito sódico, mejoró mucho los resultados en el tratamiento de las heridas en la primera mitad del siglo XX.

Los cirujanos de esta época pensaban que un buen antiséptico era aquel que:

- Pudiera aplicarse antes de que la infección estuviese presente.
- Fuera distribuido por toda la herida, penetrando en toda ella.
- No fuera tóxico para los tejidos sanos.
- Resultase activo contra la mayoría de las bacterias.
- Resistiera los efectos inactivantes de los líquidos orgánicos.

De esta forma, en pleno siglo XX, los cirujanos ¡Descubrieron el agua y el jabón!

Fleming dijo en 1928 que el mejor antiséptico eran las defensas naturales del organismo.

Lawson Tati, ginecólogo inglés contemporáneo de Lister, fue el primero en publicar la utilización como antiséptico del agua y jabón de coco, aunque **Khöch,** en 1881, ya había hecho notar las propiedades bactericidas del jabón. Posteriormente, el jabón de coco se utilizó de forma masiva durante la Gran Guerra.

Mención aparte, dentro de la antisepsia, merece el tratamiento del **tétanos,** enfermedad infecciosa íntimamente ligada a las heridas. El agente causal es el Clostridium Tetani, descubierto en tierra de jardín por el médico ruso **Nicolaiv** en 1885. Rápidamente los cirujanos se dieron cuenta de que se trataba de un germen que aparecía en heridas sucias y que comportaba una gravedad fatal. En 1890 **Behring** preparó la antitoxina tetánica con suero de caballos inmunizados y en 1931 se desarrolló la vacuna antitetánica en el Instituto Pasteur de París. No obstante, los cirujanos consideraban, y aún se considera, como mejor medida antitetánica la limpieza exhaustiva de las heridas.

QUIMIOTERAPIA

La primera referencia en el uso de fármacos introducidos en el organismo para tratar una infección se debe a **Guido Baccelli,** el cual inyectaba quinina para tratar la malaria (1890).

En el tratamiento de las heridas, las primeras sustancias utilizadas como quimioterápicas fueron las **sulfonamidas,** en 1935, por **Gerard Domagk.**

En España se comenzó a utilizar el **Prontosil** (derivado de la sulfonamida) en 1937, durante la Guerra Civil Española, con excelentes resultados, salvando, según los autores de la época, no pocas vidas. Las sulfonamidas se podían administrar por vía oral, intravenosa y tópica.

El mayor avance de la Historia de la Medicina, en cuanto al tratamiento de las heridas, puede considerarse el descubrimiento de la **Penicilina** por **Alexander Fleming** (1881-1955) en el St. Mary's Hospital de Londres, en 1929. Sin duda alguna este descubrimiento sí revolucionó el resultado en el tratamiento de las heridas, junto a la limpieza profunda de las mismas.

TRATAMIENTO ACTUAL DE LAS HERIDAS

El tratamiento actual de las heridas no es sino una recopilación de todas las aportaciones que los médicos y Cirujanos mencionados en este trabajo y otros muchos anónimos, han hecho a la largo de la Historia de la Humanidad.

Podríamos resumirlo en:

Limpieza y lavado de las heridas.
Extirpación de tejidos muertos.
Asepsia del cirujano y antisepsia de la herida.
Profilaxis antitetánica.
Profilaxis antibiótica.
Sutura de las heridas.
Drenaje de las heridas.
Inmovilización.

Por tanto, en el siglo XXI, los cirujanos ayudamos a la Naturaleza para que curen las heridas, pero, en definitiva, es la propia Naturaleza la que hace que las mismas cicatricen adecuadamente, tal y como preconizaba Hipócrates en el siglo V antes de Cristo.

DOLOR, INFLAMACIÓN Y DEFORMIDAD PROGRESIVA DE CODO SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO.

Dr. Manuel González Murillo.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

1. ANAMNESIS

Varón de 32 años de edad, sin antecedente traumático previo, que acude a urgencias para valoración de dolor en codo izquierdo de 3 semanas de evolución con leve impotencia funcional. Comenta que en las últimas semanas ha realizado sobreesfuerzos en su trabajo. Refiere que ha presentado episodios de inflamación y eritema regional. No refiere fiebre ni otra sintomatología acompañante.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Dolor en codo izquierdo a la palpación sobre epicóndilo lateral y dolor antero-medial al forzar valgo con ligero bostezo articular. Balance articular: flexión completa, extensión limitada con déficit en los últimos 10 grados de movimiento. Prono-supinación normal con dolor en rango máximo de movimiento.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

– RADIOGRAFÍA SIMPLE. Fractura-avulsión de apófisis coronoides y probable fractura epitróclea (figura 1A).

Figura 1A.

4. DIAGNÓSTICO

Fractura-avulsión de apófisis coronoides y fractura epicóndilo lateral en relación a sobreesfuerzo laboral.

5. TRATAMIENTO INICIAL

Se decide iniciar tratamiento analgésico con AINES con inmovilización con férula braquio-palmar durante 3 semanas. Se solicita TAC codo para seguimiento en consulta.

6. EVOLUCIÓN

En la TAC se observan importantes cambios degenerativos con geodas, imagen intraarticular milimétrica de calcificación, irregularidades en coronoides, epicóndilo y epitróclea, y reacción perióstica generalizada. Durante el seguimiento no se aprecia mejoría.

A los 5 meses se aprecia deformidad progresiva y episodios recidivantes de inflamación local del codo. En la exploración se aprecia inestabilidad franca, disminución del rango de movimiento y refiere la presencia de parestesias de predominio radial. Resulta especialmente llamativo la escasez de dolor para la deformidad y destrucción articular observada en nuevas radiografías (figura 1B).

Se solicitan otras pruebas complementarias:

– Analítica: hemograma y bioquímica normales: 8620 leucocitos/mm3, PCR 12,3 mg/l, VSG 16.
– TAC con contraste. Artropatía con erosiones articulares, periostitis, calcificaciones de partes blandas. Abundante derrame articular. Subluxación húmero-cubital y luxaciones húmero-radial y cubito-radial.
– RMN CODO. Fragmentación, destrucción y luxación ósea. Importante derrame articular con engrosamiento sinovial. Reacción perióstica exuberante. Compatible con Artropatía neuropática.

Figura 1B.

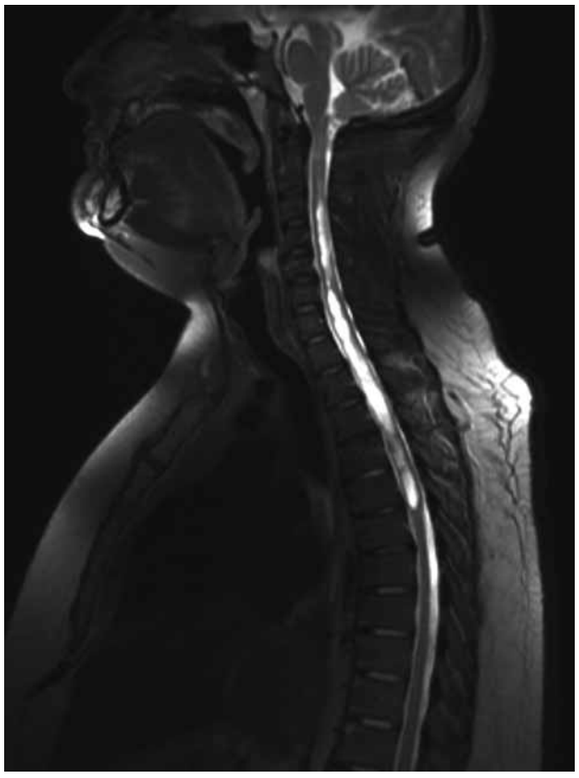


Figura 2A.

Ante los hallazgos presentados nos planteamos un diagnóstico diferencial: artrosis, artritis, necrosis ósea (idiopática, diabetes, alcoholismo,…), artropatías neuropáticas (siringomielia, tabes dorsal, lepra,…) u otras patologías. Por lo tanto, ante esta situación solicitamos el siguiente estudio radiológico:

– RMN CERVICO-DORSAL. Lesión quística polilobulada heterogénea centro-medular desde C3 a D5 que corresponde a Siringomielia (figura 2A).

7. DISCUSIÓN

Ante el diagnóstico de sospecha de Artropatía Neuropática debemos realizar un diagnóstico diferencial. La etiología puede ser variada pero en el mundo occidental predomina la diabetes, alcoholismo o siringomielia como agentes etiológicos.

La evolución suele ser rápida, en unas semanas puede observarse cambios en las pruebas de imagen. Aunque la hipoalgesia y pérdida de propiocepción se describe clásicamente, los pacientes suelen tener dolor pero menos de lo que se podría esperar ante los hallazgos radiológicos. En la articulación podemos evidenciar hipervascularización, edema y calor local que acompañan a la deformidad progresiva articular.

La artropatía neuropática secundaria a siringomielia afecta principalmente el hombro en el miembro superior. La afectación del codo es rara, son escasos los casos descritos en la bibliografía.

No debemos olvidar la siringomielia como posible etiología de una artropatía destructiva. Por ello, es necesario realizar exploración física exhaustiva y examen completo de la columna vertebral para acceder a lesiones ocultas de este tipo.

El objetivo es mantener una articulación funcional. Debemos realizar un tratamiento individualizado. La cirugía (artroplastias o artrodesis) no reporta buenos resultados. Por lo cual, en estos casos se aconseja tratamiento conservador.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Noain E., Martinez, Artazcoz F.J., Gozzi S., Lasanta P., Sanchez-Villares J.J. **Artropatía neuropática de hombro**. An Sist Sanit Navar. 2007 Sep-Dec; 30(3): 487-90.
2. Álvarez Lorenzo R., Chao Carrasco L.A., Rondón García O.V., Marrero Riverón L.O., Acosta Daniel R. y Azcuy Rodríguez M. **Artropatía neuropática del hombro y del codo**. Rev Cubana Ortop Traumatol 2004; 18 (2).
3. Deirmengian C.A., Lee P.S., Jupiter J.B. **Neuropathic arthropathy of the elbow: A report of five cases**. J Bone Joint Surg Am 2001; 83: 839-844.

MIELITIS SECUNDARIA A DESCOMPRESIÓN AGUDA DEL CANAL MEDULAR TRAS RESECCIÓN DE OSTEOCONDROMA VERTEBRAL.

Dra. Isabel García Bullón. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*. igbullon@hotmail.com.

1. ANAMNESIS

Paciente varón de 36 años de edad, sin antecedentes médicos de interés y con cervicobraquialgias de años de evolución, que acude al servicio de Urgencias por dolor cervical tras accidente de tráfico.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Dolor cervical paravertebral con contractura de ambos trapecios y sensación parestésica en miembro superior izquierdo, sin afectación de fuerza ni reflejos osteotendinosos, similar a la clínica de cervicobraquialgias que refiere el paciente como antecedente. No otras alteraciones destacables en la exploración.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En Urgencias se realiza estudio de imagen mediante TAC cervical, en el que se objetiva una lesión ósea exofítica dependiente del muro posterior de C5, que invade el canal medular en un 65% de su diámetro (figura 1A).

Figura 1A.

Figura 1B.

Se remite a nuestras consultas de Oncología Musculoesquelética, donde se solicita estudio con RMN cervical, que identifica la lesión como un posible osteocondroma del cuerpo vertebral que produce deformidad del cordón medular sin signos de mielopatía compresiva (figura 1B).

4. DIAGNÓSTICO

Osteocondroma del cuerpo vertebral de C5 con crecimiento hacia el canal medular donde produce un compromiso de espacio con la médula espinal cervical.

5. TRATAMIENTO INICIAL

En un primer momento, y dados los escasos síntomas clínicos, se decide tratamiento expectante mediante observación clínica en revisiones periódicas en nuestra consulta y realización de RMN cervical de control para evaluar el posible crecimiento de la lesión. Durante este período se observa un empeoramiento de la clínica, con progresión de los síntomas de cervicobraquialgia e inicio de pérdida de fuerza. Se solicita EMG en el que se objetiva radiculopatía motora C5-C6 y alteración de la conducción sensitiva en cordones posteriores.

Ante los signos de progresión clínica, aunque en la RMN no se observa crecimiento de la lesión, se decide tratamiento quirúrgico de la lesión, realizando una hemicorporectomía izquierda del cuerpo vertebral de C5 bajo control neurofisiológico con potenciales evocados sensitivos y motores medulares, y reconstrucción mediante cesta expansible rellena de aloinjerto de esponjosa y fijación con placa anterior y tornillos a los cuerpos vertebrales de C4 y C5 (figura 2A). La intervención quirúrgica transcurre sin incidencias.

6. EVOLUCIÓN

La exploración neurológica al despertar es normal.

A las 48 h comienza con un cuadro de hemiparesia incompleta izquierda, con afectación de la elevación del hombro, extensión del codo y muñeca y flexión de la cadera, al que al día siguiente se añade un cuadro de hemihipoestesia en hemitórax y pierna derechos.

Se solicita RMN urgente en la que se observa un área de mielitis cervical adyacente al lecho quirúrgico sin signos de hematoma ni cuerpo extraño (figura 2B).

Se instaura tratamiento corticoideo intravenoso y se solicita interconsulta al Servicio de Neurología, que establece el diagnóstico de síndrome de Brown-Séquard incompleto de probable origen descompresivo. Asimismo inicia tratamiento rehabilitador, presentando mejoría gradual de la clínica neurológica, sin otras complicaciones.

Tras 12 meses de evolución, el paciente está recuperado por completo del déficit neurológico.

Figura 2A.

Figura 2B.

7. DISCUSIÓN

Los osteocondromas son tumores óseos benignos que afectan infrecuentemente a la columna vertebral (sólo un 1-4% de los mismos) (1).

Clínicamente pueden manifestarse con síntomas compresivos neurológicos y, menos habitualmente, de otras estructuras adyacentes, como por ejemplo el esófago (1). La compresión neurológica es más frecuente en los casos de exostosis múltiple hereditaria que en las lesiones solitarias (2).

Estos tumores suelen presentar un crecimiento lento, y la progresión de los síntomas puede ser insidiosa. La aparición de una mielopatía compresiva es rara (3).

La TAC y RMN son técnicas útiles para evaluar el tamaño de la lesión ósea y la afectación de la médula espinal en caso de compresión de la misma (3).

Con la descompresión quirúrgica se produce mejoría sintomática en casi la totalidad de los casos (3, 5).

El desarrollo de una disfunción medular en el postoperatorio debe ser evaluado de manera urgente para descartar hematomas epidurales, herniaciones discales, presencia de cuerpos extraños óseos o procedentes del material implantado, abscesos u otras masas extradurales compresivas. La técnica de elección para estudiarla es la RMN con contraste, pero puede utilizarse también la TAC acompañada de un EMG (4).

Hemos encontrado un caso en la literatura en el que se refiere una afectación neurológica transitoria debido a una mielomalacia postoperatoria demostrada por resonancia magnética, al igual que en éste que presentamos (5).

8. BIBLIOGRAFÍA

1. **Grivas TB, Polyzois VD, Xarchas K, Liapi G, Korres D.** Seventh cervical vertebral body solitary osteochondroma. Report of a case and review of the literature. Eur Spine J. 2005 Oct; 14(8): 795-8.
2. **Ratliff J, Voorhies R.** Osteochondroma of the C5 lamina with cord compression: case report and review of the literature. Spine (Phila Pa 1976). 2000 May 15; 25(10): 1293-5.
3. **Khosla A, Martin DS, Awwad EE.** The solitary intraspinal vertebral osteochondroma. An unusual cause of compressive myelopathy: features and literature review. Spine (Phila Pa 1976). 1999 Jan 1; 24(1): 77-81.
4. **Seitz PA, Alfery DD, Robinette C.** Acute transverse myelopathy after posterior cervical decompressive laminectomy and fusion. Anesth Analg. 2001 May; 92(5): 1254-6.
5. **Cooke RS, Cumming WJ, Cowie RA.** Osteochondroma of the cervical spine: case report and review of the literature. Br J Neurosurg. 1994; 8(3): 359-63.

ESTE BOLETÍN HA SIDO PATROCINADO POR:

serhosa
SERVICIOS HOSPITALARIOS

DISTRIBUIDOR OFICIAL DE PRODUCTOS HOSPITALARIOS:

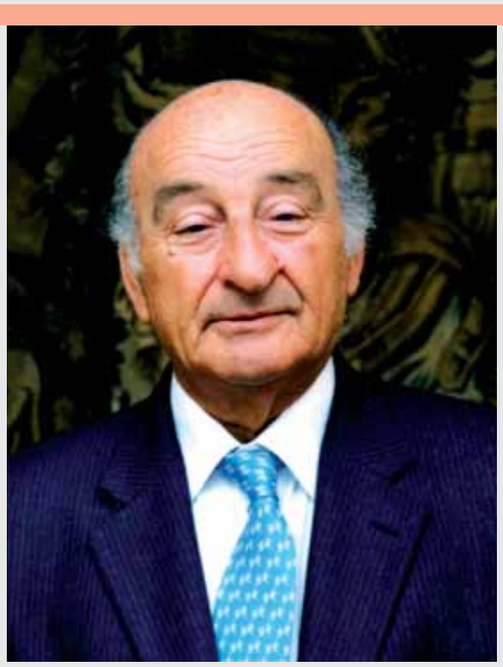
CONMED LINVATEC
ARTROSCOPIA Y MOTORES QUIRÚRGICOS

zimmer Confidence in your hands
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

ArthroCare SPINE
CIRUGÍA DE COLUMNA

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

In Memoriam: Dr. JAVIER RODRÍGUEZ ÁLVAREZ



El 10 de diciembre de 2011, Javier Rodríguez Álvarez (Madrid, 1934), sin proponérselo, dio una última lección, la que nunca queremos impartir pero no podemos evitar.

«En esta profesión, no podemos dar garantías», solía decir a los pacientes cuando le preguntaban sobre futuros resultados postoperatorios. Javier, una vez más, en sus dichos siempre oportunos, tenía razón. Hasta el último de sus días la tuvo, el fallecimiento también fue inesperado. «No existen garantías de dónde y cuándo».

Finaliza los estudios de Licenciatura en la Universidad Complutense (curso 1957-58). Alcanza los títulos de Especialista en Cirugía Ortopédica y Rehabilitación, y en Cirugía General. Gana por oposición la plaza de Médico Becario del entonces Hospital Provincial de la Diputación de Madrid en dos ocasiones: 1960 y 1964.

Fue nombrado médico ayudante en 1968, justo el año anterior a que todo el Hospital Provincial se trasladara a la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, nueva sede del centro Centenario Asistencial. Se integra en el Servicio de Cirugía General del Prof. González Vicen, y pasa con posterioridad, al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Prof. Vaquero González.

En 1977 en concurso oposición restringida es nombrado Jefe Clínico. En 1989 en el Departamento de Traumatología del Hospital Gregorio Marañón se produce el relevo en la jefatura, por jubilación del Prof. Vaquero González, siendo designado el Dr. Rodríguez Álvarez para dicho cargo hasta su jubilación (2004).

Durante muchos años profundizó en el estudio desde la clínica diaria de técnicas novedosas en su momento, como el tratamiento de las fracturas de cadera con Clavos de Ender y más adelante impulsando y colaborando en el desarrollo de los clavos encerrojados.

Frente a la múltiple aparición de técnicas durante este periodo de su actividad profesional, siempre procuró ser receptivo a la innovación, con la filosofía que la experiencia aconseja; en ocasiones es prudente no dejarse deslumbrar y ser el primero pero tampoco ser el último ante los nuevos retos. Era fundamental contrastar la eficiencia y la repercusión en la asistencia diaria.

Su conocimiento y carácter abierto, le ayudaría a alcanzar destacada representatividad en «su» Hospital que siempre quiso, y en la especialidad a la que dedicó su trabajo.

En 1987 fue designado Subdirector Médico del Hospital, hoy H.U. Gregorio Marañón.

En el periodo 1993 a 1995 fue Presidente de la SOMACOT y colaborador con la Sociedad, durante el resto de su vida.

Fundador de la Sociedad Española de Osteosíntesis Dinámica de la que fue Presidente de 1996 a 1999; siempre siguió vinculado a la citada Sociedad, participando como docente y organizador en los Cursos para Médicos en fase de formación, Guías Técnicas, vías clínicas, y otras actividades de la AEOD hasta su fallecimiento.

En 2002, organizó y presidió el 37 Congreso de la SECOT, celebrado en Madrid, que resultó un éxito científico y de organización.

Colaboró con la SECOT en diferentes grupos de trabajo como GEIOS y otros. Formó parte del equipo de Profesionales que llevaron a buen fin la publicación de la Historia de la Sociedad, aparecida en 2002.

Fue Profesor Asociado de la U. Complutense (2001). La medicina y la inquietud por hacer su ejercicio un poco mejor, presidía su pensamiento a diario. Sólo su familia y el golf, del que era un gran aficionado y notable jugador, lograban robarle un tiempo de una ciencia a la que se entregó de forma completa hasta convertirse en reconocido Profesional. Sus íntimos, empezando por Pepa su mujer, y sus hijas María José, Beatriz, Patricia y Cristina, así como sus amigos lo pueden corroborar.

Trabajé con D. Javier, como le llamaba casi todo el mundo, «codo a codo» desde 1960 hasta su muerte, primero como alumno y después como Especialista. Aprendí cosas de la especialidad que no se describen en los tratados y que son fruto de la experiencia quirúrgica y del sentido común, del día a día.

Ahora descansa en la eternidad; se ha ido con las manos llenas. Los que le conocimos estamos orgullosos de haber acompañado hasta aquí en este viaje, a un hombre grande en todos los sentidos. Fue Jefe y Amigo.

Nuestro pésame a Pepa, sus hijas, Pedro su hermano y nietos por su desaparición física y el deseo de consuelo para todos, por haber tenido la suerte de disfrutar de una Persona entrañable durante su vida. Javier fuiste buen Marido, Padre, Amigo, abierto, y generoso.

Descansa en Paz.

Gerardo Riquelme Arias.

PREMIOS Y BECAS FUNDACIÓN 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: además de una memoria sobre los aspectos referidos anteriormente, los siguientes: 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; e) Visto Bueno del Jefe de Servicio del Centro de origen sobre la estancia a realizar.

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 FUNDACIÓN SOMACOT.

PÁGINA WEB DE LA SO.MA.COT.

www.somacot.org

INFORMACIÓN ÚTIL. VISÍTALA

PROYECTO FUNDACIÓN SO.MA.C.O.T. PARA EL IMPULSO DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

- ✓ **Objetivo:** Estimular la publicación en revistas Nacionales e Internacionales de trabajos originales no publicados parcial ni totalmente cuyo primer autor y dos coautores sean miembros SO.MA.C.O.T.
- ✓ **Dotación:** La Fundación SO.MA.C.O.T. otorgará 5 becas para la traducción al idioma inglés y adaptación al formato específico de la revista de alto impacto a la que se pretenda enviar el artículo según la temática a la que se refiera el mismo.

La Junta Directiva de la SO.MA.C.O.T. designará el jurado que valorará los manuscritos presentados de forma anónima. Dicho Jurado estará formado por un número variable de miembros de la SO.MA.C.O.T., entre 5-10, en relación con el número de manuscritos presentados. También formarán parte de este jurado 2 expertos nacionales en el campo al que se refiera el manuscrito.

- ✓ **Envío y plazos de presentación:** Los manuscritos pueden ser enviados al e-mail: olivermar@gmail.com o somacot@somacot.org hasta el 15 de octubre de 2012.
- ✓ **Bases de Preparación del Manuscrito**: Trabajos inéditos en relación con la Cirugía Ortopédica y la Traumatología. El primer firmante y al menos 2 coautores deben ser miembros SOMACOT. Tendrán una extensión máxima de 4000 palabras (sin incluir las citas bibliográficas) y deberán estructurarse según Normas de la Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Se presentarán en formato Word con tamaño de hoja Din-A4 (a doble espacio, letra Arial 12) y se admitirán hasta 2 tablas y 4 Figuras (con sus pies correspondientes). No deberán sobrepasar las 20 citas bibliográficas. Los trabajos incluirán un resumen estructurado de 250 palabras como máximo. Todos los manuscritos deberán ser escritos en español, a doble espacio, con márgenes laterales, superior e inferior de 25 mm (letra Arial 12) y numeración consecutiva en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Debe evitarse el uso de abreviaturas en el título y en el resumen del trabajo. La primera vez que aparezca una abreviatura en el texto debe estar precedida por el término completo al que se refiere, excepto en el caso de unidades de medida comunes. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional. Los manuscritos constarán, por orden de aparición, de los siguientes apartados:

  1) Página del título.
  2) Página del resumen y palabras clave.
  3) Página/s con el contenido del manuscrito.
  5) Página/s de bibliografía.
  6) Página para cada una de las tablas/figuras con sus pies correspondientes bajo cada tabla/figura.

1. PÁGINA DEL TÍTULO DEBE INCLUIR:

— El Título (corto y conciso).

— Nombre y el primer apellido (o los dos apellidos unidos mediante guión) de los autores. (No se incluirá el cargo académico o profesional.)

— Nombre del(los) departamento(s) y la(s) institución(es) a las que el trabajo debe ser atribuido y su dirección completa.

— Nombre del autor con el que debe mantenerse la correspondencia, con su dirección completa, dirección de correo electrónico (imprescindible) y un número de teléfono.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El resumen deberá aparecer en la segunda página del manuscrito, y será de un máximo de 200 palabras. Estará estructurado con los siguientes encabezamientos:

— Objetivo, señalando el propósito fundamental del trabajo.

— Material y método, explicando el diseño del estudio, los criterios de valoración de las pruebas diagnósticas y la dirección temporal (retrospectiva o prospectiva). Se mencionará el procedimiento de selección de los pacientes, los criterios de entrada y el número de los pacientes que comienzan y terminan el estudio. Si es un trabajo experimental se indicará el número y tipo de animales utilizados. Resultados, se harán constar los resultados más relevantes y significativos del estudio, así como su valoración estadística.

— Discusión, se comentarán los principales hallazgos del estudio en comparación con lo previamente publicado en la bibliografía sobre el tema, y Conclusiones (como último párrafo de la Discusión), se mencionarán las que se sustentan directamente en los datos junto con su aplicabilidad clínica. Habrá que otorgar el mismo énfasis a los hallazgos positivos y a los negativos con similar interés científico.

A continuación del Resumen se incluirán las palabras clave, de 3 a 5 en total, con el objetivo de complementar la información contenida en el título y ayudar a identificar el trabajo en las bases de datos bibliográficas. Para las palabras clave se deben emplear términos equivalentes a los obtenidos de la lista de descriptores en ciencias de la salud (Medical Subjects Headings, MeSH) del Index Medicus (disponibles en: www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).

3. TEXTO DEL MANUSCRITO

— **Introducción**. Deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento de éste

sin revisar extensivamente el tema y eliminando recuerdos históricos. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

— **Material y método**. En este apartado se debe especificar el lugar, el tiempo y la población del estudio. Debe incluir información necesaria acerca del diseño, describir la selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Debe indicarse el tipo de análisis estadístico utilizado, precisando el intervalo de confianza. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio. Si se trata de una metodología original se explicarán las razones que han conducido a su empleo y se describirá su posible información detallada de gran interés puede incluirse como anexo. Debe hacerse especial mención al seguimiento clínico de los pacientes o animales de investigación, que debe ser lo suficientemente prolongado como para poder evaluar el procedimiento ensayado. No deben utilizarse los nombres ni las iniciales de los pacientes. Se comunicara el nombre genérico del o de los fármacos utilizados (evitando sus nombres comerciales), así como la dosis administrada y la vía utilizada. Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en seres humanos como en animales se describirán brevemente. Los estudios en seres humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito (ver «Responsabilidades éticas»).

— **Resultados**. Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las tablas y las figuras.

— **Discusión**. Se enfatizarán los aspectos nuevos e importantes del trabajo y sus conclusiones. Deben explicarse, no repetirse, los resultados obtenidos, su fiabilidad, sus limitaciones y sus correlaciones con resultados de otros autores. Debe resaltarse la trascendencia clínica del estudio y su proyección futura. Las conclusiones, en caso de presentarse, serán escasas y concisas. Se evitará cualquier tipo de conclusión que no se desprenda claramente de los resultados obtenidos. Dichas conclusiones se escribirán como último párrafo de la Discusión.

5. BIBLIOGRAFÍA

Aparecerá en hoja aparte, al final del manuscrito, antes de las tablas y las figuras. Se incluirán únicamente aquellas citas que se consideren importantes y hayan sido leídas por los autores. Se recomienda revisar los trabajos publicados en la Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología relacionados con el tema con el fin de potenciar nuestra revista.

Todas las referencias deben estar citadas en el texto de forma consecutiva según el orden de aparición, e identificadas mediante llamada en números arábigos en superíndice. Las referencias que se citan solamente en las tablas o leyendas deben ser numeradas de acuerdo con la secuencia establecida por la primera identificación en el texto de dicha tabla o ilustración. En los casos en que la cita se coloque junto a un signo de puntuación, la cita precederá al signo (ejemplo: «...a diferencia de trabajos previos 6-9, los resultados muestran...»). Al indicar las páginas inicial y final de un documento, se deben incluir en la página final sólo los dígitos que difieran de la página inicial (ejemplos: 34-9, y no 34-39; 136-41 y no 136-141).

Las abreviaturas de los títulos de revistas se obtendrán de los formatos empleados por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, en el Índex Medicus. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals

No se emplearán fases imprecisas como «observaciones no publicadas», «comunicación personal» o similares.

6. TABLAS

Se numerarán con números arábigos de manera correlativa en el mismo orden de aparición en el texto. Como el resto del manuscrito, se prepararán a doble espacio y en páginas separadas. Se identificarán con la numeración correspondiente y un título breve pero suficientemente explicativo en su parte superior. Si una tabla ocupa más de una Din-A4 se repetirá el encabezamiento en la hoja siguiente. Cada columna de la tabla debe contener un breve encabezado. Se deben incluir las necesarias notas explicativas a pie de tabla y utilizar llamadas en forma de letras minúsculas en superíndice y en orden alfabético (a, b,y). Se deben identificar las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar y el error estándar de la media.

7. FIGURAS

Todos los gráficos, dibujos y fotografías se consideran figuras. Las figuras se identificarán con números arábigos que coincidan con su orden de aparición en el texto. Los pies de las figuras se prepararán a doble espacio en páginas separadas. Las leyendas y los pies de las figuras deberán contener información suficiente para poder interpretar los datos presentados sin necesidad de recurrir al texto. Para las notas explicativas a pie de figura se utilizarán llamadas en forma de letras minúsculas en superíndice y en orden alfabético (a, b,y). En las fotografías de preparaciones histológicas deberá figurar el tipo de tinción y el aumento. La resolución mínima de las imágenes deberá ser de 300 puntos por pulgada en formato bmp, jpg o tiff. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos. Se procurará en lo posible la no identificación de los enfermos, pero si ello no fuera posible, se deberá disponer de su permiso por escrito.

VI JORNADAS SOMACOT.
PARA ADJUNTOS Y RESIDENTES EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

FORMACIÓN EN PATOLOGÍA DE HOMBRO & CADERA

Hombro

Viernes 13 DE ABRIL DE 2012.

15:30-16:30. TALLERES PRÁCTICOS
Dr. Antonio Foruria, Fundación Jiménez Díaz.
Dr. José Luis Pareja, Príncipe de Asturias,
Dr. Mariano López Franco, H. Infanta Sofía.

16:35-16:50. ARTROPLASTIA
* Artroplastia parcial *vs* Artroplastia total. *Dr. Foruria*.
* Prótesis Invertidas y complejas. *Dr. Rapariz*.

17:05-18:00. INESTABILIDAD
* Inestabilidad glenohumeral anterior. *Dr. Antuña / Dr. Barco*.
* Otras inestabilidades: Inestabilidad multidireccional. *Dr. Fernández*.

18:30-20:15. MANGUITO ROTADOR, BÍCEPS, ACROMIOCLAVICULAR
* Descompresión subacromial y roturas parciales manguito rotador. *Dr. López Nombela*.
* Roturas completas y complejas del manguito rotador. *Dr. López Franco*.
* Lesiones de SLAP y del tendón del Bíceps. *Dr. Leyes*.
* Luxaciones Acromioclaviculares y Esternoclaviculares. *Dr. Pareja*.
* Capsulitis adhesiva – Rigidez de hombro. *Dr. Hernández*.

20:15-20:45. CASOS CLÍNICOS RESIDENTES

21:30. CENA

Cadera

Sábado 14 DE ABRIL DE 2012.

9:00-10:00. TALLERES PRÁCTICOS

10:00-11:30. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR
* Pruebas de imagen en la cadera dolorosa. *Dr. Acosta*.
* Manejo Patología Periarticular (Pubalgia, cadera en resorte, trocanteritis, glúteos). *Dr. Ruiz Iban*.
* Manejo Patología articular: NAV, DDH. *Dr. Zarzoso*.
* Manejo Patología articular: Choque Femoroacetabular, coxartrosis. *Dr. Marin*.
* Casos clínicos & Discusión.

12:30-13:30. ARTROPLASTIA DE CADERA
* Artroplastia primaria: planificación, abordajes, tipos de implantes y trucos quirúrgicos. *Dr. Moro*.
* Artroplastia de revisión acetabular: planificación, abordajes, tipos de implantes y trucos quirúrgicos. *Dr. Gray*.
* Artroplastia de revisión femoral: planificación, abordajes, tipos de implantes y trucos quirúrgicos. *Dr. Valles*.
* Complicaciones en artroplastia de cadera: Infección, luxación, fractura periprotésica. *Dra. Cruz*.
* Casos clínicos & Discusión.

13:30-14:00. CASOS CLÍNICOS RESIDENTES

Participación en Talleres:
Limitada / Por orden de Inscripción

– SEDE –
RAFAEL HOTELES FORUM ALCALÁ
Calle Bulgaria, 2
Alcalá de Henares (Madrid)

www.somacot@somacot.org

XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD MATRITENSE DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Dr. Plasencia Arriba

Durante los días 20 y 21 de octubre de 2011 se ha celebrado en el Monasterio de Santa María del Paular, en Rascafría (Madrid), el XXII Congreso Anual de la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Ha sido organizado por el doctor García Lázaro, Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

En este marco incomparable, por su belleza arquitectónica y paisajística, se han desarrollado cuatro mesas redondas de gran actualidad e interés científico para nuestra especialidad que trataban en profundidad temas como: actualización en tumores del sistema musculo-esquelético, casos difíciles de artroplastia de cadera, patología degenerativa de tobillo y terapias biológicas.

Durante la primera mesa, presidida por el Dr. García Lázaro, se expusieron por parte de los conferenciantes, de forma amplia y brillante, todas las posibles alternativas reconstructivas existentes en la actualidad para el tratamiento de los tumores musculo-esqueléticos: en niños (Dr. Mark Gebhardt), en adultos (Dr. Eduardo Ortiz) y en la columna (Dr. Rafael González). Esta mesa redonda pudo contar con la participación del Profesor Mark Gebhart del Children's Hospital de Boston, que tuvo la deferencia de asistir a nuestro Congreso Anual, dando una conferencia magistral sobre las técnicas reconstructivas pediátricas.

Posteriormente, en la segunda mesa redonda presidida por el Dr. Oliver Marín se trataron los aspectos más problemáticos de las artroplastias de cadera que incluían: las indicaciones quirúrgicas, las distintas opciones de tratamiento, y los errores o complicaciones de la cirugía de revisión: acetabular (Dr. Valles), femoral (Dr. García Címbrelo) y las desartrodesis (Dr. Villanueva).

El Dr. Isidoro Rubio, moderó la mesa sobre patología degenerativa del tobillo, en la cual fueron expuestas en profundidad las distintas técnicas quirúrgicas correctivas existentes: artroscopia (Dr. Vila Rico), artrodiastasis (Dr. Monteagudo), artrodesis (Dra. Rodríguez) y artroplastia (Dr. Galeote) por compañeros expertos en el tratamiento de esta patología, que demostraron su importante experiencia clínica y claridad de conocimientos.

Finalmente, la cuarta mesa redonda fue coordinada por el Dr. Francisco Forriol. Se realizó una extensa puesta al día de los conocimientos actuales en la utilización del concentrado de plaquetas (Dr. Mikel Sanchez) y del concentrado de células mesenquimales (Dr. Fernández Domingo) para lesiones de partes blandas y para el retardo de consolidación de las fracturas.

Junto a las cuatro mesas redondas comentadas, se desarrollaron otras tres donde tuvieron una especial relevancia y una participación activa los médicos residentes de los hospitales de la Comunidad de Madrid. En la mesa de comunicaciones libres se presentaron comunicaciones sobre temas específicos de la especialidad, obteniendo el premio a la mejor comunicación la Dra. Bárbara Batres, del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares.

La mesa de residentes, tenía como tema de controversia el tratamiento de las fracturas complejas de meseta tibial donde se expusieron de forma confrontada todas las posibles alternativas quirúrgicas. Finalmente, se desarrolló de forma muy participativa y animosa, la mesa de tutores de residentes, donde se debatió en profundidad la normativa sobre la formación de médicos residentes.

Durante el Congreso se desarrolló, como es habitual, la correspondiente Asamblea Ordinaria de la Sociedad presidida por el Dr. Miguel Ángel Plasencia Arriba, durante la cual se eligió la sede del XXIV Congreso SO.MA.COT, y se hizo balance de la gestión realizada por la actual Junta Directiva.

Por otro lado, es necesario destacar, además de los aspectos científicos, una más que aceptable asistencia de miembros de la sociedad, con un número de inscritos que superó ampliamente los 100. Así mismo, es necesario resaltar la alta participación de las casas comerciales y patrocinadores, que expusieron sus novedades en los stands que llenaban el área comercial. El Congreso de la Sociedad, también contó con la tradicional cena de congresistas en el Restaurante El Corralón del Embalse, lugar muy pintoresco, donde se pudo comprobar la excelente relación que existe entre todos los cirujanos ortopédicos de los Hospitales de la Comunidad de Madrid. Durante este acto se entregó una placa conmemorativa al Dr. García Lázaro como presidente del comité organizador del Congreso.

En resumen, todo un éxito científico y organizativo del XXII Congreso Anual, por lo que felicitamos, desde la Junta Directiva SO.MA.COT, al Dr. García Lázaro y a su comité organizador por la gran labor desarrollada. Con la ilusión puesta ya en el próximo Congreso Anual, que será organizado por el Servicio de COT del Hospital Universitario Puerta de Hierro, y en el que se conmemorarán los 25 años de nuestra sociedad, os esperamos a todos los socios SOMACOT el próximo año.

Noticias

MADRID – BOSTON ORTHOPAEDIC PATHOLOGY COURSE 2011

Curso de actualización en Patología y Cirugía Ortopédica de Tumores Músculo-Esqueléticos

Cirujanos Ortopédicos Oncológicos, patólogos músculo-esqueléticos, radiólogos óseos, oncología médica, cirugía plástica y reparadora y radioterapia médica de Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital de Boston, Beth Israel Deaconess Medical Center de Boston, Mount Sinai Medical Center de New York, Oncología Médica del MD Anderson Cancer Center de Houston, Miller School of Medicine de la Universiad de Miami, Universidad de Puerto Rico y del Hospital Universitario de la Paz de Madrid son los encargados de la realización del curso. Siempre siguiendo las ideas dictadas desde la fundación del Curso por el Profesor Dr. Henry J. Mankin.

El curso ofrece a los cirujanos ortopédicos, patólogos y radiólogos un mejor conocimiento de las bases científicas de la patología músculo-esquelética, donde el papel del cirujano ortopédico, patólogo y radiólogo se solapan. Además, se complementa con las diferentes opciones de tratamiento tanto general (oncología médica), como local (cirugía ortopédica oncológica, radioterapia médica y cirugía plástica y reconstructiva).

Se recalca a lo largo del curso un enfoque verdaderamente multidisciplinario, como es obligatorio en el manejo de estas patologías.

Este curso fue previamente organizado en Madrid en los años 2000, 2003 y 2009 con una gran audiencia y desde entonces habíamos sido preguntados, cuándo se haría nuevamente. Es nuestro privilegio realizarlo nuevamente, ampliado y actualizado y diversificando su contenido para hacerlo aún más popular que antes.

Agenda

Marzo 2012

Tratamientos Biológicos en Cirugía Ortopédica y Traumatología
Madrid; 1 al 2 de marzo de 2012
hwww.secot.es/sites/default/files/eventdox/297_tratamientos-biologicos-en-cot.pdf

The Annual London Imperial Spine Course 2012
London; 7 al 9 de marzo de 2012
www2.kenes.com/spine/pages/home.aspx

XII Congreso Nacional de NeuroRaquis
Badajoz; 8 al 9 de marzo de 2012
www.orexco.net/neuroraquis

Santander International Orthop Meeting 4th Edition Shoulder Arthroscopy and arthroplasty.
Santander; 8 al 9 de marzo de 2012
www.santandershouldermeeting.com

ICJR 2nd Annual Advances in Orthopaedic Trauma and Arthroplasty Course
Miami (Estados Unidos); 8 al 10 de marzo de 2012
https://icjr.net/2012miami

XXVI Curso de Microcirugía y Cirugía de la Mano
Zaragoza; 13 al 16 de marzo de 2012
www.maz.es/ES/SitioDeNoticias/Paginas/fundacion-maz-xxvi-curso-microcirugia-cirugia-mano-20120110.aspx

EFORT Expert meet Expert Forum: Periprosthetic upper limb, hip and knee fractures
Barcelona; 16 al 17 de marzo de 2012
www.efort.org/events/events-details.aspx?id=e7a2ccc9-380b-4746-b87c-3045b6707297

VII Jornadas Internacionales de Cirugía de Cadera del Adulto Joven
Madrid; 22 al 23 de marzo de 2012
www.institutodecirugiadecadera.com

Abordajes Quirúrgicos en Oncología Ortopédica, VIII Curso Práctico en Cadáveres: Cirugía Oncológica de Pelvis
Alicante; 23 al 24 de marzo de 2012
www.secot.es/sites/default/files/eventdox/275_abordaj-programa-2012-2.pdf

Course of Pediatric Musculoskeletal Ultrasound
Madrid; 23 al 25 de marzo de 2012
www.eular.org/myUploadData/files/Paediatric%20MSUS%20Course%20MArch%202012%20Formato%20web%20DEF.pdf

IX Congreso Nacional Invescot 2012
Alicante; 23 al 24 de marzo de 2012
http://invescot2012.org

II Curso Artroscopia tobillo y pie. Cirugía en directo
Sevilla; 23 de marzo de 2012
www.aeartroscopia.com/Portals/0/Archivos_Pagina/OtrosCursos/1203_AsepeyoSevilla.pdf

Curso Teórico-Práctico: Vías de Abordaje de la Extremidad Superior
Madrid; 28 al 29 de marzo de 2012
www.secot.es/sites/default/files/eventdox/1203b_secot_viasabordaje.pdf

Abril 2012

ICJR 3rd Annual Spring Hip & Knee Course
Kiawah (South Carolina; Estados Unidos); 13 al 15 de abril de 2012
https://icjr.net/2012kiawah

World Congress on Osteoarthritis
Barcelona; 26 al 29 de abril de 2012.
http://2012.oarsi.org

Mayo 2012

XXX Congreso de la Asociación Española de Artroscopia
Valencia; 9 al 11 de mayo de 2012
www.congresoaea.com

Desarrollo Profesional del Residente en COT. TRAUMA PLUS
Madrid; 12 al 13 de mayo de 2012
www.torrespardo.com/_congresos/programes/desarrollo_2011.pdf

ICRS 2012 - 10th World Congress of the International Cartilage Repair Society
Montreal (Canadá); 12 al 15 de mayo de 2012
www.cartilage.org/?pid=194

Complicaciones en Artroplastias de Rodilla - Problems in knee prosthesis
Madrid; 31 de mayo al 1 de junio de 2012
www.torrespardo.com/_congresos/detalle.php?codi=141

Junio 2012

MADRID – BOSTON ORTHOPAEDIC PATHOLOGY COURSE 2011
Madrideon; 6 al 9 de junio de 2012.
www.somacot.org

34 Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo
Leon; 14 al 15 de junio de 2012.
www.semcpt.es

Computer Assisted Radiology and Surgery - 26th International Congress and Exhibition
Pisa (Italia); 27 al 30 de junio de 2012.
www.cars-int.org

Direcciones y teléfonos de interés:

Sede Social SOMACOT: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
C/ Santa Isabel nº 51; 28012 Madrid. Tel.: 91 554 21 06

Secretaría General: D. Oscar Álvarez. E-mail: somacot@somacot.org

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