



14.15 h.

Almuerzo de Trabajo

15.15 h.

Presentación de Casos Clínicos I:
RIGIDEZ, INESTABILIDAD

*Moderador: **Dr. Pablo Jurado Serrano***

Unidad de Rodilla. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

15.35 h.

Mesa V: **Manejo postoperatorio. Introducción al fast-track**

*Presidente: **Dr. Andrés Camprodón Alberca***

Jefe Unidad de Rodilla. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

*Moderador: **Dr. Francisco Maculé Beneyto***

Jefe Unidad Rodilla. Hospital Clínic. Barcelona.





Mitos en cirugía de fast track

Dr. Francisco Maculé Beneyto

Jefe Unidad Rodilla. Hospital Clínic. Barcelona.

Punto de vista del anestesista

Dra. Carmen Melero Larrocha

Adjunto Anestesia y Reanimación. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Punto de vista del rehabilitador

Dra. Naimah Koulaïmah Gabriel

Jefa Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca



16.05 h.

Discusión

16.30 h.

Presentación de Casos Clínicos II:

FRACTURA PERIPROTÉSICA COMPLICACIONES APARATO EXTENSOR



MALA ROTACIÓN DE LOS COMPONENTES

Moderador: **Dr. Pablo Jurado Serrano**

Unidad de Rodilla. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

17.00 h. Pausa-café

17.30 h.

Presentación de Casos Clínicos III:

REVISIÓN DE UNICOMPARTIMENTAL DEFECTOS ÓSEOS

Moderador: **Dr. Andrés Camprodón Alberca**

Jefe Unidad de Rodilla. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

18.30 h.

Fin de la Jornada

24 de octubre de 2015

09.00 h.

Presentación de casos clínicos IV:

LIBRE

Moderador: **Dr. Diego Salinas González**

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitari Son Espases.
Palma de Mallorca

09.30 h.

Mesa VI: **Aspectos técnicos**

Presidente: **Dr. Raúl Frechoso Llorente**

Unidad de Rodilla. Hospital Comarcal de Inca. Mallorca

Moderador: **Dr. Daniel Hernández Vaquero**

Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de San Agustín.
Avilés



Highly Cross-Linked Polyethylene in TKA

Prof. Michael Stuart

Professor of Orthopedics, Co-Director of Sports Medicine Mayo Clinic, Rochester, USA.

Vástagos pressfit o cementados

Dr. Andrés Camprodón Alberca

Jefe Unidad de Rodilla. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Cómo ajustar la línea articular

Dr. Francisco Maculé Beneyto

Jefe Unidad de Rodilla. Hospital Clínic. Barcelona

Cuándo realizar una bisagra

Dr. Javier Martínez Martín

Jefe de Área de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Rehabilitación. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid



10.30 h. Discusión

11.00 h. *Pausa-café*

11.30 h.

Presentación de casos clínicos V: **LIBRE**

Moderador: **Dr. Diego Salinas González**

*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitari Son Espases.
Palma de Mallorca*

12.30 h.



Conferencia de Clausura

The future of Revision Knee Arthroplasty

Prof. Michael Stuart

Professor of Orthopedics, Co-Director of Sports Medicine Mayo Clinic, Rochester, USA.



13.00 h.

Conclusiones científicas y cierre

LISTADO DE CASOS CLÍNICOS

FRACTURA PERIPROTESICA TIBIAL

Autores: **Camprodón Alberca, A.; Montaner Barceló, F.; Grandío Abad, L.; Jurado Serrano, P.**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*

RIGIDEZ Y PATELA BAJA

Autores: **Camprodón Alberca, A.; Montaner Barceló, F.; Grandío Abad, L.; Jurado Serrano, P.**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*



AFLOJAMIENTO CON DEFECTO ÓSEO AORI T3

Autores: **Camprodón Alberca, A.; Montaner Barceló, F.; Grandío Abad, L.; Jurado Serrano, P.**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*

LUXACIÓN INVETERADA DE RÓTULA Y GONARTROSIS

Autores: **Ferran Fillat Goma, O. Rafol Perram**

Centro de Trabajo: *Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona*

DEFECTO ÓSEO AORI T3 B TRAS INFECCIÓN

Autores: **camprodón Alberca, A.; Montaner Barceló, F.; Grandío Abad, L.; Jurado serrano, P.**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*

INFECCIÓN POR HONGOS TRAS ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA

Autores: **Serrano, P; Camprodón Alberca, A; Montaner Barceló, F; Grandío Abad, L**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*

INFECCIÓN A LOS 9 MESES TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA

Autores: **Jurado Serrano, P; Camprodón Alberca, A; Montaner Barceló, F; Grandío Abad, L**

Centro de Trabajo: *Hospital Universitari Son Espases. Illes Balears*

INESTABILIDAD EN ATR DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Autores: **Noriega Fernández, A.; Hernández Vaquero, D.**

Centro de Trabajo: *Hospital San Agustín. Asturias*

INESTABILIDAD TRAS CIRUGÍA DE RECAMBIO

Autores: **Noriega Fernández, A.; Hernández Vaquero, D.**

Centro de Trabajo: *Hospital San Agustín. Asturias*



**JORNADAS NACIONALES
DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL
EN LA ARTROPLASTIA
DE REVISIÓN DE RODILLA**

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (Salón de Actos)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:


son Espases
hospital universitari
Servicio de COT - Unidad de Rodilla



SANECONGRESS®

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Santiago de Les, 8 - 46014 Valencia / Tel.: +34 902 190 848 - fax: +34 902 190 850
www.artroplastiarodillamallorca2015.com

Colabora:

stryker®  **TRAUMEDIC**



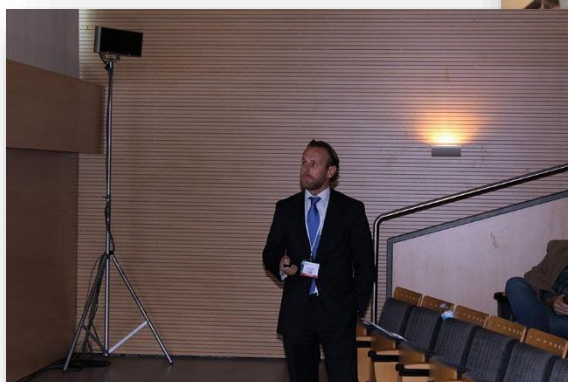
JORNADAS NACIONALES DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL EN LA ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (Salón de Actos)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:

son Espases
hospital universitari
Servicio de COT - Unidad de Rodilla



SANCONGRESS®

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Santiago de Les, 8 - 46014 Valencia / Tel.: +34 902 190 848 - fax: +34 902 190 850
www.artroplastiardillamallorca2015.com

Colabora:

stryker® TRAUMEDIC



CONCLUSIONES CIENTÍFICAS

RESUMEN CIENTÍFICO DE LAS JORNADAS NACIONALES DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL EN LA ARTROPLASTIA DE REVISION DE RODILLA

Durante los días 23 y 24 de octubre de 2015 en el Hospital Universitario de Son Espases se realizaron las Jornadas Nacionales de Estrategias y Manejo Actual en la Artroplastia de Revisión de Rodilla. A la reunión asistieron ponentes de reconocido prestigio internacional, como el **Dr. M. J. Stuart**, profesor de cirugía ortopédica y jefe de departamento de Medicina Deportiva en la clínica Mayo (Rochester, USA); y destacados ponentes nacionales pertenecientes a toda la geografía española.

Se abordaron todos los aspectos concernientes a la **prótesis de revisión de rodilla**, también desde una perspectiva multidisciplinar, contando con los servicios de cirugía plástica, medicina interna, rehabilitación, anestesia, radiología y banco de tejidos.



Ante una prótesis de rodilla que ha fracasado, debemos considerar que los mecanismos de fallo son multifactoriales. La evaluación preoperatoria debe ser meticulosa, incluyendo una historia clínica minuciosa, una evaluación radiológica, un escrutinio de la posición de los implantes, y un despistaje de la infección.

Pero, lo primero es enfocar la raíz del problema. Ante qué situación nos encontramos actualmente. La prótesis de rodilla es considerada uno de los principales avances médicos en los últimos 30 años. **En USA el 4.2% de la población mayor de 50 años vive con una prótesis de rodilla (ATR).** El riesgo de tener una ATR en pacientes que ahora tienen 25 años es del 7% en hombres y del 9.5% en mujeres. Puesto que la duración de la ATR es limitada, se incrementarán el número de revisiones, que desde el 2008 ya superan a las revisiones de prótesis de cadera.

Los registros nacionales de determinados países (Suecia, Australia,...) recogen las principales causas de fracaso: aflojamiento, inestabilidad, infección, dolor, problemas femoropatelares y desgaste del polietileno. Es curioso comprobar que el dolor aparece entre el 10 y el 30.5% de las causas de fracaso, el desgaste del polietileno ha dejado de cobrar importancia como causa de fracaso debido a la mejora de los modelos de ultra alta densidad y enlaces cruzados.

A pesar de los mejores diseños y mejor técnica quirúrgica entre el 33- 54% de pacientes pueden presentar síntomas residuales, y sólo un 66% notan una “rodilla normal”.

Hasta un 60% de los fracasos se producen durante los primeros 5 años tras la ATR, y suelen aparecer tras errores técnicos dependientes del cirujano. Las fracturas periprotésicas, que requieren de un conocimiento, una habilidad y un consumo de recursos muy importantes para su resolución han hecho su presencia, y seguirán en aumento.

Incluso ante un aparente buen resultado de la ATR para el cirujano, existen un 15- 20 % de pacientes insatisfechos. Al no encontrar una causa aparente, supone uno de los mayores retos para el cirujano que se enfrenta con la artroplastia de revisión. Debemos descartar otras causas como dolor referido de cadera o columna, factores psicológicos, alergias a metales, infecciones larvadas, etc. No debe procederse a la revisión hasta que se haya determinado la causa. Muchas veces la falta de ajuste de las expectativas con lo que realmente se puede hacer con una ATR está en la raíz de dicha insatisfacción. En este sentido son útiles escalas de valoración psicológica como la PCS (Pain Catastrophizing Scale) de Sullivan, que pueden ayudar a ajustar las expectativas en el preoperatorio antes de colocar la ATR.

La inestabilidad de rodilla tras una ATR puede deberse a una falta de simetría entre los espacios de flexión y extensión, una mal posición de uno o varios componentes, una insuficiencia aislada de ligamentos, una insuficiencia del aparato extensor, un aflojamiento de los componentes, una inestabilidad global o a una combinación de múltiples factores. La insuficiencia de los ligamentos colaterales es el resultado de un traumatismo previo a la artroplastia, una deformidad severa del miembro inferior, una contractura articular, un daño iatrogénico de los ligamentos o una rotura traumático de los ligamentos post- artroplastia.

Un tratamiento quirúrgico con solo cambio del polietileno, rara vez es satisfactorio. El cirujano deberá decidir realizar **1)** cambio de polietileno con reparación del ligamento colateral, **2)** revisión



usando componentes CCK (condylar constrained) con reparación/ reconstrucción del ligamento colateral, **3)** revisión de todos los componentes con una ATR de diseño cinemático tipo bisagra rotatoria. Los principios quirúrgicos estándar incluyen realineación de la extremidad, restauración de la línea articular, balance de gaps en flexo/ extensión y aumento progresivo del grado de constricción. El cirujano debería elegir un implante semi-constreñido para una insuficiencia de ligamentos colaterales y reservar la bisagra rotatoria en el escenario de una ausencia de los ligamentos colaterales.

La reparación primaria de una rotura del LLI intraoperatoria se puede realizar de manera satisfactoria mediante **sutura o anclaje con arpones óseos en caso de avulsión (Leopold, JBJS 2001)**. Un tejido de mala calidad requiere la reconstrucción con aloinjerto de tendón de Aquiles de acuerdo con los principios de la reconstrucción multiligamentaria en la rodilla sin artroplastia (LaPrade, etc).

El desgaste del polietileno da lugar a debris o partículas sueltas, y es uno de los caballos de batalla de la ATR, produciendo derrame, dolor, osteólisis y fallo. El desgaste ocurre en ambas superficies del polietileno. La osteólisis aparece en un 15% de pacientes tan temprano como 3 años tras la cirugía (Peters JBJS 1992, Calambi J Arthr 1994, Kim JBJS 1995).

La irradiación del polietileno aumenta los enlaces cruzados y su resistencia al desgaste.

Desafortunadamente este proceso también genera radicales libres que pueden causar oxidación. El polietileno X3 utiliza una secuencia de tres pasos, produciéndose una reducción en el desgaste del 64-79%, y manteniendo sus propiedades mecánicas.

La pérdida de hueso femoral o tibial es un problema durante la ATR de revisión. Su manejo incluye opciones como: relleno de cemento (defectos de hasta 3 mm), cuñas o aumentos metálicos (máximo 15 mm en fémur distal y 10 mm en tibia), vástagos modulares de extensión, injerto óseo, vainas o conos metafisarios, o implantes tumorales para reemplazar el hueso en grandes defectos, o aloinjertos estructurales.

El metal trabecular, a través de la fijación óptima que proporciona su alta porosidad y su módulo de elasticidad similar al hueso, mejora la fijación biológica. En la base del metal poroso, el crecimiento óseo es real. El implante se puede cementar a la base metálica, y el vástago se cementará o no en función de la calidad ósea de la diáfisis.

La restauración de la fijación metafisaria es clave cuando realizamos una ATR de revisión. Los conos de metal poroso o trabecular tienen propiedades biológicas y mecánicas con ciertas ventajas sobre el aloinjerto estructural o el reemplazo segmentario. La tecnología de los implantes de metal trabecular está en continuo desarrollo. Esta técnica de artroplastia de revisión es una solución híbrida, que utiliza una combinación de fijación con/ sin cemento, con resultados alentadores a medio plazo.

La tendencia actual en la cirugía de ATR primaria, iniciada hace décadas en los países escandinavos, es la de reducir la estancia hospitalaria, favorecer la movilidad y rehabilitación precoz del paciente (potenciar su autonomía) y realizar los actos terapéuticos que realmente sean necesarios (sin abusar de drogas anestésicas o analgesia, sondajes, encamamiento prolongado, alimentación precoz...). El



proceso global se llama fast-track o rapid recovery. En este sentido, en la cirugía de revisión porque no hacer lo mismo. Nos planteamos varios interrogantes: **¿por qué operar con torniquete?**, sabemos que provoca una debilidad del cuádriceps severa que tarda mucho en recuperarse, **¿por qué utilizar drenajes postoperatorios?**, sabemos que se potencian las infecciones, y que posiblemente con una buena hemostasia y el uso de ácido tranexámico el sangrado se puede reducir, **¿por qué utilizar sondaje urinario?**, sabemos que potencia la iatrogenia con lesiones en uretra, y quizás deberíamos sondar sólo a los pacientes con más alto riesgo de padecer un globo vesical, **¿por qué prohibir la ingesta de líquidos en el postoperatorio inmediato?**, **¿por qué no utilizar analgesia oral durante todo el proceso?**, **¿por qué no involucrar al paciente en su recuperación?**, **¿por qué no implicar a enfermería en el alta hospitalaria?** Y **¿por qué no dar altas el segundo o tercer día?** Todas son cuestiones para reflexionar también en la ATR de revisión. En este sentido el manejo multimodal del dolor y la fisioterapia inmediata postoperatoria, así como las instrucciones preoperatorias, son actividades críticas para conseguir el éxito. Los pacientes incapaces de colaborar, deberían descartarse de la cirugía de revisión.

Como comentábamos previamente, las fracturas periprotésicas irán en aumento en un futuro, debido a la mejora en la esperanza de vida, a las exigencias funcionales de la población de edad avanzada, y a la gran cantidad de procedimientos de ATR que se realizan. La mayoría de los pacientes con fracturas periprotésicas de la rodilla son pacientes mayores con calidad ósea deficiente. Considerando estas circunstancias, la incidencia de fracturas periprotésicas de rodilla también es muy probable que aumente.

Las fracturas adyacentes a una artroplastia total de rodilla representan un problema poco frecuente pero desafiante. Pueden producirse durante o después de la cirugía.

Pueden producirse en cualquier parte del fémur, la tibia y la rótula. La más común afecta la zona supracondílea del fémur distal. Las supracondíleas se producen con frecuencia por encima de una prótesis bien fija. Los factores de riesgo incluyen "notching" cortical femoral anterior y el uso de implantes con restricción rotacional.

Las fracturas de tibia periprotésicas se asocian frecuentemente con componentes aflojados y mal posicionados.

Las fracturas de la rótula son mucho menos comunes. Se asocian con la artritis reumatoide, el uso de esteroides, osteonecrosis y la mala alineación de los implantes.

Hay buenos resultados clínicos después del tratamiento no quirúrgico de las fracturas periprotésicas no desplazadas o mínimamente desplazadas (las menos frecuentes).

Las fracturas desplazadas o fracturas con prótesis inestable requieren reducción abierta y fijación interna o artroplastia de revisión. La artroplastia y el cemento óseo pueden interferir con la reducción y la fijación interna.

Las fracturas periprotésicas de rodilla pueden prevenirse en cierta medida utilizando la técnica apropiada durante el implante de la artroplastia de rodilla.



Sin embargo, si se produce una fractura periprotésica, debe seleccionarse un método de tratamiento adecuado teniendo en cuenta la estabilidad de la prótesis, el desplazamiento de la fractura y la calidad del hueso.

Uno de los problemas más importantes en la ATR de revisión es enfrentarse con **la pérdida ósea**. El paso crítico para determinar el método de reconstrucción adecuado en la revisión de la artroplastia total de rodilla es evaluar con precisión la cantidad, la ubicación y la extensión de la pérdida ósea. La pérdida ósea en artroplastia de revisión de rodilla es consecuencia de una artroplastia previamente implantada. La presencia de implantes metálicos puede enmascarar los defectos óseos en las radiografías y subestimar el tamaño y severidad de los defectos. La evaluación de la pérdida ósea es más precisa durante la cirugía, después de la retirada de componentes: la mayor parte de sistemas de clasificación se basan en el tamaño y tipo de defecto visto intraoperatoriamente.

Un sistema de clasificación ideal debería permitir una planificación preoperatoria precisa. Sin embargo, muchos sistemas de clasificación se basan en observaciones intraoperatorias. Un sistema común de clasificación de defectos óseos en la artroplastia de rodilla de revisión es el sistema del **Anderson Orthopaedic Research Institute (AORI)**. Este sistema permite la comunicación y comparación de rodillas con la misma patología entre diferentes instituciones. También permite una clasificación preoperatoria y postoperatoria; y la evaluación del tratamiento específico de los defectos óseos según el tipo. Aunque los sistemas de clasificación de los defectos óseos son válidos para su uso clínico, sólo deben considerarse como guías, ya que no determinan la pérdida ósea con exactitud en todos los casos.

La pérdida potencial de hueso durante la extracción del implante también puede ser subestimada antes de la operación. Esto depende de la fijación de los implantes y de las técnicas de extracción utilizadas. Es por esto por lo que **las radiografías preoperatorias no pueden predecir totalmente la medida definitiva de la pérdida ósea**. Es recomendable estar preparado para mayores grados de pérdida de masa ósea que las evaluaciones preoperatorias indican, en particular cuando se prevén dificultades en la extracción de componentes bien fijados.

Otro de los problemas que nos encontramos con frecuencia a la hora de realizar una ATR de revisión son las complicaciones sobre el aparato extensor. El dolor por lesión en la zona patelofemoral es causa de hasta el 20% de revisiones según el registro nacional de artroplastias sueco. Los problemas en el aparato extensor en una PTR dependerán de: la selección del paciente (cirugías previas, patela baja, valgos, obesidad,...), la técnica quirúrgica (necesidad de abordajes ampliados, tamaño y rotación componentes,...) y el diseño del implante (bisagras, surco troclear profundo,...).

Estos problemas se pueden encuadrar en inestabilidad, pérdida ósea y rotura del aparato extensor. Errores sutiles o más groseros en la rotación interna de los componentes tibial y femoral, condicionan inestabilidad que se manifiesta como subluxación o fallo del mecanismo extensor. Según el grado de pérdida ósea en la patela, puede ser tratada con distintos métodos. Estos consisten en resección artroplastia, reconstrucción con injertos óseos, metal trabecular, o con aloinjerto de aparato extensor. La pateleotomía debería ser considerada hoy en día como un hecho anecdótico.



La **rotura del cuádriceps** (0.1%) o del tendón rotuliano (0.22%) son infrecuentes, pero de consecuencias catastróficas. La reparación primaria fracasa con frecuencia, y está indicada en contadas ocasiones. Según el grado de rotura contamos con el flap de gemelo, el injerto de tendón del semitendinoso, el aloinjerto de tendón de Aquiles, la malla sintética (MESH) o el aloinjerto completo de aparato extensor.

Las **indicaciones de un aloinjerto** de aparato extensor son una rotura o pérdida irreparable, una artrofibrosis severa con patela baja, una fractura de rótula no reconstruible, la osificación heterotópica severa con aparato extensor no funcionante, una patelectomía previa con déficit severo de extensión sintomático y la transformación de una artrodesis en una rodilla funcionante. En todos los casos el cuádriceps debe ser lo suficientemente potente para conseguir la extensión completa y hacer funcionar el mecanismo de polea.

La **técnica quirúrgica del aloinjerto** de aparato extensor requiere conocer todas las reglas inherentes al recambio protésico, puesto que rara vez se realiza de modo aislado.

En conclusión, aunque tengamos un problema femoropatelar aislado, debemos evaluar todo el implante, el tratamiento aislado de la patela no suele ser suficiente, y debemos detectar que es lo que provoca la disfunción del aparato extensor para resolverlo al mismo tiempo.

Dentro de los aspectos más técnicos referentes a la ATR de revisión, son de extrema importancia el grado correcto de constricción y la utilización racional de los vástagos, ya sean **cementados o pressfit**.

El mismo criterio que para la ATR primaria (tendencia siempre al menor grado de constricción posible) es difícil de mantener dado los distintos escenarios en ATR de revisión, que revisten mucha mayor complejidad (debilidad o ausencia ligamentos colaterales, grandes defectos óseos, grandes deformidades, tejidos de peor calidad, atenuación o pérdida del aparato extensor). En general utilizaremos ATR tipo bisagra rotatoria en caso de ausencia de ambos ligamentos colaterales, tendencia a la hiperextensión severa, pérdida ósea masiva con ligamentos colaterales insuficientes o no reconstruible sin utilizar componentes modulares tumorales, o ante una discrepancia severa de gaps en flexión/ extensión que no se puede solucionar mediante aumentos modulares. La utilización de prótesis en bisagra en pacientes ancianos, obesos, o con grandes deformidades axiales que no mantengan estos criterios es mucho más cuestionable.

El objetivo de la utilización de **vástagos en la ATR de revisión** es proporcionar una superficie protésica adicional para la fijación, disminuyendo la carga en la interfaz del hueso dañado de la tibia proximal o del fémur distal. De esta forma se consigue mayor estabilidad del conjunto del implante, permitiendo una movilización precoz y obteniendo una mayor supervivencia de la ATR.

La clasificación en tres zonas de fijación de **Morgan- Fidian (2015)**, nos proporciona una metodología de trabajo. Para que el implante sea viable, al menos hemos de conseguir una fijación sólida en dos de las tres zonas (epífisis, metáfisis, diáfisis).

Los vástagos cementados presentan como ventajas una mayor versatilidad, con la posibilidad de usarse ante canales deformes, pueden ser más cortos, liberan antibiótico, permiten una fijación inmediata, y los estudios muestran una supervivencia del 94% a los 10 años.



Los **vástagos no cementados o pressfit** presentan como ventajas el ser expeditivos, al permitir una mejor alineación en canales adecuados, y son más fáciles de extraer.

Ambos tienen como inconvenientes la posibilidad de provocar una reabsorción (stress shielding) del hueso en la zona de mayor descarga, y potencial de provocar dolor en la punta del vástago.



**JORNADAS NACIONALES
DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL
EN LA ARTROPLASTIA
DE REVISIÓN DE RODILLA**

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (*Salón de Actos*)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:



Las propiedades de los vástagos dependen del tipo, de los materiales y del diseño.

A la hora de utilizar un vástago de manera racional, es importante tener en consideración la calidad ósea y el nivel de actividad del paciente. La decisión final dependerá del conocimiento y nivel de experiencia del cirujano, sin perder de vista la mejor evidencia científica disponible y las preferencias y valores de los pacientes.

DR. ANDRÉS CAMPRODON ALBERCA

DIRECTOR DE LAS JORNADAS

SANECONGRESS®

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Santiago de Les, 8 -

www.artroplastiartodillamallorca2015.com



Secretaría Técnica

Asistentes

ASISTENTES

VALOR ABS.

Inscripciones de Pago 49

Ponentes 15 Moderadores 7

Invitados 6

Total 77

INSCRIPCIONES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA	5	6,49%
ASTURIAS	3	3,90%
BALEARES	29	37,66%
C. VALENCIANA	4	5,19%
CANARIAS	2	2,60%
CANTABRIA	6	7,79%
CATALUÑA	5	6,49%
GALICIA	1	1,30%
MADRID	4	5,19%
NAVARRA	2	2,60%
P. VASCO	14	18,18%
PORTUGAL	1	1,30%



USA	1	1,30%
TOTAL	77	100,00%



Diplomas

Se entregaron Diplomas de asistencia para todos los participantes firmados por el **Dr. Miguel Rubí Jaume**, Jefe de Servicio de COT - Hospital Universitari Son Espases y por el **Dr. Andrés Camprodón Alberca**, Jefe Unidad de Rodilla, Hospital Universitari Son Espases.



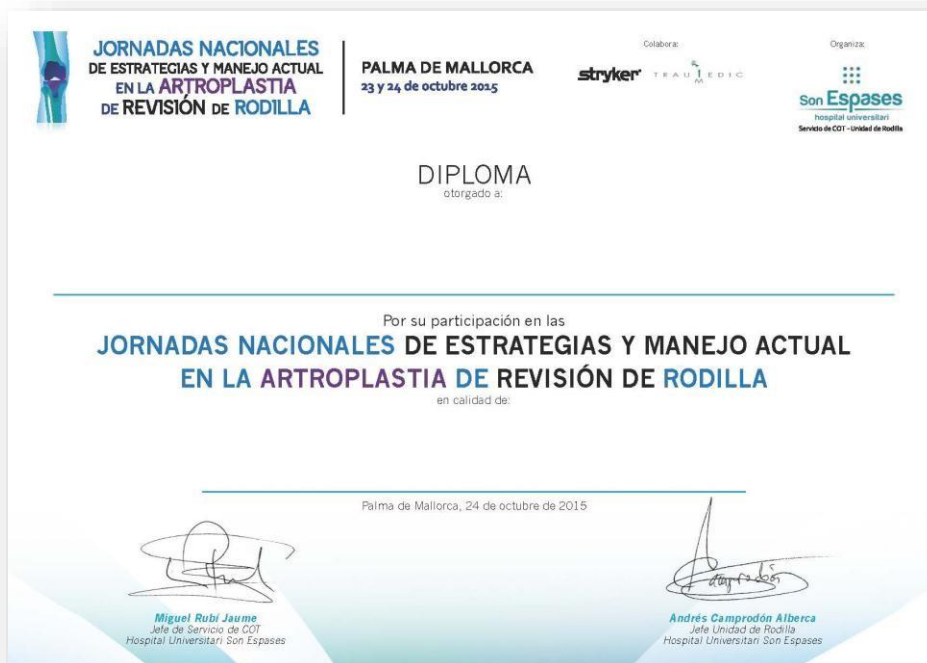
**JORNADAS NACIONALES
DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL
EN LA ARTROPLASTIA
DE REVISIÓN DE RODILLA**

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (Salón de Actos)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:


Son Espases
hospital universitari
Servicio de COT - Unidad de Rodilla





Programa Social

PAUSAS CAFÉ

Se celebraron tres pausas café en el en el hall del Salón de Actos del Hospital Son Espases.

LUNCH DE TRABAJO

El Lunch de trabajo se celebró el viernes, 23 de octubre en el hall del Salón de Actos del Hospital Son Espases.

CENA DE PONENTES

La **Cena de Ponentes** se celebró el **viernes, 23 de octubre a las 21:00h.** en el restaurante “El Náutico”. Edificio Real Club Náutico de Palma.



JORNADAS NACIONALES
DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL
EN LA **ARTROPLASTIA**
DE REVISIÓN DE **RODILLA**

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (Salón de Actos)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:


Son Espases
hospital universitari
Servicio de COT - Unidad de Rodilla



Entidades Colaboradoras

SANECONGRESS®

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Santiago de Les, 8 - 46014 Valencia / Tel.: +34 902 190 848 - fax: +34 902 190 850
www.artroplastiarodillamallorca2015.com

Colabora:

stryker®  TRAUMEDIC



JORNADAS NACIONALES
DE ESTRATEGIAS Y MANEJO ACTUAL
EN LA **ARTROPLASTIA**
DE REVISIÓN DE **RODILLA**

PALMA DE MALLORCA
23 y 24 de octubre 2015

Sede: Hospital Universitari Son Espases (Salón de Actos)
Carretera de Valldemossa, 79 - 07120 Palma. Mallorca

Organiza:



Colabora:

stryker®



SANECONGRESS®

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Santiago de Les, 8 -
www.artroplastiartodillamallorca2015.com

