

VOLUMEN 5 - NÚMERO 1 - MAYO 2025.



**Revista de la Sociedad  
Canaria de Traumatología  
y Ortopedia.**

COTCAN.ORG



Edita: Sociedad Canaria de Traumatología y Ortopedia (COTCAN) Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Diseño y maquetación: Proyectran®

© Copyright 2025 Sociedad Canaria de Traumatología y Ortopedia. Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede reproducirse, almacenarse o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento ya sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del Comité Editorial. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

La Revista de la Sociedad Canaria de Traumatología y Ortopedia no se hace responsable del contenido de los artículos publicados, por tratarse de la opinión de los autores, que asumen responsabilidad absoluta sobre sus escritos.

ISSN: 2660-860X

# Comité editorial

COCTAN.ORG

## EDITORES

Iván Beirutti Ruiz  
Isidro Jiménez Jiménez

## COMITÉ EDITORIAL

### JUNTA DIRECTIVA DE LA COTCAN

Carlos Bravo Villalba  
Juan Boluda Mengod  
Pablo Caballero Belloch  
Cristina Fernández  
Ignacio Montesinos Pérez  
Manuel de la Torre García  
Enrique Verdier García

# Sumario.

---

|   |    |  |    |
|---|----|--|----|
| Editorial   | 05 | <b>Atrapamiento del Nervio Cubital en antebrazo por banda fibrovascular. Neurolisis bajo control Neurofisiológico.</b><br>JAVIER BERROCAL AGÜERA, ALEJANDRO MARTÍNEZ ARAGÓN, ANDREA PÉREZ LORENZO. | 20 |
| <b>Cinco años de la revista</b><br>ISIDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ   | 05 |  |    |
| Resúmenes del Congreso 2024   | 06 |  |    |
| <b>Cirugía de rescate en fracturas complejas de codo.</b><br>FRANCISCO MÁRQUEZ, ALEJANDRO HERRERA.  | 06 | <b>Injerto estructural tipo Capanna tras fracaso de osteosíntesis.</b><br>FERNANDO BAÑOLAS RODRÍGUEZ, JONATHAN CABALLERO MARTEL, ISIDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ.   | 23 |
| <b>Fracturas de los Huesos del Carpo: Epidemiología, Diagnóstico y Manejo.</b><br>CARLOS THAMS BAUDOT.  | 09 | <b>Luxación Perilunar del Carpo en Deportista de Alto Rendimiento.</b><br>CRISTINA LORENZO LEÓN, OSMAN BENAVIDES GONZALES  | 26 |
| <b>Cirugía de rescate en fracturas complejas de tobillo.</b><br>JORGE OJEDA-JIMÉNEZ, MARIO HERRERA-PÉREZ, DIEGO RENDÓN-DÍAZ.  | 12 | <b>Caso clínico: tratamiento de una pseudoartrosis de fémur distal en una paciente anciana.</b><br>ROMÁN BETANCORT DE LEÓN, LARA DEL ARCO PÉREZ, MIGUEL CABRERIZO VALDÉS.                          | 29 |
| <b>Introducción patología degenerativa lumbar.</b><br>LARA DEL ARCO PÉREZ, RICARDO NAVARRO NAVARRO, PABLO CABALLERO BELLOCH.  | 15 | <b>Reconstrucción de Grandes Defectos Óseos: Un Enfoque Multidisciplinario Basado en la Evidencia.</b><br>MIGUEL MANUEL ANDÚJAR ALEMÁN, OSMAN BENAVIDES GONZALES.                                  | 32 |
| <b>A propósito de un caso: cotilo intrapélvico asociado a fractura periprotésica Vancouver B2 de fémur.</b><br>PATRICIA AMAYA ESPINOSA, JULIO CÉSAR MORALES DÁVILA. | 17 |  |    |
|   |    | Becas formativos Coctan  | 35 |
|   |    | <b>Bases para las Becas Coctan 2025</b>  | 35 |

## Editorial.

---

# Cinco años de revista

El tiempo pasa rápido. En el congreso anual de nuestra Sociedad en el año 2019 presentamos la idea de crear una revista que activara e impulsara la Sociedad Canaria de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El proyecto se presentó con ganas e ilusión y, además, con un plan de trabajo ya establecido para poder materializar el primer número en 2020 como, afortunadamente, ocurrió. Desde entonces se han publicado cinco números con revistas en los años 2020, 2021, 2022, 2024 y 2025.

La revista está registrada en la Biblioteca Nacional de España y tiene su registro internacional mediante el International Standard Serial Number lo que aporta mayor valor curricular para sus autores.

Desde su creación se han publicado seis artículos editoriales. Se han editado tres monografías sobre la cirugía de los tendones flexores, el abordaje de la artrosis de tobillo y la patología de la cadera en el adulto joven. Se han publicado 12 artículos originales y 24 manuscritos resumen de una sesión presentada en el congreso anual. Han participado más de 100 autores incluyendo algunos foráneos de renombre internacional como los profesores David Elliot o Manuel Llusà.

Todos hemos escuchado muchas ideas y propuestas que, por unos motivos u otros, no han podido materializarse. Cuando se propuso la creación de esta revista, al bajar del escenario donde presentamos la idea, hubo una persona conocida que nos dijo ¿y esto cómo lo vas a hacer? Porque aquí eso no vas a poder conseguirlo, eso no llegará a nada. Parece que se equivocaba.

A veces no es fácil. Son varios los emails pidiendo colaboración que no han tenido respuesta y, a veces, alguna respuesta recibida ha sido sorprendente.

Si tienen una idea, inténtenlo. No hagan mucho caso a aquellas personas que únicamente restan, que ven todo difícil y te dicen que eso es imposible. Tal vez sólo sea imposible para ellos. Escuchen a quienes los animen a caminar, se sumen a sus ideas o proyectos y arrimen el hombro para que las cosas salgan bien. Ese "impulso" para la revista fue la presidencia del Dr. Néstor Moreno.

La Sociedad está en un buen momento. En 2024 se constituyó la Sociedad Canaria de Cirugía del Hombro bajo el amparo de la COTCAN. Ya se han realizado algunas reuniones y cursos y me consta que se está trabajando duramente para continuar realizando actividades formativas.

Tenemos nuevo Presidente, el Dr. Carlos Bravo, que toma el mando de nuestra Sociedad con ganas e ilusión. Y tenemos nuevo responsable de la Revista, el Dr. Ivan Beirutti, que seguro realizará un trabajo excepcional para que podamos seguir disfrutando de nuestra publicación.

Ahora es responsabilidad de todos colaborar y ayudar para que podamos seguir creciendo juntos.

**Dr. Isidro Jiménez Jiménez**

HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA  
EDITOR JEFE. REVISTA DE LA SOCIEDAD CANARIA DE  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
EMAIL: ISIDRO\_JIMENEZ@HOTMAIL.COM

# Cirugía de rescate en fracturas complejas de codo.

FRANCISCO MÁRQUEZ, ALEJANDRO HERRERA

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA,  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 6 - 8

Las fracturas complejas de codo suponen un reto quirúrgico ya que, con frecuencia, la afectación de la superficie articular desemboca en artrosis secundaria con dolor y rigidez.

Para evitar o retrasar su aparición, debemos realizar una cirugía de osteosíntesis estable con reconstrucción ligamentosa si fuera necesaria para aumentar la estabilidad e iniciar una movilización temprana posquirúrgica protegida con ortesis articulada de codo (Figura. 1).



FIGURA 1

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**

ALEJANDRO HERRERA RODRÍGUEZ

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE CANARIAS, 38320 LA LAGUNA, SANTA  
CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA

ALEJANDROHERRERARGUEZ@GMAIL.COM

Una vez establecida la artrosis podemos realizar un tratamiento conservador sintomático inicial basado en infiltraciones intra-articulares ecoguiadas de glucocorticoides y viscosuplementación asociado a la toma de AINEs.

En caso de persistencia de los síntomas con fracaso del tratamiento conservador, existen varias alternativas quirúrgicas de rescate:

- **Liberación artroscópica:** en casos de artrosis precoz con superficie articular conservada. Desbridamiento articular, eliminar osteofitos y extracción de cuerpos libres.
- **Artroplastia con interposición:** Indicada en casos de artrosis avanzada con restricción de movilidad severa en jóvenes activos con buen stock óseo. Se trata de realizar una artroplastia e interponer tejido (Aquiles, fascia lata...)
- **Denervación de codo:** posible indicación en artrosis avanzada dolorosa con movilidad sin indicación de artroplastia. El objetivo será reducir el dolor sin alterar la movilidad.
- **Artrodesis:** en artrosis severa dolorosa con restricción movilidad asociada a: infección, paciente joven que busca alto nivel estabilidad y fuerza, fallo o complicación de artroplastia, defecto neurovascular severo.
- **Artroplastia de codo (Figura 2):** Indicada en casos con destrucción superficie articular con dolor y pérdida movilidad por: artritis reumatoide, artrosis primaria/ secundaria, fracturas de húmero distal intra-articulares complejas, ancianos (mala calidad ósea), RAFI difícil, pseudoartrosis húmero distal.

Respecto a la artroplastia de codo como rescate a la RAFI fallida ha demostrado resultados funcionales buenos y complicaciones comparables con la artroplastia primaria en las fracturas articulares de húmero distal en pacientes ancianos.<sup>1</sup> El implante presenta además una supervivencia aceptable a los 5 y 10 años con un 90% y 81% respectivamente, aunque existe una mayor tasa de

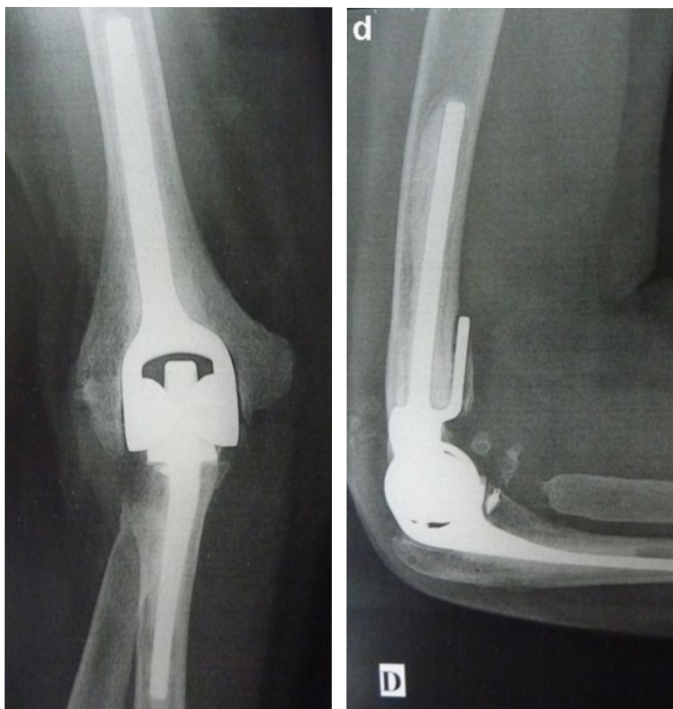


FIGURA 2

revisión para diseños no constreñidos y prótesis total debido a secuelas de fracturas (aflojamiento aséptico).<sup>2</sup>

Existe un aumento progresivo anual en el número de artroplastias totales de codo implantadas dada la mejora funcional en casos de artritis reumatoide, fracturas agudas y secuelas de traumatismos.<sup>3</sup>

Según Ellewin et al. la comparativa de la artroplastia primaria respecto a la RAFI en el tratamiento inicial de la fractura de húmero distal muestra en ambos grupos resultados funcionales y movilidad similares, pero la RAFI se asocia con un riesgo 4.4 mayor de complicaciones,<sup>4</sup> por lo que concluyen que la prótesis total de codo es una buena alternativa para el manejo de fracturas de húmero distal.

Respecto a sus complicaciones, Parker et al.<sup>5</sup> en su revisión sistemática encontraron un porcentaje acumulado general de complicaciones del 60.7% (aflojamiento radiológico 17,2%, infección profunda 6,5%, lesión nerviosa 4,1%) y una tasa de revisión por aflojamiento aséptico sintomático del 6,5%. Además, la indicación protésica por traumatismo parece tener un aumento de la tasa de complicaciones respecto a la artritis reumatoide.

**Conclusiones.**

Ante una fractura compleja de codo el objetivo inicial será conseguir una buena estabilidad con una osteosíntesis estable además de una movilización precoz protegida para minimizar el riesgo de osteoartrosis secundaria. Una vez establecida su tratamiento inicial será conservador y, si fracasa, existen varias posibilidades quirúrgicas, entre ellas la artroplastia total de codo (figura 3).<sup>6</sup> Esta última es una alternativa en auge con buenos resultados tanto de forma primaria en el tratamiento inicial de la fractura, como en los casos de osteoartrosis ya establecida.

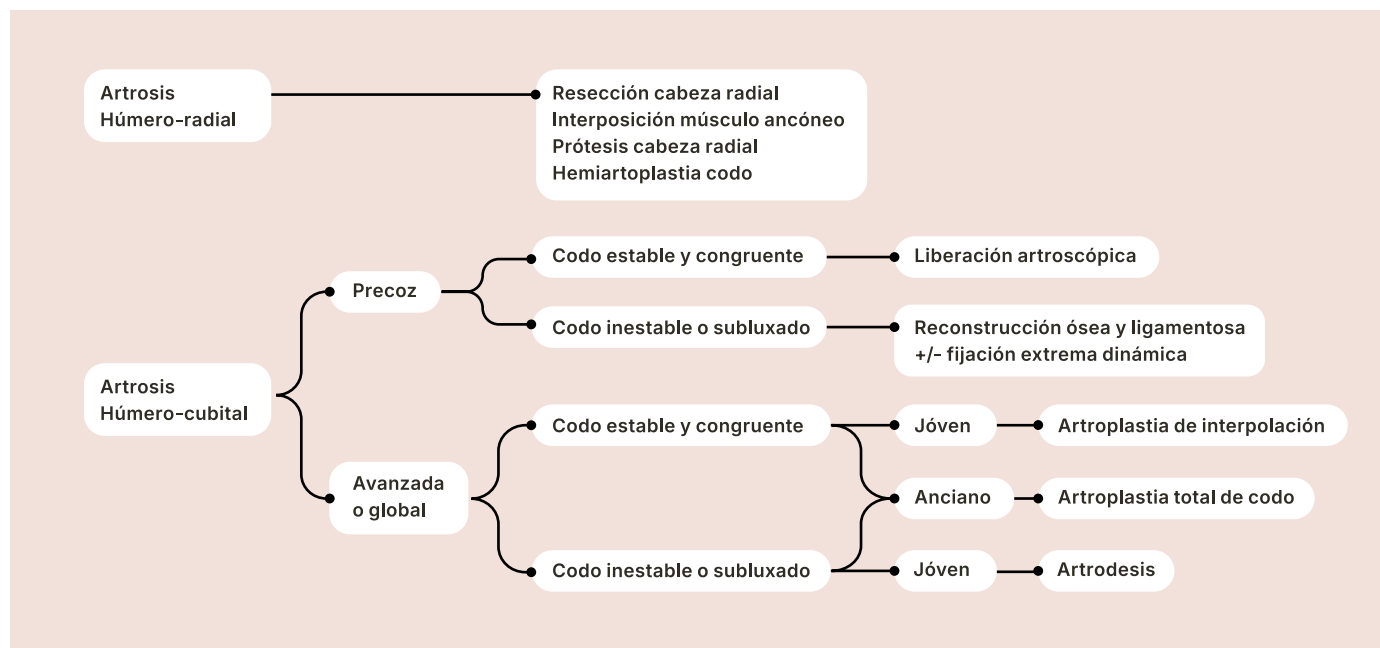


FIGURA 3

## Bibliografía.

1. Palladino S, Baldairon F, Godet J, Clavert P. Outcomes of total elbow arthroplasty in the treatment of distal humeral fractures in the elderly: a retrospective cohort comparison between primary arthroplasty and arthroplasty secondary to failed internal fixation. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024;**33**:1659-64.
2. Plaschke HC, Thillemann TM, Brorson S, Olsen BS. Implant survival after total elbow arthroplasty: a retrospective study of 324 procedures performed from 1980 to 2008. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;**23**:829-36.
3. Samdanis V, Manoharan G, Jordan RW, et al. Indications and outcome in total elbow arthroplasty: A systematic review. *Shoulder Elbow.* 2020;**12**:353-61.
4. Ellwein A, Lill H, Voigt C, Wirtz P, Jensen G, Katthagen JC. Arthroplasty compared to internal fixation by locking plate osteosynthesis in comminuted fractures of the distal humerus. *Int Orthop.* 2015;**39**:747-54.
5. Parker P, Furness ND, Evans JP, Batten T, White WJ, Smith CD. A systematic review of the complications of contemporary total elbow arthroplasty. *Shoulder Elbow.* 2021;**13**:544-51.
6. Chammas M. Post-traumatic osteoarthritis of the elbow. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2014;**100**(1 Suppl):S15-24.

# Fracturas de los Huesos del Carpo: Epidemiología, Diagnóstico y Manejo.

CARLOS THAMS BAUDOT

UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA MANO Y DEL MIEMBRO SUPERIOR,  
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 9 - 11

Las fracturas de los huesos del carpo representan una porción significativa de las lesiones de la mano y la muñeca, constituyendo aproximadamente el 18% de las fracturas en esta región y el 6% de todas las fracturas en general. Aunque menos frecuentes que otras lesiones de la extremidad superior, estas fracturas pueden tener consecuencias importantes en la función de la mano si no se diagnostican y tratan adecuadamente.

La incidencia de fracturas del carpo se estima en 159 por 100,000 habitantes por año. Demográficamente afecta principalmente al género masculino menor de 50 años. Este fenómeno se atribuye principalmente a actividades de ocio y deportivas de alto riesgo. Las fracturas del carpo suelen resultar de traumatismos de alta energía en jóvenes (accidentes de tráfico, caídas desde altura) o de baja energía en ancianos (caídas simples). La presentación clínica típica incluye dolor localizado, edema y limitación funcional de la muñeca. Sin embargo, es crucial recordar que estas fracturas pueden pasar desapercibidas en la evaluación inicial, especialmente en presencia de lesiones concomitantes. Las fracturas y luxaciones perilunares, aunque menos comunes (3.9%), son lesiones de alta complejidad que requieren atención especial.<sup>1</sup>

El diagnóstico de estas lesiones requiere un examen físico, un alto nivel de sospecha y pruebas complementarias como las radiografías, en menor medida la RMN y sobre todo el TC.

Contrariamente a la creencia popular de que el escafoide es el hueso carpal más frecuentemente fracturado,

estudios recientes sugieren una distribución diferente: El primer lugar lo ocupa el hueso piramidal (28%) por la fractura por avulsión de la inserción dorsal del ligamento radio-piramidal dorsal, que por regla general pasa desapercibida con frecuencia y requiere un tratamiento conservador.

De todas las demás, la más importante es la fractura del hueso escafoides (27%). Es la fractura que con mayor frecuencia requiere de cirugía. Su importancia anatómica y su peculiar vascularización retrógrada hacen que un tratamiento insuficiente pueda ocasionar secuelas importantes en toda la muñeca. Por eso, salvo las fracturas unicorticales no desplazadas y las fracturas del tercio distal, todas las demás son consideradas quirúrgicas.<sup>2</sup> Restaurar la anatomía y fijar el escafoides reducen drásticamente la tasa de pseudoartrosis. (Figura 1)



FIGURA 1

El siguiente en frecuencia es el hueso ganchoso (11%), tanto por su relación con fracturas-luxaciones de la base de los metacarpianos cuarto y quinto, como por las fracturas de su apófisis unciforme (gancho del ganchoso). Las fracturas del hueso trapecio le siguen en frecuencia, y se suelen relacionar con frecuencia con fracturas de Bennett en la base del primer metacarpiano. Las fracturas del hueso semilunar son poco frecuentes, pero los traumatismos sobre este hueso guardan relación con la enfermedad de Kienböck. El hueso grande se fractura pocas veces de forma aislada. Puede formar parte de las fracturas y luxaciones perilunares del arco mayor, y cuando la fractura de su tercio proximal sufre un desplazamiento de 180° se describe como fractura de Fenton. Las fracturas menos

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**  
CARLOS THAMS BAUDOT

UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA MANO Y DEL  
MIEMBRO SUPERIOR, HOSPITAL PERPETUO  
SOCORRO.

CALLE LEÓN Y CASTILLO, 407, LAS PALMAS DE  
GRAN CANARIA. 35007 LAS PALMAS. ESPAÑA.

EMAIL: CTHABAU@GMAIL.COM

frecuentes del carpo afectan a los huesos pisiforme y trapezoide, ambas con buen pronóstico con tratamiento conservador, siendo más prolongado en el pisiforme por la influencia del tendón FCU.<sup>3</sup>

El tratamiento de las fracturas del carpo varía según el hueso afectado, el grado de desplazamiento y la estabilidad, así como de la presencia de lesiones asociadas. Exceptuando el escafoides, para los demás huesos del carpo las fracturas no desplazadas y estables se tratarán de forma conservadora inmovilizando convenientemente durante 4 a 6 semanas. Cuando requieren cirugía, solemos emplear tornillos canulados por su gran polivalencia, pero en ocasiones se emplean agujas de Kirschner y en pocos casos, placas. Fracturas y luxaciones perilunares: requieren tratamiento quirúrgico urgente para restaurar la anatomía carpiana y prevenir inestabilidades crónicas. Se puede hacer abierto o por artroscopia (Figura 2). La rehabilitación temprana

y dirigida es crucial para restaurar la función y prevenir la rigidez. El seguimiento a largo plazo es esencial para detectar y manejar complicaciones tardías como la artrosis postraumática. Las complicaciones más frecuentes se ven sobre todo con el escafoides, como la no unión y la necrosis avascular del polo proximal. También se pueden dar diversos grados de inestabilidad y a medio y largo plazo la artrosis postraumática, como por ejemplo en las muñecas tipo SLAC o SNAC.

En conclusión, las fracturas de los huesos del carpo representan un desafío diagnóstico y terapéutico para el cirujano de mano y el traumatólogo. El manejo de estas lesiones requiere un enfoque individualizado, considerando factores como el hueso afectado, el patrón de fractura, la estabilidad y las características del paciente. El objetivo final es restaurar la anatomía, preservar la función y prevenir secuelas a largo plazo en esta compleja región anatómica.



FIGURA 2

## Bibliografía.

1. Catalano LW 3rd, Minhas SV, Kirby DJ. Evaluation and management of carpal fractures other than the scaphoid. *J Am Acad Orthop Surg.* 2020;**28**:e651–e661.
2. Pickrell BB, Dowlatshahi AS, Kim PS. Update on management of scaphoid fractures. *Plast Reconstr Surg.* 2024;**154**:1020e–1036e.
3. Boeddrich O, Sander AL, Lustenberger T, Marzi I, Frank J, Voth M, Sommer K. Epidemiology of carpal fractures: is it only about the scaphoid? *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2023;**49**:1499–1503.

# Cirugía de rescate en fracturas complejas de tobillo.

JORGE OJEDA-JIMÉNEZ, MARIO HERRERA

PÉREZ, DIEGO RENDÓN-DÍAZ

UNIDAD DE PIE Y TOBILLO, COMPLEJO HOSPITALARIO

UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 12 - 14

## Introducción.

Las causas más frecuentes de reintervención en fracturas de tobillo son defectos de reducción que se presentan por orden de frecuencia en: sindesmosis (59%); peroné (38%), maleolo medial (38%), maleolo posterior (15%) y en el fragmento de Tillaux-Chaput.<sup>1</sup> Abordaremos, por su frecuencia, las dos primeras causas.

## Defectos de reducción en la sindesmosis tibioperonea.

Pueden ser secundarias a la mala posición de la fíbula en la incisura fibularis (51%) y/o apertura del espacio tibioperoneo. Dado que la radiología convencional ha mostrado no ser fiable para la valoración de la reducción, hoy en día se aboga por la visualización directa de la reducción, bien sea mediante artroscopia o mediante la realización de un abordaje anterolateral.<sup>2</sup> Así mismo, independientemente del sistema de estabilización elegido para la sindesmosis, es importante reducir y fijar aquellos fragmentos óseos con inserciones ligamentosas (Wagstaffe, Tillaux-Chaput y Volkmann).

## Defectos de reducción en el peroné.

Se presentan como acortamiento (67%) y/o malrotación (33%). Para asegurar la restauración anatómica existen numerosos signos radiológicos: el signo del "centavo"; el espacio claro medial <4mm, el espacio claro tibioperoneo <5mm, la superposición tibioperonea > 1mm, la continuidad de la línea de Shenton y la correcta posición de la "nariz de Weber". Se considera significativo

un acortamiento mayor de 2 mm. La mala rotación del peroné suele aparecer por defecto en rotación externa, y se considera relevante cuando es mayor de 5°. Estos defectos de reducción provocan una alteración de las cargas del tobillo que con el tiempo provocarán desarrollo de artrosis.

## Tratamiento.

La cirugía de preservación articular puede indicarse siempre que no exista artrosis establecida e idealmente en los 6 primeros meses. Tiene como premisa el uso de fijaciones fuertes a nivel tanto óseo como ligamentoso. Se recomienda el uso de artroscopia intraoperatoria por su valor pronóstico y descartar una infección latente si hay motivos de sospecha.<sup>3</sup> Este tipo de cirugía suele necesitar una combinación de procedimientos cuyo orden y ejecución deberán ser valorados individualmente en cada caso.

Es imprescindible la limpieza de la fibrosis en la sindesmosis y en la gotera medial para poder recuperar la congruencia de la mortaja. Los defectos rotacionales y de acortamiento del peroné se corrigen mediante osteotomías, que pueden hacerse en "Z", oblicuas o transversales.<sup>4</sup> La reconstrucción de la sindesmosis puede hacerse de múltiples maneras (auto/aló-injerto, refuerzos periósticos...), no existiendo consenso claro sobre el procedimiento de elección.<sup>5</sup>

## Conclusión.

Las causas más frecuentes de reintervención en fracturas de tobillo son defectos de reducción en la sindesmosis y el peroné. Prevenir la degeneración articular precoz y salvar la articulación es posible siempre que se identifiquen y corrijan los problemas a tiempo.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:

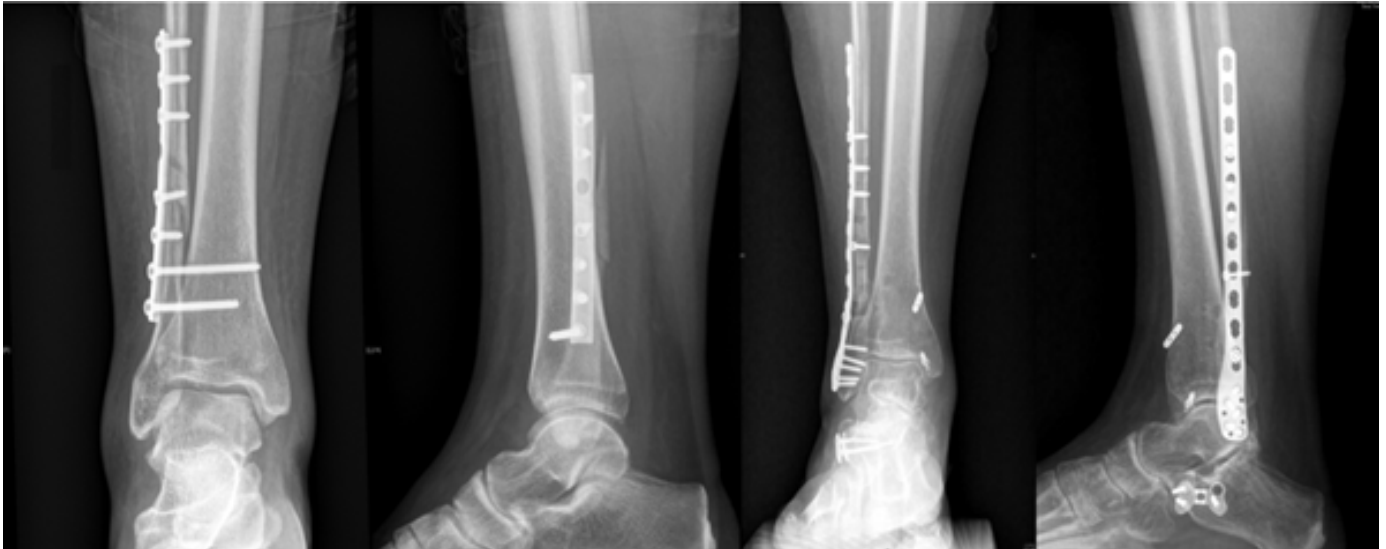
JORGE OJEDA-JIMÉNEZ

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA  
OFRA S/N, 38320 LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE  
TENERIFE. ESPAÑA.

EMAIL: JOJEDAJIM@GMAIL.COM

### Caso 1.

Fractura con osteosíntesis inicial con acortamiento y rotación de peroné, así como abducto de antepie por insuficiencia de fascículo spring del ligamento deltoideo. Posterior reconstrucción con: osteotomía de alargamiento de peroné, reconstrucción de sindesmosis con sistema dinámico y refuerzo perióstico, reconstrucción de ligamento deltoideo y osteotomía de Evans.



### Caso 2.

Fractura con osteosíntesis inicial con acortamiento y mala posición de peroné en la incisura, así como apertura de espacio claro medial. Posterior reconstrucción con: osteotomía de alargamiento y corrección de posición de peroné, reconstrucción de sindesmosis con sistema dinámico y refuerzo perióstico, reconstrucción de ligamento.



## Bibliografía.

1. Ovaska MT, Mäkinen TJ, Madanat R, Kiljunen V, Lindahl J. A comprehensive analysis of patients with malreduced ankle fractures undergoing re-operation. *Int Orthop.* enero de 2014;**38**:83-8.
2. Chun DI, Cho JH, Min TH, Park SY, Kim KH, Kim JH, et al. Diagnostic Accuracy of Radiologic Methods for Ankle Syndesmosis Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 3 de julio de 2019;**8**:968.
3. Perera A, Myerson M. Surgical techniques for the reconstruction of malunited ankle fractures. *Foot Ankle Clin.* diciembre de 2008;**13**:737-51, ix.
4. Egger AC, Berkowitz MJ. Operative Treatment of the Malunited Fibula Fracture. *Foot Ankle Int.* octubre de 2018;**39**:1242-52.
5. Xu HL, Song YJ, Hua YH. Reconstruction of Chronic Injured Distal Tibiofibular Syndesmosis with Autogenous Tendon Graft: A Systematic Review. *BioMed Res Int.* 2021;2021:3182745.

# Introducción patología degenerativa lumbar.

LARA DEL ARCO PÉREZ, RICARDO NAVARRO NAVARRO,  
PABLO CABALLERO BELLOCH  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA,  
HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 15 - 16

La patología degenerativa lumbar debe considerarse como un proceso continuo y crónico debido a los cambios fisiopatológicos asociados con la edad. A partir de la tercera década de la vida, los niveles de citoquinas proinflamatorias, aumentan a medida que disminuyen los proteoglicanos en el disco intervertebral y esto conduce a una deshidratación del mismo y con ello, una disminución de altura progresiva, prolapso discal y alteraciones en la placa terminal. A medida que esto ocurre, se alteran las características biomecánicas de las articulaciones facetarias posteriores por una distribución anormal de las cargas, generando movimientos irregulares y/o inestabilidad que provoca una degeneración facetaria. De manera directa o indirecta todo lo anteriormente comentado puede llegar a generar dolor lumbar o dolor irradiado a miembros inferiores.<sup>1,2</sup>

## Cuadros más frecuentes

Dentro de esta amplia entidad se reconocen múltiples cuadros los cuales pueden llegar a combinarse.

- 1. Hernia discal lumbar:** Se entiende como salida de material discal de su localización anatómica. Según su topografía pueden ser centrales, posterolaterales o del receso, foraminales o extraforaminales. Generalmente son asintomáticas, solo del 4-6% producen clínica que radica en dolor lumbar que empeora con la flexión del tronco, mejora con el reposo, y en caso de radiculalgia, esta seguirá el dermatoma de la raíz afectada.<sup>1-3</sup>
- 2. Estenosis de canal lumbar:** Consiste en la compresión de los elementos neurales vertebrales a nivel del conducto vertebral, canales radiculares o con-

ducto foraminal que provoca sintomatología neurológica plurirradicular o monorradicular. Se presenta típicamente como claudicación de la marcha de inicio insidioso que mejora en reposo y empeora al caminar, permanecer de pie o bajando cuestas. Se suele acompañar de parestesias, debilidad subjetiva o pesadez de espalda, nalgas y miembros inferiores.<sup>4,5</sup>

- 3. Espondilolistesis degenerativa:** Radica en la traslación anterior del cuerpo vertebral craneal a su vértebra adyacente debida a la subluxación de las facetas articulares por la degeneración artrósica. La sintomatología varía en función de la entidad y gravedad del caso: si produce estenosis de canal, el paciente referirá claudicación de la marcha; en cambio si lo que predomina es la inestabilidad segmentaria, indicará dolor lumbar exacerbado por cambios de posición rápidos.<sup>4,5</sup>

## Objetivos e indicaciones del tratamiento

El objetivo del tratamiento de la patología degenerativa lumbar es paliar el dolor, que el paciente pueda realizar su día a día con cierta calidad de vida e intentar prevenir nuevos episodios.<sup>2</sup> Para ello contamos con diferentes tipos de tratamiento:

**Tratamiento conservador:** reposo relativo, terapia física, escuela de espalda y tratamiento farmacológico (AINEs, opiáceos, neuromoduladores, relajantes musculares, infiltraciones por Unidad del Dolor Crónico). Con esta modalidad se alivian la gran mayoría de cuadros comentados anteriormente.<sup>2</sup>

**Tratamiento quirúrgico:** Este tipo de tratamiento se reserva para cuando la sintomatología persiste a pesar de haber insistido con el tratamiento conservador, existe empeoramiento progresivo, déficit neurológico que no mejora... La cirugía irá encaminada a tratar el origen del dolor o incapacidad.<sup>5</sup>

- Si el origen es la discopatía o la inestabilidad, el objetivo será artrodesar.
- Si el origen es la estenosis, el objetivo será liberar los elementos comprimidos.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:

LARA DEL ARCO PÉREZ

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLÓGICA, HOSPITAL DOCTOR  
JOSÉ MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN  
BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS  
PALMAS, ESPAÑA.

EMAIL: LARADELARCO9897@GMAIL.COM

## Bibliografía.

1. Delpon Huete, M.E; González Pascual, A. GEER. MANUAL PATOLOGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL - Capítulo 11: Dolor lumbar, tratamiento conservador y prevención. Marban Libros. ISBN: 9788419356277
2. Villalba Tejero JA, Delgado Martínez AD, García Alonso M. Curso COT. Tema 78: Síndrome doloroso lumbar de origen discal. CURSOCOT. 2020.
3. Villas Tomé C, Alfonso Olmos-García M, Llombart Blanco R. GEER. Manual patología de la columna vertebral - Capítulo 13: Dolor lumbar y ciática. Marban Libros. ISBN: 9788419356277
4. Zúniga Gómez L, Vázquez Vecilla I, Delfino Carrillo R. GEER. Manual patología de la columna vertebral - Capítulo 14: Estenosis de canal lumbar y espondilolistesis degenerativa. Marban Libros. ISBN: 9788419356277
5. Villalba Tejero JA, Delgado Martínez AD, González Barrios I. Curso COT. Tema 79: Síndrome doloroso lumbar no discal. Cirugía de la columna vertebral. CURSOCOT. 2020.

# A propósito de un caso: cotilo intrapélvico asociado a fractura periprotésica Vancouver B2 de fémur

PATRICIA AMAYA ESPINOSA, JULIO CÉSAR MORALES DÁVILA  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA,  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 17 - 19

## Introducción

Debido al aumento exponencial del número de artroplastias de cadera, el número absoluto de las complicaciones asociadas a éstas también va en aumento. Las causas más frecuentes de cirugía de revisión son la inestabilidad, el aflojamiento y la infección.<sup>1</sup> La cirugía de revisión supone un desafío para el cirujano en los casos que se asocian a defecto óseo, inestabilidad y fracturas.<sup>2</sup> El caso que presentamos a continuación de un cotilo intrapélvico asociado a una fractura periprotésica de fémur es una complicación rara y difícil de solucionar, que requiere un manejo multidisciplinar.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 76 años que consulta tras una caída sobre la cama. Deambulaba previamente con dos muletas. En la radiografía inicial (figura 1) se objetiva una fractura periprotésica de fémur Vancouver B2 y un aflojamiento y movilización intrapélvica del cotilo con una discontinuidad pélvica. Como antecedentes quirúrgicos, la paciente precisó un recambio acetabular con anillo de Burch Schneider en el 2007 por aflojamiento aséptico de una prótesis total de cadera primaria (2001). Perdió seguimiento en el año 2011. Tras ser valorado el caso por un equipo multidisciplinar (formado por COT, radiología y cirugía vascular) se opta por realizar un recambio completo mediante abordaje posterolateral único. Se usa la técnica de Cup-Cage sobre el



FIGURA 1: RADIOGRAFÍA INICIAL.

defecto, rellenado con injerto impactado de esponjosa y aumento de tantalio (figura 2). El polietileno se cementa con ceja. A nivel del fémur se coloca un vástago modular y tres cerclajes para sintetizar la fractura. La cirugía transcurrió sin incidencias. Un cirujano vascular estaba preavisado por cualquier posible complicación. Como incidencia en la segunda semana del postoperatorio, tras un gesto forzado, la paciente sufrió una luxación de la prótesis que se redujo en quirófano de forma cerrada. La paciente posteriormente ha evolucionado de forma favorable.

## Discusión

Estamos ante un caso poco frecuente, ya que discontinuidad pélvica más cotilo intrapélvico son complicaciones crónicas de prótesis de cadera que rara vez se asocian a una fractura periprotésica de fémur. En cuanto a la vía de abordaje, ésta puede ser late-

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**  
PATRICIA AMAYA ESPINOSA

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE CANARIAS, 38320 LA LAGUNA, SANTA  
CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA

EMAIL: PATRICIAAESPI@GMAIL.COM



FIGURA 2: CONTROL POSTOPERATORIO

ral o posterolateral, o una combinación de abordajes para proteger las estructuras en riesgo al extraer los implantes (por ejemplo, combinadas con un abordaje retroperitoneal).<sup>3</sup> Incluso hay algún caso descrito en el que no se extrae la copa acetabular movilizada y el recambio se realiza sobre ella, sirviendo de soporte. Cabe destacar que existe una relación directa entre el nivel de lesión del acetábulo y la orientación e intru-

sión de los componentes con el riesgo de complicación intraquirúrgica,<sup>4</sup> de ahí la importancia de realizar pruebas de imagen (TAC, angioTAC) y el manejo conjunto con otras especialidades.

Disponemos de una gran variedad de estrategias reconstructivas que dependerán del tiempo de evolución y del stock óseo remanente. La osteosíntesis de la columna posterior con implantación de acetábulo de revisión se emplea en casos agudos de discontinuidad pélvica. En casos crónicos se pueden usar cotilon de gran diámetro para distracción acetabular, anillos de reconstrucción asociados a metal poroso, constructos tipo "cup cage" (los más empleados) o acetábulos customizados (custom triflange component).<sup>1</sup> En la mayoría de los casos será necesario añadir injerto óseo. La tasa de complicaciones varía según las series y técnica quirúrgica (25–80%) siendo las más frecuentes la luxación (30%), infección (10%), lesión vascular (7%) y nerviosa (2%) (sobre todo del nervio ciático y glúteo superior), fallo en la síntesis o fallo del implante (2%).<sup>5</sup>

Comparativamente y en términos de tasa de supervivencia, ofrecen mejores resultados las técnicas de distracción acetabular (tasa de supervivencia 96.2% a 5 años) y los implantes customizados (96.2%), seguidos por las reconstrucciones con cup-cage (91.9%) y osteosíntesis para casos agudos (91%). A la cola se encuentran soluciones con anillos de reconstrucción, con tasas de supervivencia de un 60%.<sup>5</sup>

## Bibliografía.

1. Hasenauer MD, Paprosky WG, Sheth NP. Treatment options for chronic pelvic discontinuity. *J Clin Orthop Trauma*. 2018;**9**:58-62.
2. Fraile Suari A, Marqués López F, Cuenca Llavall M, Tey Pons M, León García A. Reconstruction for pelvic discontinuity and massive acetabular defects. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed)*. 2020;**64**:64-73.
3. Babis GC, Nikolaou VS. Pelvic discontinuity: a challenge to overcome. *EFORT Open Rev*. 2021;**28**;**6**:459-71.
4. Papagiannis S, Sinos G, Kotsia C, Tatani I, Megas P. Intrapelvic Cup Migration Following Revision Total Hip Arthroplasty: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2024;**16**:e51498.
5. Malahias MA, Ma QL, Gu A, Ward SE, Alexiades MM, Sculco PK. Outcomes of Acetabular Reconstructions for the Management of Chronic Pelvic Discontinuity: A Systematic Review. *J Arthroplasty*. 2020;**35**:1145-53.e2.

# Atrapamiento del Nervio Cubital en antebrazo por banda fibrovascular. Neurolisis bajo control Neurofisiológico.

JAVIER BERROCAL AGÜERA, ALEJANDRO MARTÍNEZ ARAGÓN,  
ANDREA PÉREZ LORENZO.  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL  
UNIVERSITARIO NUESTRA. SEÑORA DE CANDELARIA.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 20 - 22

## Introducción

Las neuropatías por atrapamiento son un grupo heterogéneo de afecciones de los nervios periféricos, resultado de trastornos congénitos y/o adquiridos.

El atrapamiento del nervio cubital es de las más frecuentes y suele producirse en el canal epitrocleo-olecraneano y en el canal de Guyon.

Los síntomas dependen del grado y la duración del atrapamiento y oscilan desde anomalías sensitivas (dolor, parestesia y entumecimiento) hasta debilidad motora.

Los pilares del diagnóstico son la anamnesis, exploración física y estudios neurofisiológicos. Los estudios de imagen pueden tener un papel relevante en la identificación de la causa del atrapamiento.<sup>1,2</sup>

## Objetivo

Revisión de la bibliografía a propósito de un caso atípico de compresión del nervio cubital en antebrazo, por bandas fibrovasculares, la evolución y el manejo realizado.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:

JAVIER BERROCAL AGÜERA

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO  
NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA.  
GRAL. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE  
TENERIFE. 38010 SANTA CRUZ DE TENERIFE.  
ESPAÑA

EMAIL: JAVIBERROCALAGUERA@GMAIL.COM

## Caso clínico

Mujer de 25 años, sin antecedentes relevantes, que presenta dolor en brazo izquierdo de aparición súbita desde hace tres meses, con déficit sensitivo y motor en el territorio del nervio cubital. En la exploración, se observa amiotrofia hipotenar y de músculos interóseos, signo de Wartenberg presente con Froment ausente y parestesias e hipoestesis en el cuarto y quinto dedo. Se solicita resonancia magnética (RM) y Electroneurograma/Electromiograma (ENG/EMG). La RM revela un discreto aumento de volumen del nervio en la región posterior del epicóndilo humeral medial, sin músculo anóneo accesorio. El ENG-EMG muestra una neuropatía cubital izquierda severa, con bloqueo de conducción a nivel del antebrazo y denervación aguda de la musculatura tributaria. Ante la persistencia de los síntomas, se opta por tratamiento quirúrgico.

Se realizó una incisión en cara medial de antebrazo y extendida hacia distal siguiendo el recorrido del nervio, donde atraviesa una aponeurosis intermuscular entre Flexor Carpi Ulnaris (FCU) y Flexor Digitorum Superficialis (FDS).

Observamos dos vainas epiperineurales y un pequeño paquete vascular sobre el nervio (Figura 1). Se realizó un estudio con ENG-EMG intraoperatorio (Figura 2) que confirmó el lugar de la compresión. Posteriormente se liberó el nervio (Figura 3) y se ligó el paquete vascular (arteria y vena). El estudio neurofisiológico confirmó mejoría de la conducción nerviosa.<sup>3-6</sup>

## Caso clínico

Durante el postoperatorio se observó una mejoría sustancial de la sintomatología. Se repitió el estudio ENG/EMG a los 6 meses y al año objetivando una mejoría sig-

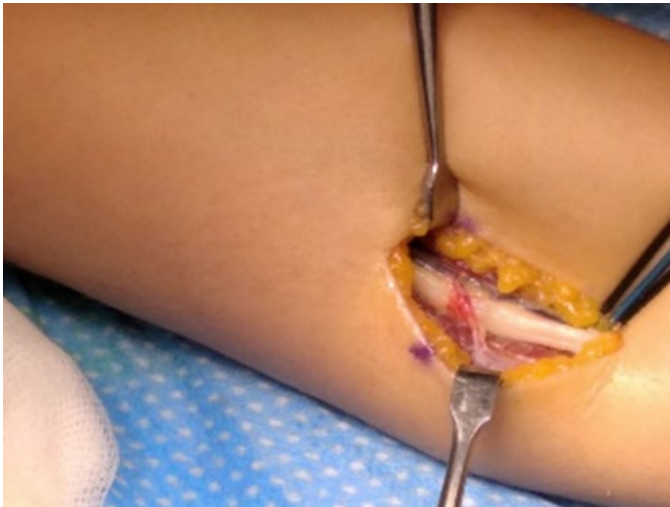


FIGURA 1 DISECCIÓN NERVO CUBITAL

nificativa del volumen axonal, así como en la velocidad de conducción. Actualmente, a los 2 años de la cirugía, la paciente se encuentra asintomática.

### Conclusiones

La neuropatía cubital se debe con mayor frecuencia a la compresión en diferentes túneles osteofibrosos como el túnel cubital del codo y el canal de Guyon de la muñeca o a afecciones congénitas que afectan a los músculos accesorios. En el antebrazo, la compresión puede producirse donde el nervio sale del FCU y por bandas fibrovasculares que recorren el nervio desde la arteria cubital hasta la porción distal del FCU. El electromiograma y el electroneurograma son de gran utilidad para confirmar el diagnóstico.



FIGURA 2 ENG-EMG INTRAOPERATORIO



FIGURA 3 ENG-EMG INTRAOPERATORIO POST LIBERACIÓN NERVO CUBITAL

## Bibliografía.

1- Nakashian MN, Ireland D, Kane PM. Cubital Tunnel Syndrome: Current Concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2020;**13**:520–24.

2- Węgiel A, Zielinska N, Tubbs RS, Olewnik Ł. Possible points of compression of the ulnar nerve: Tricks and traps that await clinicians from an anatomical point of view. *Clin Anat.* 2022;**35**:155–73.

3- Townsend CB, Katt BM, Tawfik A, et al. Functional Outcomes of Cubital Tunnel Release in Patients with Negative Electrodiagnostic Studies. *Plast Reconstr Surg.* 2023;**152**:110e–5e.

4- Herrera-Pérez M, Oller-Boix A, Pérez-Lorensu PJ, et al. Intraoperative neurophysiological monitoring in peripheral nerve surgery: Technical description and experience in a centre. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2015;**59**:266–74.

5- Holtzman RN, Mark MH, Patel MR, Wiener LM. Ulnar nerve entrapment neuropathy in the forearm. *J Hand Surg Am.* 1984;**9**:576–8.

6- Davidge KM, Boyd KU. Ulnar Nerve Entrapment and Injury. In: Mackinnon SE ed. *Nerve Surgery.*

# Injerto estructural tipo Capanna tras fracaso de osteosíntesis.

FERNANDO BAÑOLAS RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, JONATHAN CABALLERO

MARTEL<sup>1,2</sup>, ISIDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ<sup>1,2</sup>

1. SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.

2. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ROQUE LAS PALMAS

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 23 - 25

## Introducción

En casos complejos con varios fracasos de intento de osteosíntesis y pérdida de stock óseo podemos plantearnos varias opciones de tratamiento como pueden ser la sustitución por una megaprótesis, intento de reconstrucción mediante injertos biológicos (vascularizados o no) o incluso el empleo de técnicas mixtas.<sup>1</sup>

En este caso en particular se optó por un enfoque quirúrgico que combina un aloinjerto masivo con un injerto de peroné vascularizado para la reconstrucción de grandes defectos óseos. Este método tiene como objetivo proporcionar una reconstrucción estructuralmente sólida con la capacidad de promover la osteogénesis.<sup>2</sup>

## Caso clínico

Varón de 51 años sin antecedentes de interés que tras caída accidental con traumatismo directo en miembro inferior derecho presenta fractura subtrocantérea de fémur derecho.

En un primer tiempo se realizó osteosíntesis con clavo endomedular largo con bloqueo distal y único bloqueo proximal hacia trocánter menor. Tras el alta hospitalaria se objetiva un desplazamiento de la fractura en el pri-

mer control radiológico en seguimiento por consultas que posteriormente progresa en el segundo control por lo que se decide nueva intervención quirúrgica.

En un segundo tiempo se realiza extracción del clavo endomedular, osteosíntesis con sistema DHS y se colocan cerclajes metálicos con el fin de lograr una mayor reducción del foco de fractura. En este momento no se autoriza la carga al paciente tras el alta hospitalaria. Durante la realización de fisioterapia aún sin comenzar fase de apoyo sufre rotura de los tornillos de bloqueo distal del sistema DHS mientras realizaba flexión pasiva de cadera.

Se realiza una tercera cirugía extrayendo el DHS sin poder realizar extracción de los tornillos de bloqueo distal que habían sufrido la rotura. Se realiza en esta ocasión cruentación del foco de fractura y osteosíntesis con sistema OHS de 10 orificios y aporte de injerto óseo. Se realiza seguimiento durante 6 meses sin incidencias permitiendo el comienzo de carga parcial. Encontrándose el paciente deambulando con una única ayuda técnica sufre rotura del sistema OHS tras realiza un giro sobre el miembro intervenido.

Llegados a este punto se optó por realizar un injerto de peroné vascularizado asociado a técnica de Capanna. La incisión se realizó de forma longitudinal desde el cuello del peroné hasta 6-8cm proximal al maléolo peroneo en función de la longitud de injerto que era necesario en cada caso. Durante la disección es importante retraer adecuadamente los músculos peroneos, extensor largo de los dedos, extensor largo del hallux y sóleo pero preservando un manguito de músculo unido al hueso de forma que se garantice la integridad de la circulación perióstica del peroné. Una vez realizadas las osteotomías, se divide la membrana interósea, el pedículo peroneo se identifica distalmente, se liga y se secciona. El músculo tibial posterior y la fascia se separan progresivamente de distal a proximal. Para la colocación intramedular del injerto de peroné, el canal medular del aloinjerto se agranda con una fresa

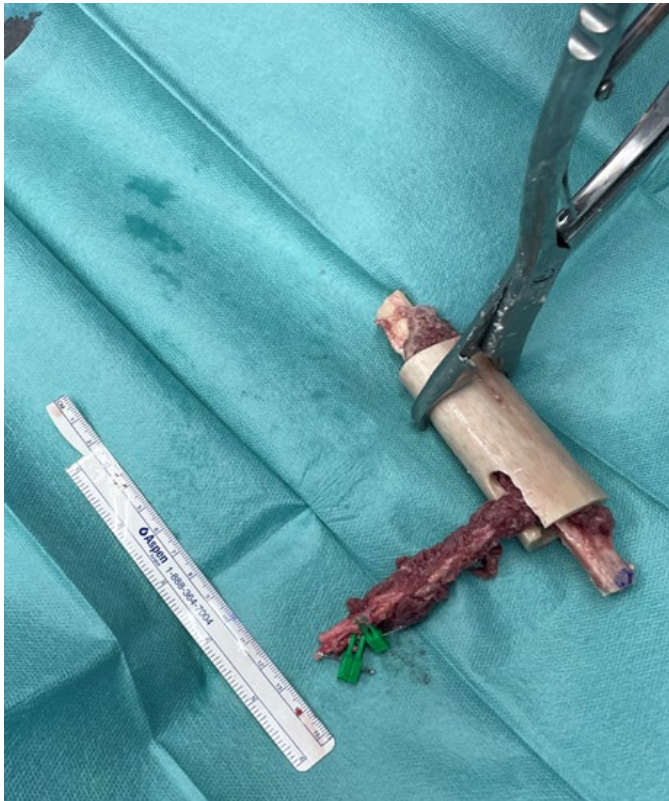
### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:

FERNANDO BAÑOLAS RODRÍGUEZ

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. AVENIDA MARÍTIMA DEL SUR S/N. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. 35016 LAS PALMAS. ESPAÑA.

EMAIL: TICFERNANDO1C@GMAIL.COM

para dejar espacio suficiente para el injerto. El injerto de peroné libre se pasa a través del canal medular del aloinjerto, y los vasos del injerto de peroné se llevan a través de una ventana creada en el aloinjerto (Figura 1). Posteriormente, se inserta el conjunto del aloinjerto y el peroné en los extremos del hueso receptor, donde el peroné actúa como una varilla intramedular vascularizada, realizándose anastomosis microquirúrgica en el lecho receptor (anastomosis a femoral rama distal de vasto lateral de la femoral profunda), extendiéndose entre 1 a 2 cm en el hueso receptor proximal y distal. Finalmente, el conjunto se fijó utilizando un clavo-placa 95° de sistema DCS.



**FIGURA 1: INJERTO DE PERONÉ EN EL CANAL MEDULAR DEL ALOINJERTO. NÓTESE LA VENTANA DONDE SE UBICA EL PEDÍCULO VASCULAR. (IZQUIERDA)**

**FIGURA 2: FIJACIÓN FINAL DEL MONTAJE UTILIZANDO UN CLAVO-PLACA 95° DE SISTEMA DCS (DERECHA)**

## Resultados

El paciente continúa en seguimiento pasados unos 4 meses desde la última intervención. En los controles radiográficos no se objetivan signos claros de consolidación ósea, no obstante el tiempo medio de consolidación medio puede ser de 9 meses.<sup>1</sup> El paciente se encuentra realizando fisioterapia con ligeras molestias a nivel del muslo.

## Discusión

La técnica de Capanna es una alternativa útil para la reconstrucción de grandes defectos óseos con resultados excelentes que puede alcanzar hasta un 93.5% de éxito, siendo las complicaciones más frecuentes la infección (7.5%), no unión (8.8%) o fractura del aloinjerto (13.3%)<sup>3</sup>. El tiempo medio de consolidación según algunas series oscila entre 3 y 14 meses con promedio de 8 meses.

Dados los datos obtenidos en la bibliografía resulta una opción de tratamiento factible, no obstante la realización de esta técnica no es sencilla, debiendo precisar de un equipo quirúrgico entrenado para la realización de la misma.



## Bibliografía.

1- Bañolas Rodríguez F, Caballero Martel J, Romero Pérez B, et al. Reconstrucción ósea mediante trasplante de peroné vascularizado autólogo. Experiencia inicial. Rev Soc Can Traumatol Ortop. 2024;**4**:32-4.

2- Bakri K, Stans AA, Mardini S, Moran SL. Combined massive allograft and intramedullary vascularized fibula transfer: The Capanna technique for lower-limb reconstruction. Semin Plast Surg. 2008;**22**:234-42.

3- Shin EH, Shin AY. Vascularized bone grafts in orthopaedic surgery. JBJS Rev. 2017;**5**:e1.

# Luxación Perilunar del Carpo en Deportista de Alto Rendimiento

CRISTINA LORENZO LEÓN, OSMAN BENAVIDES GONZALES  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 26 - 28

## Resumen

Las luxaciones del carpo representan el 7-10% de las lesiones carpianas y, debido a su complejidad, requieren un diagnóstico precoz y un manejo adecuado para evitar secuelas funcionales. Presentamos el caso de un deportista de alto rendimiento con una luxación perilunar del carpo tratada mediante reducción artroscópica y fijación con agujas de Kirschner. Se analizan los resultados funcionales y la evolución postoperatoria.

## Introducción

Las luxaciones perilunares son lesiones raras pero graves que, en muchos casos, pasan desapercibidas en el diagnóstico inicial. La falta de tratamiento oportuno puede llevar a inestabilidad crónica, colapso del carpo y artrosis secundaria. La técnica artroscópica ha surgido como una alternativa menos invasiva con buenos resultados en la preservación ligamentosa y vascular.

## Caso clínico

Varón de 44 años, diestro y sin antecedentes patológicos, competidor regional de CrossFit. Durante un levantamiento de barra con cargada al hombro, sufre una hiperextensión forzada de la muñeca derecha con dolor intenso e impotencia funcional. La radiografía evidenció una luxación volar del semilunar y fractura de

la estiloides cubital (Figura 1). Se realizó reducción cerrada con maniobra de Tavernier y colocación de yeso, pero debido a la inestabilidad observada en escopia, se decidió la reducción asistida por artroscopia con fijación mediante agujas de Kirschner.

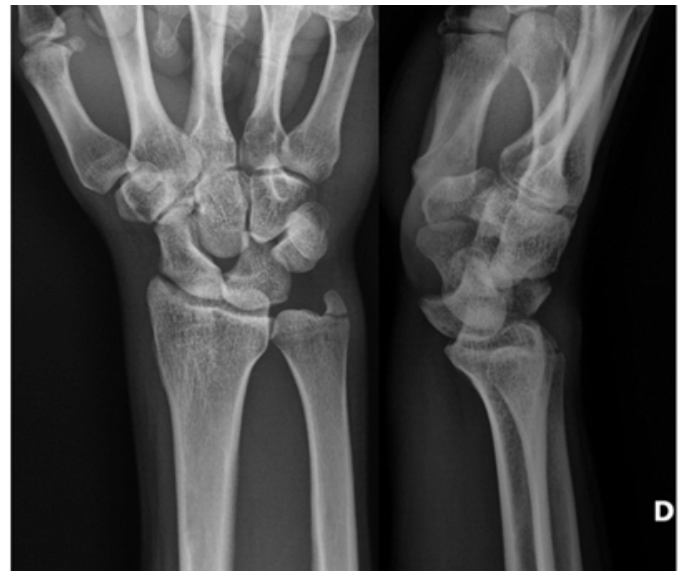


FIGURA 1: LUXACIÓN PERILUNAR

Durante la cirugía, se realizó un abordaje artroscópico radiocarpiano y mediocarpiano, permitiendo una exploración detallada de la articulación. Se descartó la presencia de lesiones en el fibrocartilago triangular. La reducción se llevó a cabo bajo control artroscópico, asegurando una alineación anatómica del semilunar el cual previamente se visualizó el signo de Meceadora, típico de estas lesiones. Se utilizó una técnica de fijación progresiva mediante agujas de Kirschner, estabilizando inicialmente el semilunar con una aguja desde el radio y posteriormente fijando la primera hilera carpiana con múltiples agujas para garantizar la estabilidad biomecánica (Figura 2).

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:

CRISTINA LORENZO LEÓN

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN.  
BARRANCO DE LA BALLENA, S/N, LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA, 35010 LAS PALMAS,  
ESPAÑA

EMAIL:

CRISTINALORENZOLEON170197@GMAIL.COM



FIGURA 2: RESULTADO POSTOPERATORIO

## Resultados

A las 6 semanas se retiró la férula e inició rehabilitación manteniendo las agujas. Se permitieron movimientos controlados de "lanzamiento de dardos".

A las 8 semanas se retiraron las agujas bajo visión fluoroscópica, confirmándose la estabilidad. A partir de ese momento, el paciente inició rehabilitación activa con carga progresiva.

A los 2 meses retomó la actividad deportiva, logrando nivel competitivo a los 3 meses postoperatorios.

## Discusión

Las luxaciones perilunares requieren tratamiento quirúrgico adecuado para evitar complicaciones como la disociación escafosemilunar y la artrosis postraumática. La reducción asistida por artroscopia ha demostrado ventajas sobre la cirugía abierta en casos seleccionados. Según Del Piñal et al., la técnica artroscópica permite una reducción anatómica precisa y minimiza adherencias. Además, la preservación vascular facilita una mejor cicatrización ligamentosa y reduce la rigidez postoperatoria. En deportistas, la recuperación funcional suele ser más rápida debido a su mayor adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

## Conclusión

La reducción artroscópica con fijación temporal con agujas de Kirschner es una opción válida en lesiones ligamentarias puras, permitiendo una recuperación más rápida y con menos complicaciones. En pacientes deportistas, el adecuado seguimiento y rehabilitación postoperatoria son claves para la reincorporación temprana a la actividad.

## Bibliografía.

1. Grabow RJ, Catalano L III. Carpal Dislocations. *Hand Clin.* 2006;**22**:485–500.
2. Krief E, Mertl P. Results of perilunate dislocations and perilunate fracture dislocations with a minimum 15-year follow-up. *J Hand Surg Am.* 2015.
3. Del Piñal F. Arthroscopic Management of Perilunate Dislocations. *J Hand Surg Eur Vol.* 2014;**39**:378–86.
4. Del Piñal F, et al. The role of arthroscopy in acute wrist trauma. *Hand Surg Rehabil.* 2018;**37**:155–62.
5. Del Piñal F. Arthroscopic-Assisted Treatment of Complex Perilunate Injuries. *Tech Hand Upper Extrem Surg.* 2020;**24**:67–73.

# Caso clínico: tratamiento de una pseudoartrosis de fémur distal en una paciente anciana

ROMÁN BETANCORT DE LEÓN, LARA DEL ARCO PÉREZ,  
MIGUEL CABRERIZO VALDÉS.  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA,  
HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 29 - 31

## Introducción

La pseudoartrosis de fémur distal es una complicación grave que genera una alteración importante de la funcionalidad de la extremidad y cuyo tratamiento representa un reto significativo para los cirujanos ortopédicos al requerir cirugías de revisión complejas.

## Caso clínico

Paciente mujer de 74 años con antecedentes personales de tabaquismo, alcoholismo y osteoporosis, que fue intervenida 6 meses atrás de una fractura de fémur distal derecho (articular metafisaria), tras traumatismo de baja energía, mediante reducción abierta y fijación interna (RAFI) con una placa lateral. En revisión en las consultas externas de Traumatología la paciente caminaba ayudada de dos muletas y la rodilla se encontraba tumefacta, con peloteo rotuliano positivo, flexión máxima de 90° y asociaba dolor a la movilización y a la carga parcial de la extremidad. A nivel radiológico fue confirmada la sospecha clínica de pseudoartrosis. Fueron valoradas distintas opciones de tratamiento, optando finalmente por el desbridamiento, aporte de injerto óseo autólogo y fijación interna mediante doble placa.

Sin embargo, durante el periodo de espera para la nueva intervención quirúrgica la paciente sufrió una nueva caída desde su propia altura presentando una fractura pertrocanterea de fémur proximal derecho y fractura en 4 fragmentos de húmero proximal derecho. Se le intervino mediante una prótesis invertida de hombro y una osteosíntesis con clavo trocantérico en la cadera, realizando además toma de muestras de la pseudoartrosis del fémur distal para estudio microbiológico, resultando las mismas negativas.

Dos meses más tarde de la realización de estas cirugías, valorando la fragilidad de nuestra paciente y en intento de conseguir una rápida recuperación de la funcionalidad de la extremidad y de la autonomía de la paciente, se optó, como tratamiento definitivo, por la implantación de una prótesis tumoral de rodilla cementada tipo OSS, añadiendo una placa de protección diafisaria atornillada y fijada con cerclajes para evitar zonas de stress, entre el clavo trocantérico y la prótesis tumoral.

## Resultados

A las ocho semanas de la cirugía la paciente fue revisada deambulando sin ninguna ayuda y sin dolor. El balance articular de la rodilla presentaba una flexión de 120°. Se llevaron a cabo radiografías de control con resultados satisfactorios (fig. 1).

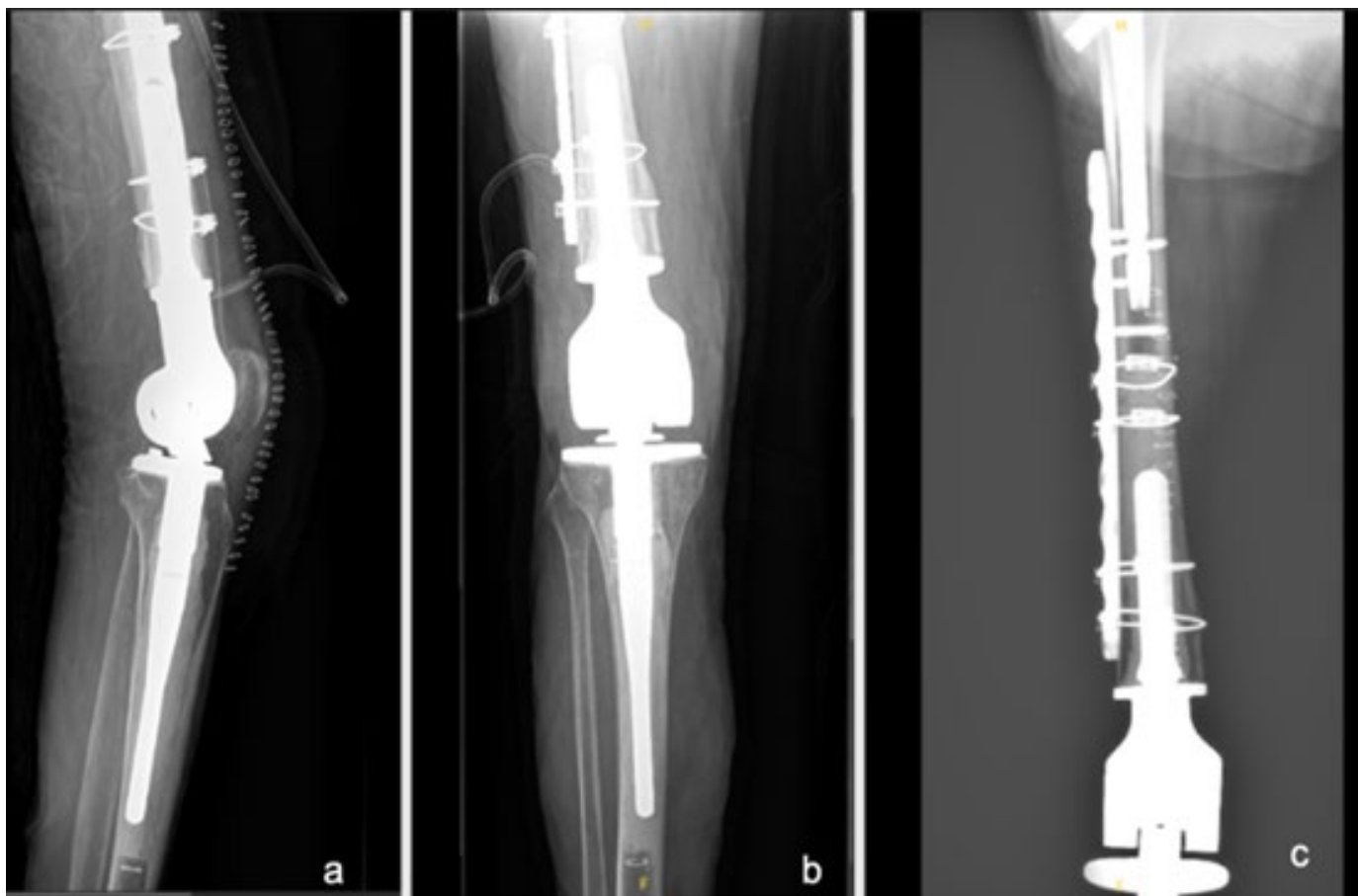
## Discusión

El tratamiento de la pseudoartrosis del fémur distal en pacientes pluripatológicos requiere un enfoque multidisciplinar. La opción quirúrgica planteada en un primer momento mediante el desbridamiento del foco de pseudoartrosis, con aporte de injerto óseo y la osteosíntesis con doble placa, presenta en los pacientes ancianos con fragilidad osteoporótica y comorbilidades, peores

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**  
LARA DEL ARCO PÉREZ

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLÓGICA, HOSPITAL DOCTOR  
JOSÉ MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN  
BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS  
PALMAS, ESPAÑA.

EMAIL: ROMANBET97@GMAIL.COM



**FIGURA 1: RADIOGRAFÍAS DE CONTROL A LAS 8 SEMANAS DE LA INTERVENCIÓN. (A,B) RADIOGRAFÍA LAT. Y AP DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA QUE MUESTRA LA CORRECTA IMPLANTACIÓN DE LA PRÓTESIS TUMORAL DE RODILLA CEMENTADA. (C) RADIOGRAFÍA AP DE LA DIÁFISIS DEL FÉMUR QUE MUESTRA EL REFUERZO CON LA PLACA LATERAL ATORNILLADA Y CON CERLAJES PARA EVITAR ZONAS DE STRESS.**

resultados y un índice de complicaciones más elevado en comparación con los resultados de este tratamiento en la población más joven. Por consiguiente, en pacientes de edad avanzada con hueso osteoporótico y con alta probabilidad de aparición de complicaciones

postoperatorias, consideramos viable el tratamiento de la pseudoartrosis de fémur distal mediante la implantación de una prótesis tumoral de rodilla, ya que permite una carga total de peso inmediato y un rápido retorno al estado funcional previo.

## Bibliografía.

1- Griffin XL, Parsons N, Zbaeda MM, McArthur J. Interventions for treating fractures of the distal femur in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;**2015**:Cd010606.

2- Karpman RR, Del Mar NB. Supracondylar femoral fractures in the frail elderly. Fractures in need of treatment. Clin Orthop Relat Res. 1995;**316**:21-4.

# Reconstrucción de Grandes Defectos Óseos: Un Enfoque Multidisciplinario Basado en la Evidencia

MIGUEL MANUEL ANDÚJAR ALEMÁN, OSMAN BENAVIDES GONZALES  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA,  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN.

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 32 - 3

La reconstrucción de grandes defectos óseos representa un reto significativo en cirugía ortopédica y traumatológica. Se define como defecto óseo crítico aquel en el cual la regeneración ósea espontánea es insuficiente, estableciendo como gran defecto óseo aquel con una pérdida superior a 6 cm. Su etiología es variada e incluye traumatismos de alta energía, fracturas abiertas, tumores osteolíticos, pseudoartrosis y complicaciones postquirúrgicas como la osteomielitis.<sup>1</sup> Estos defectos comprometen la estabilidad estructural, la funcionalidad del segmento afectado y requieren un abordaje multidisciplinario para su tratamiento exitoso. El manejo de estos defectos no solo depende de la magnitud de la pérdida ósea, sino también del estado de las partes blandas, la presencia de infección y la viabilidad de la extremidad. Un enfoque estructurado incluye la erradicación de infecciones, estabilización del hueso y reconstrucción mediante técnicas avanzadas de regeneración ósea.

Dentro de las estrategias biológicas, el peroné vascularizado se considera el estándar de oro para defectos de entre 10 y 20 cm, con tasas de consolidación del 95% a los 9 meses<sup>2</sup>. La técnica de Masquelet permite la rege-

neración ósea mediante la inducción de una membrana biológica con PMMA y posterior injerto óseo. En defectos más extensos, el transporte óseo por osteogénesis por distracción permite la regeneración sin límite de tamaño.<sup>3</sup>

En cuanto a las técnicas no biológicas, las megaprotésis y los implantes 3D permiten la reconstrucción anatómica precisa en defectos segmentarios, aunque presentan desafíos como el aflojamiento mecánico y el riesgo de infección.<sup>4</sup>

El éxito del tratamiento depende de la elección de la técnica reconstructiva y la optimización preoperatoria del paciente. Factores como el estado nutricional, el control metabólico y la rehabilitación preoperatoria han demostrado mejorar los resultados funcionales. La cobertura de partes blandas es crucial y requiere la colaboración de cirugía plástica mediante colgajos locales o libres.<sup>4</sup>

En algunos casos, la extensión del daño en estructuras neurovasculares puede hacer inviable la reconstrucción, requiriendo la toma de decisiones sobre la amputación. Escalas como MESS y LSI ayudan a determinar la posibilidad de salvar la extremidad, aunque la decisión final debe basarse en la experiencia quirúrgica y la preferencia del paciente.<sup>5</sup>

La reconstrucción de grandes defectos óseos exige un enfoque integral que combine la eliminación de factores adversos, la restauración de la estructura ósea y la preservación de la función de la extremidad. La personalización del tratamiento y la evolución en las técnicas quirúrgicas siguen mejorando el pronóstico de estos pacientes.

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**  
MIGUEL MANUEL ANDÚJAR ALEMÁN

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN.  
BARRANCO DE LA BALLENA, S/N, LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA, 35010 LAS PALMAS,  
ESPAÑA

EMAIL: MIKIANDUJAR@GMAIL.COM



FIGURA 1. GRAN DEFECTO ÓSEO EN DIÁFISIS TIBIAL TRAS DESBRIDAMIENTO POR FRACTURA ABIERTA DE ALTA ENERGÍA. SE MUESTRA ESPACIADOR DE CEMENTO CON CLAVO HUMERAL, COBERTURA CON COLGAJO ALT Y FIJACIÓN EXTERNA.



FIGURA 2. PSEUDOARTROSIS RECALCITRANTE DE CÚBITO. SE MUESTRA AMPLIO DEFECTO ÓSEO RESTANTE DESPUÉS DEL DESBRIDAMIENTO. SE OPTA POR RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO Y PLACA PERSONALIZADA.

## Bibliografía.

1. Schemitsch EH. Size Matters: Defining Critical in Bone Defect Size! J Orthop Trauma. 2017;**31**(Suppl 5):S20-S2.
2. Tinoco TL, Espinosa CM, Marín SE, et al. Resección de tibia proximal con reconstrucción endoprotésica. Acta Med GA. 2021;**19**:539-43.
3. Jover Carbonell P, Zarzuela Sánchez VM, Marín Bertolín S, et al. Reconstrucción biológica de defectos óseos con peroné vascularizado. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2023;**88**:620-9.
4. Mauffrey C, Barlow BT, Smith W. Management of Segmental Bone Defects. J Am Acad Orthop Surg. 2015;**23**:143-53.
5. El-Rosasy M, Mahmoud A, Rodriguez-Collazo E. Definition of Bone Transport from an Orthoplastic Perspective. Int J Orthoplastic Surg. 2019;**2**:62-71.

# Beca Bolsa de Viaje de la COTCAN

SOCIEDAD CANARIA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA (COTCAN)

REV SOC CAN TRAUMATOL ORTOP. 2025; 5 (1): 29 - 31

Uno de los objetivos de la COTCAN es estimular, ayudar y fomentar la formación continuada de sus socios. En años previos se ha destinado esta ayuda económica a los Médicos Residentes en exclusiva. Escuchando ideas de los socios y debatiendo la cuestión en la Junta Directiva, hemos decidido ampliar la convocatoria a los Médicos Especialistas. Para ello la Fundación COTCAN destinará este año 2000€ repartidos en dos becas de 1000€ cada una para realizar una estancia formativa en un centro de referencia fuera de la Comunidad Autónoma de Canarias. Una de ellas se reservará para médicos que se encuentren en periodo de formación MIR y otra para médicos especialistas en COT.

## Requisitos para su solicitud:

- Ser médico residente de 4º o 5º año en la Comunidad Autónoma de Canarias (Debe aportarse certificado del Hospital), en el caso de solicitar la beca para médicos residentes.
- Ser médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el caso de solicitar la beca para especialistas.
- Ser socio de la COTCAN a fecha 1 de enero del año en curso.
- Aprobación del centro de destino donde se vaya a realizar la rotación externa en el mismo año de la solicitud de la Beca.

## Documentación a aportar:

- Curriculum Vitae normalizado.
- Descripción del proyecto, que deberá contener como mínimo los siguientes apartados: 1- Título del Proyecto; 2- Fecha de inicio y fin de la estancia; 3- Actividades a desarrollar en la institución o centro elegido
- Certificado del Hospital de origen acreditando la condición de médico residente en su 4º o 5º año de formación.
- Carta de recomendación del tutor de residentes del centro de origen (Beca residentes).
- Carta de aceptación del centro de destino.
- Objetivos y justificación de la rotación.

- La documentación debe enviarse mediante correo electrónico a [sociedad@cotcan.org](mailto:sociedad@cotcan.org) y [conchigar-cia@viajestenmar.com](mailto:conchigar-cia@viajestenmar.com)

## Baremo de Puntuación:

Máximo 25 puntos

- Expediente académico ponderado (hasta 2 puntos).
- Doctorado: 3 puntos. Calificación cum laude: 1 punto (hasta 4 puntos)
- Publicaciones escritas (hasta 10 puntos):
  - Indexadas: 1 punto + factor de impacto cada una.
  - No indexadas: 0,25 puntos cada una.
- Comunicaciones orales (hasta 4 puntos):
  - Regionales: 0,25 puntos cada una
  - Nacionales: 0,50 puntos cada una
  - Internacionales: 1 punto cada una
- Posters (hasta 3 puntos):
  - Nacionales: 0,20 puntos cada uno.
  - Internacionales: 0,50 punto cada uno.
- Máster relacionado con la Medicina (máximo 2 puntos):
  - Título oficial: 1 punto.
  - Título propio: 0,5 puntos.

## Método de pago:

Dos tercios de la beca se pagarán a los solicitantes seleccionados tras la resolución de la beca.

El tercio final se pagará después de la estancia y tras haber remitido a la COTCAN los siguientes documentos:

- Certificación firmada por el Jefe de la Unidad o del Centro o anfitrión de que la visita tuvo lugar.
- Informe de la actividad realizada.

## Reporte de actividad:

El médico beneficiario de una beca de la COTCAN deberá elaborar un documento escrito para describir su estancia que será publicada en el siguiente número de la revista siguiente a su estancia.

Además deberá presentar en el Congreso siguiente de la COTCAN una ponencia de 5 minutos contando sus impresiones y experiencias.

**Cronograma:**

- Fecha límite para presentar solicitud: 1 de Abril del año en curso.
- Fallo del Jurado: El resultado de la Beca se comunicará en la Asamblea Ordinaria.

**Tribunal de Valoración:**

El Jurado estará formado por los miembros de la Junta Directiva de la COTCAN.

En el caso de no presentarse solicitud alguna, las becas quedaran desiertas no entregándose ninguna. En el supuesto de no presentarse solicitudes para la beca de médico residente o para la de médico especialista, quedará a criterio de la Junta Directiva la conveniencia de otorgar dos de la misma modalidad o dejarla desierta. Esta decisión se basará en el interés del proyecto presentado y los méritos presentados.

La decisión del jurado será inapelable, no admitiéndose a trámite recurso, aclaración o reclamación alguna sobre el fallo.

Islas Canarias, mayo de 2025

