



SOCIEDAD ASTURIANA DE CIRUGIA
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
(S.A.C.O.T)

boletín de la **SACOT**

Nº 5 - MAYO DE 2009

www.sacot.es



Redacción:
Sociedad Asturiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plaza de América 10, 1º
Tlf: 985 230 900
Fax: 985 231 548
E-mail: secretaria@comast.es
Página web: www.sacot.es

Impresión: CIZERO
Depósito Legal: AS-????



SOCIEDAD ASTURIANA DE CIRUGIA
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
(S.A.C.O.T.)
www.sacot.es

ÍNDICE

3

Índice

4

Editorial

Por José Ramón Varela Gómez

5

Junta Directiva

6

Noticias de la Secretaría

8

Comunicaciones Premiadas
Comunicaciones a la Mesa SACOT 2007

12

Comunicaciones Premiadas
Comunicaciones Libres SACOT 2007

16

In Memoriam Dr. Sergio Montes

17

In Memoriam Dr. Cezón Quirós

18

In Memoriam Dr. Carlos López Vijande

19

In Memoriam Dr. L. Viña Viña

20

Los Santos Mártires
Santos Soñadores

23

Solicitud de Admisión en la S.A.C.O.T.

EDITORIAL

Mayo de 2009

En primer lugar quiero dar las gracias a todos los compañeros por haberme confiado los destinos de nuestra sociedad durante los pasados dos años.

Tengo que agradecer igualmente a todos los miembros de la Junta Directiva por la labor tan importante que han realizado durante este periodo quitándolo de su vida familiar.

Durante este periodo hemos tratado fundamentalmente de impulsar la Sociedad entre los compañeros mas jóvenes realizando sesiones prácticamente mensuales de casos clínicos dirigidos en su mayoría hacia caos complejos de fracturas. Quiero dar las gracias a los compañeros que han llevado el peso de las mismas, Dr Suárez del Hospital S. Agustín, Dr. Iglesias del H. de Cabueñes, Dr. Pena del Hospital Central, Dr. Barrio del Hospital de Jove y Dr. Domingo del Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea.

Hemos celebrado las sesiones semestrales en las distintas áreas sanitarias creo que con una alta participación. Hay que lamentar la anulación de la reunión prevista en el Hospital del Oriente debido a los difíciles momentos por el que pasan nuestros compañeros para su integración definitiva en la red pública.

Por otro lado estamos colaborando con la SECOT en un programa de formación a nivel nacional de los residentes de nuestra especialidad a través de videoconferencia que se realizan en turno rotatorio en colaboración con la Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabro-Riojana. Esperamos que la idea funcione y de los resultados apetecidos.

Para finalizar espero que el congreso que hemos preparado sea de vuestro agrado, creo que los temas son de primerísimo actualidad como lo demuestra el que haya varias reuniones en toda la geografía con las mismas preocupaciones que las nuestras. Os invito a participar mayoritariamente en dicho evento.

José Ramón Varela Gómez
Presidente de la SACOT

JUNTA DIRECTIVA

Sociedad Asturiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SACOT) 2007-2009
Elegida en la Asamblea General celebrada en Oviedo
el 11 de mayo del 2007 durante el XI Congreso de la SACOT

Presidente

José Ramón Varela Gómez

Vicepresidente

Alfonso Sánchez-Mayoral Posada

Secretario

Miguel Ángel Suárez Suárez

Tesorero

Rafael Ramón Pérez Cubero

Vocales

Rodolfo Abella Blanco
Jaime Barrio Bernardo-Rúa
Armando Campa Rodríguez
Ángel del Couz García
José González Méndez
Ignacio González-Busto Múgica
Javier Herrero Cabeza
Carlos Rodríguez de la Rúa Fernández
Abelardo Suárez Vázquez
Manuel Turiel Baquero



SOCIEDAD ASTURIANA DE CIRUGIA
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
(S.A.C.O.T)

NOTICIAS DE LA SECRETARÍA

Dr. Miguel A. Suárez-Suárez
Secretario de la SACOT

● REUNIONES SEMESTRALES

1. El día 9 de Noviembre de 2007 se celebró la reunión de la SACOT correspondiente al segundo semestre, organizada por el servicio del Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea.

Se abordó el tema “Infecciones en Cirugía Ortopédica” con ponencias presentadas por los Hospitales de Cabueñes de Gijón, S. Agustín de Avilés, Central de Asturias y Carmén y Severo Ochoa de Cangas de Narcea.

2. La reunión correspondiente al primer semestre de 2008 no llegó a celebrarse como consecuencia de la situación de conflicto laboral que esa fecha existía en el Hospital del Oriente (Arriondas) que era el servicio encargado de organizarla.

3. El viernes 14 de Noviembre del 2008 se celebró la reunión de la SACOT correspondiente al segundo semestre, organizada por el Servicio de COT del Hospital de Cabueñes - Gijón bajo el título “Nuevos materiales en las PTC” conforme al siguiente programa:

Presentación: Dr. Murcia.

Cirugía retransmitida por circuito cerrado de TV.

Mesa redonda moderada por el Dr. Varela, presidente de la SACOT:

- La Hidroxiapatita en las PTC. Dr. Jose Antonio de Pedro (Salamanca)
- ¿Por qué es el ponemaster el siguiente paso al Hidroxiapatita?. Dr. Andreas Sewing (Berlín).
- Prótesis de revisión modular Dra. María José Ros (Cartagena)
- Nuevos materiales en la PTC. Dr. Mariano Fernández Fairén (Barcelona).

4. La próxima reunión semestral (noviembre 09) le corresponde su organización al servicio de COT del Hospital San Agustín de Avilés

● REUNIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE LA SACOT

Las reuniones de casos clínicos de la SACOT se celebraron en el Colegio de Médicos de Asturias conforme al siguiente calendario-programa:

- 22 de noviembre de 2007: moderada por el Dr. Roberto Iglesias del Hospital Cabueñes de Gijón sobre “fracturas complejas”.
- 13 de marzo de 2008: moderada por el Dr. Abelardo Suárez del Hospital San Agustín de Avilés sobre “fracturas de húmero”.
- 12 de junio de 2008: moderada por el Dr. Javier Peña del Hospital Central de Asturias sobre “fracturas de tibia”.
- 25 de septiembre de 2008: moderada por el Dr. Jaime Barrio del Hospital de Jove de Gijón.
- 16 de abril de 2009: moderada por el Dr. Domingo Pérez del Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea y Severo Ochoa del Cangas del Narcea.

● CURSO MONOGRÁFICO SACOT:

El 18 de febrero se celebró en Oviedo el Curso Monográfico SACOT del año 2009 sobre "Patología degenerativa del hombro", coordinado por el Dr. Armando Campa, conforme al siguiente programa.

- Presentación: Dr. Varela. Presidente de la SACOT. Hospital Alvarez Buylla. Mieres.
- Recuerdo anatómico- funcional del hombro y exploración básica. Dr. Ba-rreira. Hospital Valle del Nalón. Langreo
- Diagnóstico por la imagen en patología del hombro. Dr. García. Hospital de Cabueñes-Gijón.
- Patología tendinosa y articular. Como abordar un dolor de hombro. Dr. Campa. Centro Médico de Asturias
- Patología degenerativa articular en el hombro doloroso. Dr. Guerra. Hospital de Cabueñes-Gijón.
- La rehabilitación del hombro. Dr Lantarón. Hospital Alvarez Buylla. Mieres.

● PREMIO A LAS MEJORES COMUNICACIONES EN EL CONGRESO SACOT 2009

La Junta Directiva de la Sociedad ha establecido los criterios con los que se evaluarán las comunicaciones que se presenten en el próximo congreso de la SACOT para la concesión de los premios a la mejor comunicación libre y a la mesa.

- 1.- Diseño metodológico
- 2.- Relevancia clínica de los resultados obtenidos
- 3.- Presentación de diapositivas
- 4.- Exposición por parte del ponente
- 5.- Respuestas del ponente durante la discusión
- 6.- Ajuste del ponente al tiempo asignado para la exposición.

● PROGRAMA DE FORMACIÓN SACOT-SECOT

Tal y como ya es conocido, la Comisión Nacional de la Especialidad de COT en coordinación con la SECOT ha elaborado un temario o "programa básico" de formación teórica de los MIR de COT y ha propuesto a las distintas unidades docentes que lo desarrollen durante los próximos 4 años.

Con el objeto de apoyar a las unidades docentes, la Comisión Nacional y la SECOT en colaboración con las Sociedades Autonómicas (en nuestro caso la SACOT) han comenzado a desarrollar aquellos temas del "programa básico" que han sido considerados como "programa prioritario" en forma de "web-conferencias" de ponentes expertos en los temas a tratar, con conexión simul-tánea e interactiva entre diferentes puntos de la geografía española.

Hasta ahora se han llevado a cabo cuatro sesiones (que la SACOT realiza con-juntamente con León y Cantabria) conforme al siguiente calendario:

- 28 febrero 2008, en Oviedo: Tejido óseo: estructura y función. Lesión y repa-ración del tejido óseo.
- 22 mayo 2008, en Santander: Fisis y aparato de crecimiento. Estructura, fun-ción, lesión y reparación del cartilago y membrana sinovial.
- 23 octubre 2008, en León: Músculos y tendones. Unión miotendinosa y osteo-tendinosa. Meniscos y ligamentos.
- 26 febrero 2009, en Oviedo: Nervios periféricos. Artrosis y artritis reumatoide.

COMUNICACIONES PREMIADAS

Congreso SACOT 2007 PREMIO COMUNICACIONES A LA MESA

TÍTULO

Estudio retrospectivo del tratamiento mediante cirugía artroscópica de las luxaciones anteriores recidivantes de hombro.

AUTORES

R. Hueso Rieu, I. González-Busto Múgica, A. Amigo Fernández, J. Varela Gómez
Servicio COT de Hospital Álvarez-Buylla (Mieres)

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad traumática anterior de hombro es el tipo más común de inestabilidad glenohumeral. El uso de la artroscopia para su diagnóstico y tratamiento(1) sigue siendo un área dinámica y controvertida de la cirugía del hombro. El tratamiento quirúrgico de las luxaciones anteriores recidivantes de hombro se ha realizado de forma tradicional con reparación abierta según técnica de Bankart. La inestabilidad traumática anterior se asocia a lesión de Bankart (fig. 1) en un 85% de los pacientes(2,3), por lo que el aplicar esta técnica ha llevado a considerarla durante muchos años como el “gold estándar” terapéutico ante la baja tasa de recidivas.

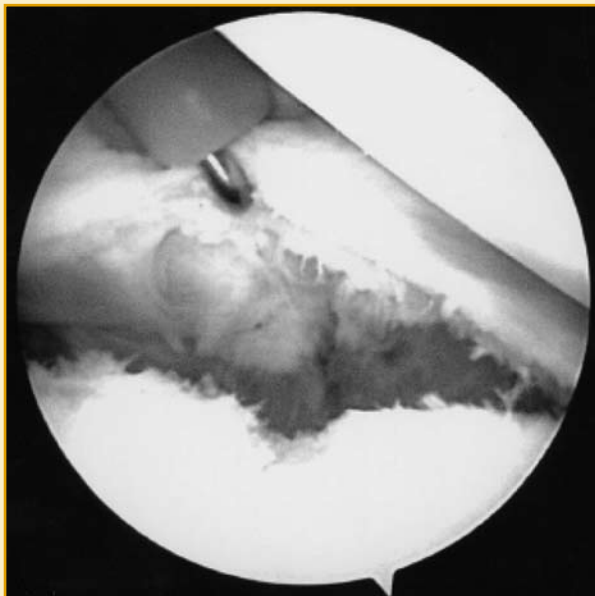


Fig. 1 Lesión de Bankart

Inicialmente la tasa de fracasos por técnicas artroscópicas fue relativamente alta(4), pero en los últimos años la estandarización de los procedimientos quirúrgicos junto con el perfeccionamiento de la instrumentación han contribuido a la mejora de los resultados; algunos cirujanos los han presentado como comparables o superiores a los de las técnicas abiertas tradicionales en pacientes con una inestabilidad unidireccional (5, 6, 7), no siendo así en casos de inestabilidad multidireccional según la mayoría de los autores.

Las ventajas de la técnica artroscópica derivan sobre todo de la identificación de

patología intraarticular concomitante, el menor dolor postoperatorio, la mejora de la función y de la movilidad postintervención, así como a la menor estancia hospitalaria respecto a la cirugía abierta. Por otro lado, destacar la alta demanda técnica requerida y la larga curva de aprendizaje de estos métodos.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de luxación anterior recidivante de hombro, intervenidos por cirugía artroscópica en nuestro centro desde Noviembre de 2001 a Junio de 2006 (uno en 2001, tres en 2002, seis en 2003, seis en 2004, tres en 2005 y tres en 2006).

Revisamos las historias clínicas recogiendo los datos en relación a edad, sexo, profesión, extremidad dominante y luxada, causa inicial de las luxaciones y número de las mismas (presentando todos ellos más de cuatro episodios), diagnóstico por imagen, tratamiento quirúrgico, evolución postquirúrgica al primer, segundo

y cuarto mes, así como la aparición de complicaciones (hematoma, infección y recidiva). Todos los casos fueron intervenidos de manera programada ingresando en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, siendo dados de alta el mismo día de la intervención.

De los 22 pacientes estudiados, 17 eran hombres y 5 mujeres, con una edad me-dia de 31 años (29 y 34 respectivamente), siendo un 64% de ellos menores de 30 años (rango 20-55). El desencadenante de la luxación inicial fue traumático en 19 casos y 8 de ellos en actividades deportivas. El seguimiento medio fue de 35,2 meses (rango 9 – 64). En relación a su profesión, diez pacientes (45,5%) eran trabajadores de fuerza (construcción, deportistas semiprofesionales, . . .) y dos presentaban un diagnóstico con enfermedades sistémicas (polimialgia reumática y Sd.Sjögren)

Los resultados clínicos los evaluamos mediante la escala de valoración de Constant, en la que se estudiaron cuatro parámetros fundamentales: dolor (15 puntos), movilidad (40 puntos), fuerza (25 puntos) y alteraciones de la función en la vida diaria (20 puntos). Dicha escala tiene una puntuación máxima de 100, considerando los resul-tados como excelente (96-100), bueno (90-95), regular (85-90) y malo (<85).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El paciente bajo anestesia general y locorregional con plexo interescalénico (aporta un mayor control del dolor postoperatorio y de las tensiones arteriales intraoperatorias), se coloca en decúbito lateral con soporte ventral y dorsal, manteniendo la extremidad superior a intervenir con una tracción doble, longitudinal (5kg) con 30° de abducción y otros 30° de antepulsión y una al cénit (4 kg), ambas estériles y realizadas con dinamómetros, permitiendo así un control intraoperatorio de la posición de la extremidad (fig.2).



Fig. 2 Anestesia locorregional, posición y sistema de doble tracción.

Utilizamos los dos portales anteriores (superior e inferior) y uno posterior, reali-zando una exploración articular que confirme los hallazgos patológicos y planteamos, con ayuda de la pinza tipo “grasper”, el número y puntos de anclaje a utilizar (Fig.3).

Se procede a desbridar y refrescar las zonas de reborde glenoideo, cuello y cápsula, realizando marcas con el vaporizador en los puntos exactos de la superficie articular donde se ubicarán los anclajes metálicos (Fig.4, 5 y 6). En último término se procede a la recolocación del labrum glenoideo anteroinferior desprendido hasta el borde erosionado de la cavidad glenoidea, desplazando al mismo tiempo los tejidos capsulares en sentido superior y medial, restableciendo así un complejo ligamentario glenohumeral competente.

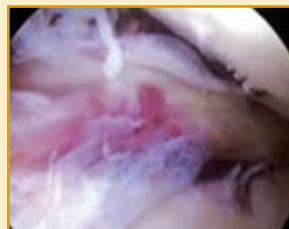


Fig. 3 Desinserción del labrum



Fig. 4 Puntos de inserción



Fig. 5 Colocación de anclajes



Fig. 6 Suturas

En el postoperatorio inmediato se coloca cabestrillo durante 3-4 semanas y se pauta profilaxis antitrombótica durante 3 semanas. Después se autorizan movilizaciones acti-vas sin rotación externa, siguiendo todo ello el tratamiento rehabilitador correspondien-te.

RESULTADOS

En once de nuestros pacientes la extremidad dominante fue la misma que la intervenida, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (60% frente 46%).

Según los hallazgos en las pruebas de imagen y los observados en la intervención, todos menos uno presentaron lesión del rodete capsulolabral, 14 añadían una lesión de Hill-Sachs, 2 presentaban cuerpos libres intrararticulares, 1 tuvo una lesión tipo SLAP y 1 con rotura completa del manguito rotador; así pues, un 18,2% de los pacientes presentaban lesiones asociadas a su inestabilidad.

La puntuación media obtenida según la escala de Constant fue de 97,04 puntos, siendo los resultados excelentes en 15 casos (68,2%), buenos en 5 (22,7%) y regulares en 2 (9,1%), malos resultados ninguno. En cuanto al dolor, el 77,7% refieren ausencia del mismo; en cuanto a la movilidad, el 81,8% no presentaba limitación; en cuanto a la fuerza, el 81,8% no referían pérdida significativa; y el 95,5% dicen no tener limitación alguna para las actividades de la vida diaria. Si bien todos los pacientes refieren encontrarse mucho mejor tras la intervención, el 13,6% mantienen una sensación subjetiva de subluxación, no correlacionándose con dolor.

La tasa de complicaciones fue del 9%, con 2 casos de recidiva y ninguna infección.

Los dos casos con peor resultado son: una mujer de 55 años, con antecedente de fractura subcapital del húmero homolateral, que sufrió dos luxaciones postintervención (a los 12 y 17 meses) y diagnosticada posteriormente de sd. de Sjögren; el otro, un varón de 21 años, dedicado semiprofesionalmente al snowboard, que presentó tres luxaciones postintervención (a los 4, 5 y 35 meses), todos ellos mientras realizaba esa actividad, la última hace 9 meses. Ambos pacientes fueron intervenidos en el 2003

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Múltiples técnicas artroscópicas han sido desarrolladas para el tratamiento de las inestabilidades glenohumorales anteriores, como son las capsulorrafias con grapas, los remaches extraíbles, los implantes canulados, las capsulorrafias con suturas (trans-glenoideas y con anclajes reabsorbibles o no) y las capsulorrafias térmicas (8,9,10, 11,12,13)

A lo largo de la evolución de la técnica artroscópica, diversos son los factores que han determinado su éxito, incluyendo la selección apropiada del paciente, el desplazamiento apropiado del tejido capsular, la reparación del tejido al borde y cuello de la glena, así como el hallazgo y posterior tratamiento de lesiones asociadas a las inestabilidades (SLAP, patología del bíceps, cuerpos libres, lesiones del manguito rotador)(14)

La reconstrucción con anclajes de sutura combinada con plicaturas de la cápsula laxa patológica, ha llegado a ser una de las técnicas preferidas para la estabilización glenohumeral(15).

En conclusión, los resultados en esta serie respaldan la eficacia del tratamiento artroscópico mediante sutura con anclajes y plicatura capsular en las luxaciones recidivantes anteriores de hombro, siendo una opción válida de tratamiento y produciendo un alto grado de satisfacción en los pacientes, observándose una muy buena evolución clínica y pocas complicaciones.

La ausencia de infecciones parece respaldar la no utilización de profilaxis anti-biótica como es nuestro caso, sin embargo sería necesario un estudio mucho más amplio, ya que otras series abogan por su utilización (16).

Por otro lado la profilaxis antitrombótica si la creemos necesaria tanto por el respaldo en la bibliografía, como por nuestra propia experiencia (17).

Por último decir, que los resultados nos estimulan a seguir progresando en las técnicas artroscópicas que solucionen la patología de hombro

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grass R, Rammelt S, Biewener A, Zwipp H. Arthrodesis of the ankle joint. *Clin Podiatr Med Surg*. 2004 Apr;21(2):161-78.
- 2.- Misson JR, Anderson JG, Bohay DR, Weinfeld SB. External fixation techniques for foot and ankle fusions. *Foot Ankle Clin*. 2004. Sep;9(3):529-39.
- 3.- Iglesias E, Vilá J, Galván FJ, Alcocer L. Artrodesis artroscópica de tobillo. *Revista del pie y tobillo* 2004;23(1):40-46.
- 4.- Thordason DB. Fusion in postraumatic foot and ankle reconstrucion. *J AM Acad Orthop Surg*. 2004 Sep-Oct; 43(5):321-6.
- 5.- Winson IG, Robinson DE, Allen PE. Arthroscopic ankle arthrodesis. *J Bone Joint Surg Br*. 2005 Mar;87(3):343-7.
- 6.- Tasto JP, Frey C, Laimans P, Morgan CD, Masson RJ, Stone JW. Arthroscopic ankle arthrodesis. *Instr Course Lect*. 2000;49:259-80.
- 7.- Ogilvie-Harris DJ, Lieberman I, Fitsialos D. Arthroscopically assisted arthrodesis of osteoarthritic ankles. *J Bone Joint Surg* 1993; 75(A); 1167-1174.
- 8.- Duquennoy A, Mestdagh H, Tilie B et al. Resultats fonctionnels de l'arthrodese tibiotarsienne. *Revue Chir Orthop* 1985 ;71:251-61.
- 9.- Puig R, Pons M, Estany E. Artrodesis de tobillo. En: Núñez-Samper, Llanos LF y Viladot R. Técnicas quirúrgicas en cirugía del pie. Cap 28. Barcelona: Masson 2003.
- 10.- García-Dihinx L. Artrodesis de tobillo. Consideraciones sobre la técnica quirúrgica. *Rev Ortop Traumatol* 2000;5:466-76.
- 11.- Myerson MS, Quill G. Ankle arthrodesis. A comparison of an arthroscopic and open method of treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 1991 Jul;(268):84-95.
- 12.- O'Brien TS, Hart TS, Shereff MJ, Stone J, Johnson J. Open versus arthroscopic ankle arthrodesis: a comparative study. *Foot Ankle Int*. 1999 Jun; 20(6):368-74.
- 13.- Zvijac JE, Lemak L, Schurhoff MR, Hechtman KS, Uribe JW. Analysis of arthroscopic assisted ankle arthrodesis. *Arthroscopy*. 2002 Jan; 18(1):70-5.
- 14.- Cameron SE, Ullrich P. Arthroscopic arthrodesis of the ankle joint. *Arthroscopy*. 2000 Jan-Feb;16(1):21-6.
- 15.- Fleiss DJ. Arthroscopic arthrodesis of the ankle joint. *Arthroscopy*. 2000 Oct;16(7):788.
- 16.- Stetson WB, Ferkel RD. Ankle arthroscopy: Indications and results. *J Am Acad Orthop Surg*. 1996 Jan;4(1):24-34.
- 17.- Raikin SM. Arthrodesis of the ankle: arthroscopic, mini-open and open techniques. *Foot Ankle Clin*. 2003 Jun;8(2):347-59.
- 18.- Pierre A, Hulet C, Locker B, Souquet D, Jambou S, Vielpeau C. Arthroscopic tibio-talar arthrodesis: limitations and indications in 20 patients. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 2003 Apr;89(2):144-51.
- 19.- Ferkel RD, Hewitt M. Long term results of arthroscopic ankle arthrodesis. *Foot Ankle Int*. 2005 Apr;26(4):275-80

COMUNICACIONES PREMIADAS

Congreso SACOT 2007 PREMIO COMUNICACIONES LIBRES

TÍTULO

MIXOMA YUXTARTICULAR
(A propósito de un caso de localización en rodilla)

AUTORES

Cobelo-Romero E., García-Moreno A., Fraga-García H.
Servicio de C.O.T.
del Hospital Universitario Juan Canalejo (A Coruña).

RESUMEN

Objetivo

El mixoma yuxtarticular es un tumor benigno raro. Nuestra observación ofrece la particularidad de presentarse con unas características clínicas y morfológicas sugerentes de malignidad.

Caso clínico

Mujer de 72 años que acude por dolor y tumefacción en plano interno de rodilla derecha de 6 meses de antigüedad y un abultamiento duroelástico en su plano medial, doloroso a la presión. En la radiología convencional destaca una severa gonartrosis. En otro sentido, se objetiva una imagen ominosa de disrupción cortical correspondiente al flanco interno de la meseta tibial. Se decide excisión del área afectada previo estudio preoperatorio y exploraciones complementarias orientadas a descartar tumoración metastásica. El diagnóstico histopatológico fue de mixoma yuxtarticular.

Discusión

Se realizan diversas consideraciones en relación con la naturaleza del tumor, su escasa prevalencia, etiopatogenia, diagnóstico diferencial, distribución etaria y topográfica, así como su capacidad de recidiva.

Palabras clave

Mixoma yuxtarticular, mixoma, tumores de partes blandas.

INTRODUCCIÓN

El mixoma yuxtarticular (MYA) es un tumor benigno raro. La revisión de la literatura hasta el año 2005, nos ha permitido constatar 76 casos publicados, de los cuales 65 corresponden a la revisión realizada por Meis y Enzinger¹ del Departamento de Patología de Tejidos Blandos del Instituto de las Fuerzas

Armadas de Washington, siendo las demás publicaciones casos únicos con excepción de cinco aportaciones de Okamoto y cols.²

Nuestra observación ofrece la particularidad de presentarse con unas características clínicas y morfológicas sugerentes de malignidad que nos obligan a un consecuente estudio preoperatorio adicional que no se muestra preceptivo en los casos analizados en la bibliografía.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 72 años que acude por dolor y tumefacción en plano interno de rodilla derecha de 6 meses de antigüedad (previamente refería dolor de ritmo mecánico y limitación funcional de aproximadamente un año de evolución, moderadamente progresivo y presentación intermitente). El dolor es particularmente de ritmo mecánico pero también se manifiesta en reposo perturbándole el sueño. No refiere afectación del estado general ni fiebre.

La exploración física pone en evidencia severa cojera derecha con rodilla en flexo de 10°, un rango de movimiento que no rebasa los 90° de flexión y un abultamiento duroelástico en plano medial con particular proyección hacia el área tibial sin adherencia a piel pero sí a planos profundos. La presión a este nivel resulta dolorosa.

En la radiología convencional destaca una severa gonartrosis fémorotibial, más acusada en el compartimento medial y también fémoropatelar. En otro sentido, se objetiva una imagen ominosa de disrupción cortical correspondiente flanco interno de la meseta tibial (fig. 1a).

El estudio mediante TAC muestra esta misma alteración con un fondo escleroso, sugerente al menos de un proceso no agresivo (fig. 1b).

La morfología de esta lesión, en ausencia de signos infecciosos ni precedentes traumáticos, hace pensar en una afección neoplásica, que por su localización y edad de la paciente, pudiera ser metastásica.

Se practica estudio de laboratorio convencional y pruebas complementarias (bioquímica, proteinograma), radiografía de tórax, TAC tóraco-abdominal y gammagrafía con Tc, que se muestran irrelevantes.

A efectos de descartar cáncer de riñón y tiroides, en los que no infrecuentemente se manifiestan las metástasis antes de que muestren su propia sintomatología, se solicita ecografía abdominal y de cuello y gammagrafía con Iodo radiactivo, determinaciones que resultan asimismo normales.

Se decide excisión del área afectada, sorprendiendo la existencia de una masa que abomba bajo el panículo graso con características de benignidad y que compromete a la cápsula articular y más distalmente al periostio tibial (fig. 2a). No se descarta la posibilidad de un higroma sobre la pata de ganso y, antes de proceder a la exéresis en bloque, se practica punción obteniendo un líquido mucinoso (fig. 2b). Esto nos induce a una actitud más restrictiva mediante una incisión longitudinal de la cubierta capsuloperiostica, apreciándose una masa ovoide subyacente con un tejido abollonado, riciforme, blando, de color amarillo claro en el seno de una cubierta probablemente sinovial pero al margen de la pata de ganso que se expone quirúrgicamente y no muestra higroma adyacente (fig. 2c).

Se extirpa en bloque la masa descrita en la cual podemos palpar los fragmentos de cortical que se evidenciaban en el estudio radiológico. El fondo del campo quirúrgico por tanto, está constituido por la tuberosidad tibial con las soluciones de continuidad que condiciona la ausencia de las esquirlas corticales extirpadas (fig. 2d).

Aún cuando la situación no impresiona como francamente tumoral y en el peor de los casos no agresiva, practicamos la extirpación de una lámina ósea

de aproximadamente un centímetro de espesor bajo la cual se muestra un hueso esponjoso de características normales (fig. 2e). Se procede al cierre por planos dejando un drenaje aspirativo que hacemos abocar por la herida quirúrgica como resulta preceptivo cuando se aborda una lesión presuntamente tumoral (fig. 2g).

El diagnóstico histopatológico tras una indagación exhaustiva, incluyendo inmunohistoquímica, de los múltiples especímenes correspondientes a los distintos niveles quirúrgicos, fue de MIXOMA YUXTARTICULAR, enfatizando en la ausencia del menor indicio de malignidad.

El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, destacando la desaparición inmediata del cuadro doloroso que manifestaba precedentemente. Tras 6 meses de evolución postoperatoria, no hay síntomas de recidiva.

COMENTARIO

El MYA es, como queda dicho, una lesión mesenquimal benigna, caracterizada por abundante matriz mixoide, escaso número de células fusiformes y un patrón vascular asimismo pobre. Afecta a los tejidos blandos subyacentes al tejido celular subcutáneo: cápsula, tendones y músculo esquelético¹.

La edad de los pacientes en la casuística analizada fue de media de 44 años (rango 16-83), con predominio en varones (72%)^{1,3}.

La duración de los síntomas previos a la consulta se demostró ampliamente variable, oscilando entre un mínimo de una semana y un máximo de 18 años.

En relación con su distribución topográfica se han descrito mixomas yuxtarticulares a nivel del hombro⁴, codo, muñeca², cadera, tobillo y pie pero mayoritariamente (84% de la casuística publicada) afecta al entorno de la rodilla^{1,4}.

Su mayor incidencia a nivel de esta última localización, entre la que se encuentra nuestro caso, motivó que esta lesión estuviese íntimamente asociada con la patología meniscal.

Se describen, además de las otras ubicaciones previamente señaladas, dos casos de hallazgos incidentales con motivo de sendas artroplastias de cadera y rodilla por artropatías degenerativas⁵.

Aunque la mayoría de los MYA fueron correctamente diagnosticados como benignos, en el 23% de los casos analizados en la literatura, se mal interpretó como mixofibrosarcoma o este diagnóstico fue considerado como posible⁶.

Entre los mixomas, suelen diferenciarse, aparte de los yuxtaarticulares, mixomas intramusculares, angiomioma cutáneo agresivo y mixomas de las vainas nerviosas⁶.

Su patogenia es controvertida pero tanto los traumatismos como los procesos degenerativos son las lesiones más frecuentemente referidas.

La recidiva es alta (34%)^{1,4}, al extremo de ser considerado este tumor por algunos autores como localmente agresivo aunque no susceptible de provocar metástasis, pero otros opinan que la responsabilidad de las recurrencias obedece a una exéresis incompleta¹.

El diagnóstico diferencial puede plantearse, tomando como referencia su localización mayoritaria en torno a la articulación de la rodilla, con el quiste meniscal, quistes paramenisciales, sinovitis vellonodular pigmentaria en su forma de sinovioma solitario, quiste sinovial y con el ganglión yuxtarticular⁵. Nuestro caso, además, por sus especiales características, con la osteomielitis y el tumor óseo maligno primario o metastásico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Meis, J.M. ; Ezinger F.M. Juxta-articular myxoma a clinical and pathologic study of 65 cases. *Hum Pathol* 23 (1992), pp 639-646.
- 2.- Ozcanli, H. et al. Juxta-articular mixoma of the wrist: a case report. *J Hand Surg* 30 (2005), pp 165-167.
- 3.- Daluiski, A. et al. A case of juxta-articular myxoma of the Knee. *Skeletal Radiol* 24(1995), pp 389-391.
- 4.- Echols, P.G. et al. Juxta-articular myxoma of the shoulder presenting as a cyst of the acromioclavicular joint: a case report. *J Shoulder Elbow Surg* 9 (2000), pp 157-159.
- 5.- Minkoff, J. et al. Juxta-articular myxoma a rare cause of painful restricted motion of the knee. *Arthroscopy* 19 (2003), pp 6-13.
- 6.- Schlen, I. et al. Soft tissue tumors with difficult to distinguish boundaries. From myxoma to mixofibrosarcoma: a case report. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 32, 2 (2000), pp 138-142.



Figura 1

a) En la radiología convencional destaca una severa gonartrosis fémorotibial y una imagen de disrupción cortical en flanco interno de la meseta tibial.

b) El estudio mediante TAC muestra esta misma alteración con un fondo escleroso, sugerente al menos de un proceso no agresivo.



Figura 2

a) Excisión del área afectada: existencia de masa que abomba bajo el panículo grasoso.

b) Punción obteniendo un líquido mucinoso.

c) Incisión longitudinal de la cubierta capsuloperiosteica: masa subyacente que descarta el presunto hígroma de la pata de ganso.

d) Extirpación en bloque de la masa.

e) Extirpación de una lámina ósea de aproximadamente un centímetro de espesor.

f) Base ósea que muestra un hueso esponjoso de características normales.

g) Drenaje aspirativo que hacemos abocar por la herida quirúrgica.

IN MEMORIAM

Dr. Sergio Montes

UMBRÍO

Puede que la madurez sea la toma de conciencia de la pérdida de referencias. En ocasiones creemos que las superamos y aunque esto nos puede dar sensación de seguridad en nosotros mismos también provoca sentimiento de orfandad. Otras veces, las peores, las perdemos porque desaparecen de nuestra vida de forma definitiva; la muerte es el principal devorador de referencias irrecuperables.

Mientras él se moría yo enseñaba lo que él me había enseñado. Exactamente lo mismo y posiblemente con sus palabras... esta es una de las grandezas de este trabajo. Después de casi treinta años, tanto progreso, tanta novedad y ayer yo enseñaba lo mismo y con sus palabras.

No le ensalzaré aquí, no sabría. Quiero describir el sentimiento de abandono, de soledad, que comparto con los que le respetamos en una época de nuestras vidas llena de osadía, ilusión e incertidumbre. Moderó la osadía sin anularla, mantuvo la ilusión contra la realidad y fortaleció nuestro carácter ante las dificultades.

Y nos enseñó lo que le habían enseñado, fiel siempre a sus orígenes, haciendo gala, mostrando orgullo de ellos. Y nos mostró su personal actitud ante el trabajo, característica, definitoria, envidiable.

Umbrío define el estado de ánimo que me provoca la noticia de su muerte pero desde su sentido de la vida, el del trabajo constante, el del trabajo por si mismo; no puedo mantener más este sentimiento. El final de una vida cumplida conforme a una convicción no debería ser motivo de pena sino de orgullo. Que su familia así lo sienta.

Fdo: Alfonso Sánchez-Mayoral Posada
Publicado en La Nueva España en Septiembre del 2008.

IN MEMORIAM

Dr. Cezón Quirós

Agustín Cezón Quirós nació en 1927 en Pola de Siero donde transcurrió su infancia y adolescencia. Cursó sus estudios primarios de bachillerato en el Centro escolar más tradicional de la Pola, la Fundación “*Don Manolín*”.

Su indiscutible vocación le lleva a trasladarse a Madrid, para estudiar Medicina, licenciándose en 1954. Previamente, en las fiestas veraniegas había conocido a Leonor Quirós, de familia originaria de la Pola aunque trasladados a la Argentina, donde ella nació.

Recien licenciado se casan en 1951 e inicia su carrera profesional yéndose con su mujer a Buenos Aires, donde permanecerá hasta el año 1972.

Durante su estancia allí se formó con figuras señeras de la Traumatología, primero con el Prof. José Valls en el Hospital Durán y luego con el Prof. Carlos Otolengui en el Hospital Italiano.

Preocupado siempre por su formación como cirujano, se doctoró en el Universidad Nacional de la Plata en 1961 y desde 1962 se incorporó al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Centro Gallego de Buenos Aires hasta 1972, cuando, acompañado de su esposa y de sus hijas Patricia y Cristina, regresa a Asturias donde trabajó como Jefe Clínico en la Ciudad Sanitaria Nuestra Sra. De Covadonga bajo la dirección del Prof. Jose M^a López-Porra.

Dada su probada experiencia, a la muerte de éste, se hizo cargo del Servicio hasta la llegada del Prof. D. José Paz Jiménez con quien trabajó hasta su jubilación en 1997. Falleció en febrero de 2007.

Manteniendo siempre su vinculación personal y profesional con Buenos Aires fue miembro a la vez de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica desde 1955 y de la Sociedad Argentina desde el año 1962.

Para todos sus compañeros de profesión, el Dr. Cezón fue un buen maestro y entrañable amigo. Compartió sus conocimientos y su gran habilidad como cirujano con muchas generaciones de residentes, repartidos hoy por toda la geografía española.

Su humanidad, su comprensión hacia los enfermos, su alegre bondad hicieron de él un médico con carisma para sus pacientes y compañeros, que admiraron en él su absoluta dedicación a la cirugía, su habilidad y reconocido valor, ya que nunca dudaba en enfrentarse ante ningún caso por complicado o desesperado que pareciese.

Por todo ello el Dr. D. Agustín Cezón estará siempre en el recuerdo de todos los que tuvimos la suerte de trabajar a su lado.

Fdo: Carlos Rodríguez de la Rúa

IN MEMORIAM

Dr. Carlos López Vijande

Conocí a Don Carlos hace ya bastantes años en su casa. Era un lugar donde el tiempo no existía. Más que el tiempo, el reloj. Don Carlos nunca tenía prisa y siempre disponía de tiempo para atender a todo el mundo. Recuerdo estar en su casa bien entrada la noche con su hijo Gabriel y ver la sala de espera de la consulta llena de pacientes a los que no les importaba esperar porque sabían que serían atendidos con mimo y cariño infinitos. Su implicación en la atención de sus los pacientes era tal que, a pesar de que su enfermedad lo iba debilitando, él continuaba más preocupado por la salud de los demás que por la suya propia. Incluso el día que nos dejó tenía pacientes citados en la Consulta. No se me ocurre nada mejor que se pueda decir respecto a un médico.

Cualquier mérito académico ó logro profesional, que no fueron pocos, quedarán siempre empequeñecidos ante su capacidad para escuchar y tratar a los pacientes. Sin embargo me gustaría hacer un breve repaso sobre su trayectoria profesional. Nacido en Oviedo en 1933, estudió en el Colegio de los Hermanos Maristas y posteriormente se trasladaría a Salamanca donde terminó la carrera de Medicina en 1958. Obtuvo el título de Especialista en Medicina del Trabajo en 1964 y el de Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología un año después. En 1973 obtuvo el Título de Especialista en Medicina de Educación Física y Deporte.

Trabajó como traumatólogo en la Residencia Sanitaria, en el Sanatorio Adaro y en el Servicio Médico de Telefónica, y como médico de empresa en la Seguridad Social, en el ambulatorio de la Lila. Desarrolló su actividad privada entre la consulta de su casa y el Centro Médico de Oviedo.

Fue nombrado Miembro Honorífico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en 2004.

Estos son sólo unas pocas de las innumerables razones por las que será siempre recordado por muchos de nosotros, aunque quienes seguro lo recordarán y echarán de menos serán todos sus pacientes, para quienes era algo más que un médico.

Pero como siempre ocurre con los grandes personajes, la historia de Don Carlos y la Traumatología no acaba aquí. Su legado lo continúa su hijo Gabriel quien ha recogido el testigo de su padre y continúa su escuela, olvidándose del reloj y del mundo cuando de lo que se trata es de atender y tratar de aliviar a un paciente. Querido Don Carlos, descansa en paz.

Fdo: Ignacio González-Busto Múgica

IN MEMORIAM

Dr. L. Viña Viña

Conocí al Dr. L. Viña Viña, en Junio de 1964 cuando acudí a una entrevista al Sanatorio Girón de la extinta Obra sindical 18 de Julio que atendía a jubilados y pensionistas de la Seguridad Social en relación con mi solicitud para cubrir una plaza de Médico de Guardia

Me impresionó, a mí, recién terminados los estudios de Medicina en Valladolid, la presencia de un Médico Director del Centro, serio y amable, que me animaba en los inicios de mi profesión.

Con el paso del tiempo y el conocimiento de la persona, el prestigio profesional que yo le suponía era más que cierto y real, añadiendo a él, la condición de maestro cuyas enseñanzas siempre estuvieron presentes y fueron guía constante en mi quehacer diario, enseñanzas que he procurado transmitir a mis compañeros de profesión.

Era un excelente cirujano y tenía una idea clara cuanto a las indicaciones quirúrgicas; me decía con frecuencia que has de operar aquel enfermo en que tengas por cierto el beneficio quirúrgico.

Nace el Dr. Viña en Luanco el día 28 de enero de 1916 y realiza los estudios de Medicina en la Facultad de Valladolid, interrumpida por nuestra guerra civil, en la que combatió.

Recuerdo al respecto que cuando algún trabajador de baja alegaba su imposibilidad laboral por una causa menor, le decía que con esa lesión en la Guerra caminaban kilómetros con armamento al hombro.

Su especialidad la realiza en Alemania, en plena guerra mundial y durante los años de 1944 al 1946 en la Clínica Quirúrgica de la Universidad LUDWIGIS DE GIESSEEN-HESEN, bajo la dirección del Prof. BERNHARD y posteriormente en hospitales alemanes, suizos y austriacos periódicamente.

Entre los años 1950 al 1960 tras obtener el título de Médico de Empresa, ejerce como Médico en Construcción Asturiana y la Nueva España sucesivamente.

Fue traumatólogo de la Seguridad Social, en aquellos tiempos no jerarquizados en que cada especialista atendía urgencias desde su domicilio y tenía sus propios enfermos hospitalizados en la entonces llamada "Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga".

Simultáneamente y durante un tiempo fue director del Sanatorio Girón dependiente de la Sanidad Pública.

Ejerció también la práctica privada desde los años 50 y la actividad quirúrgica en los desaparecidos Sanatorio Miñor, Cruz Roja, Sanatorio Blanco, en el ya citado Sanatorio Girón y últimamente en el Centro Médico de Asturias hasta bien entrados los años 70.

Comentaba con orgullo, que su salud, más que su sabiduría, le permitió ver a KÜNTSCHER perfeccionando los enclavamientos intramedulares en su inicio en Alemania, asistir en el Hospital Cantonal de Basilea a los inicios de la A.O. y participar con su equipo en la Residencia Covadonga en los comienzos de la prótesis total de cadera y poder disfrutar al final viendo a sus colegas más jóvenes, realizar las primeras artroscopias.

A lo largo de su fructífera vida profesional, vio los avances de la anestesia (en los primeros años en el Sanatorio Girón se utilizaba el éter), los avances en radiología a partir del famoso "bola".

También vio las enormes ventajas de la cobertura antibiótica y de las técnicas de imagen que han facilitado enormemente el diagnóstico y el tratamiento, así como el desarrollo definitivo de la Traumatología y ortopedia como disciplina autónoma de la cirugía.

Fue, en resumen, un hombre bueno, un magnífico clínico y Cirujano, habiendo realizado su larga y fructífera vida profesional, en una época donde el desarrollo de la Medicina y Cirugía Ortopédica fue espectacular, inmerso en la cual supo adaptarse, asumir y realizar una excelente labor.

Dios le dió provechosa y y longeva vida, que bien se la mereció.

Fdo: Mario Hevia Moré

Los Santos Mártires

Santos Soñadores

Traumatólogos

Dr. Jesús González Celada

Emeterio y Celedonio fueron dos soldados romanos distinguidos y condecorados que sufrieron martirio hacia el año 297 en la ciudad de Calahorra, (La Rioja), donde les cortaron las cabezas a la orilla del río Cidacos, afluente del Ebro. Parece ser que eran hermanos y el primer milagro realizado fue que el anillo de uno y el pañuelo que portaba el otro en el momento del martirio fueron elevados a las alturas en presencia de los presentes. Pasados unos años el poeta calagurritano Aurelio Prudencio (S. IV), los inmortalizó al igual que otros mártires por medio de un Himno.

La devoción se extendió rápidamente por La Rioja, Navarra, Vascongadas, Cantabria, (El nombre de Santander procede de San Emeterio) y Asturias, donde creemos probado que llega de la mano del rey Alfonso I, casado con una hija del rey Pelayo, luego con Fruela y más tarde con Alfonso II el Casto, cuya madre Munnia procedía de Álava. Este rey tuvo en su Corte de Oviedo a dos obispos de la sede calagurritana exiliados. (Theodomiro y Reccaredus).

Con el paso del tiempo estos Mártires fueron y son considerados santos a los que las gentes de lugares próximos a capillas y no tan cercanos, les hacían y hacen peticiones para ser curados de algún mal. Se han realizado estudios e investigaciones al respecto, con un exhaustivo panorama de la medicina tradicional asturiana en sus relaciones con la religiosidad popular y subrayando el papel que se otorga a San Emeterio y San Celedonio.

La hagiología médico-religiosa se hace mucho más nítida cuando hablamos de los santos, pues se les invoca para cuestiones puntuales y concretas; la especialización médica de los santos va a ser cada vez más frecuente y se inicia tempranamente en el

Medievo. A partir del S. XI, este fenómeno de la especialización se generaliza. La lista de santos y santas protectores o curadores de enfermedades es incalculable. Según el estudio realizado por el Dr. Joaquín García Fdez. los mártires Emeterio y Celedonio son mencionados como Santos Sanadores en Asturias junto a un grupo muy numeroso; ***“Celedonio forma pareja salutífera con Emeterio, y este Emeterio hábil traumatólogo y podólogo.”***



En Asturias existe un gran número de santos sanadores, pues el 66% de las parroquias eran dedicadas a ellos. San Emeterio hace su aportación con la titularidad de San Emeterio de Bimenes, San Emeterio de Sietes (Villaviciosa), algún monasterio, cantidad de capillas, ermitas, capellanías, etc. Hasta un total de 31 que hemos localizado.

Este Santo estaría en un tercer grupo de cuatro posibles y ese tercero es el más numeroso y quizás el más interesante. San Emeterio sigue poseyendo actividad romera a pesar de ser una costumbre que ha caído bastante en desuso; antaño eran las Cofradías con su Mayordomo al frente las que con la colaboración del sacerdote del lugar, se encargaban de las fiestas religiosas y profanas.

Cuando en Valdedios existía seminario a principio del pasado siglo XX, llegaron a participar en la Misa hasta 13 sacerdotes, coro, predicador, etc. Actualmente son las comisiones de fiestas las que organizan los actos. Estos suelen durar uno o dos días. El día titular es el 3 de marzo, y si es entre semana, como suele ser en Cuaresma, se celebra o bien el sábado y domingo siguientes, o lo pasan al domingo de Pascua, lunes de Pascua, 31 de agosto, etc. Y van desde una Santa Misa con o sin procesión, hasta amplias y variadas actividades, algunas veces acompañadas de ferias de ganado.

Podemos decir que aun perduran en unos 15 lugares. En realidad, la hagiolatría médico-religiosa ocupó durante siglos el espacio que hoy ocupa la medicina científica en una región como la asturiana, con serias dificultades para comunicarse con el resto de España y del mundo.

Los lugares que reciben el nombre de San Emeterio (Hagiotopónimos), según datos, son los siguientes:

1. Santo Medero, en Muñón Fonderu,- Lena.
2. Santo Medero, en La Pasera, -Noreña.
3. Santo Medero, en Latores,- Oviedo.
4. San Emeterio, en La Piñera,- Bimenes
5. Santo Medé, en Pimiango,- Ribadedeva.
6. Santo Emedero, que así se denominaba a San Antolín en Las Dorigas,-Salas



Santo Modero de Latores

Y ¿dónde existe o existió devoción a este Santo Emeterio en Asturias? Primero diremos que aquí ha recibido diversos nombres como Medero, Emedero, Medé, Maeru.

En Abantru (Tanes), Bárzana (Quirós), Bárzana (Teverga), Bello (Aller), Bendones (Oviedo), Berció (Grado), Bernueces (Gijón), La Piñera (Bimenes), Un monasterio en (Candamo), Cáraves (Peñamellera Alta), En la Catedral de Oviedo, Celleruelo (Laviana), Cuadrovenia (Parres), San Antonino (Salas), Santo Emiliano (Mieres), San Esteban del Mar (Gijón), Isongo (C. de Onís), Latores (Oviedo), Miranda (Avilés), Muñón Fonderu (Lena), Muñó (Siero), Murias (Candamo), La Pasera (Noreña), Pendás (Parres), Aciera (Quirós), Pimiango (Ribadedeva), Rozadas (Villaviciosa), Sarandi (Proaza), Sietes (Villaviciosa) La Capilla (Sotrandío), Venta de Soto (Siero).



Romería y misa en Pimiango

Se desconoce la fecha exacta en que comienzan las peregrinaciones y romerías a santuarios y capillas en Asturias; según Jovellanos, "su origen debe de buscarse en la primitiva fundación de todos los pueblos".

Como ya hemos mencionado en algunos lugares la fiesta de San Emeterio estaba enriquecida con feria de ganado, como en Bárzana de Teverga, en Isongo-Corao de Cangas de Onís, en Sietes de Villaviciosa etc. También se ferriaban útiles de labranza, así como ventas de diversos productos y objetos variados. Ciertos ritos curativos se completan o finalizan durante el espacio festivo; es el momento de comprar diversos objetos y alimentos, algunos bendecidos como rosquillas, galletas, panes, etc. con probado valor salutarífico y que se llevarán a casa, las medallas, estampas, que en gran medida presidirán la casa el resto del año. Lo mismo ocurre con el agua que mana de la fuente próxima a Santu Medé en Pimiango, las gentes se lavaban los pies e incluso llevaban agua a sus casas para seguir allí usándola.

No encontramos razón fundada, pues únicamente lo confirma la tradición popular, para explicar con convencimiento el por qué se consideran a los Santos Emeterio y Celedonio, Santos Sanadores de enfermedades y males relacionados con huesos y afines como reuma, artritis, artrosis, etc. Pero eso mismo sucede con los demás santos sanadores que todos conocemos de algún modo.

Aún perdura la costumbre de ofrecer exvotos que en este caso suelen ser, pies, piernas, manos y brazos de cera, así como velas, limosnas, etc. Hace algún tiempo, no mucho, se ofrecían productos en especies y es curioso la variedad que hemos observado de unos lugares a otros; copinos de escanda, maíz, huevos, tocino, lino, pieles de vacuno o de ovino, etc.

El folklorista Aurelio del Llano en su libro; "*Del folklore asturiano, mitos, supersticiones, costumbres*". Recoge la siguiente copla del Pericote, baile de un hombre y dos mujeres practicado en la zona de Llanes. Tiene un origen remoto y significado ritual de carácter mágico.

*El Pericote se baila sin dar la vuelta al revés
Pa (ra) que digan que el majito es un poquito cortés.
¡Valamé, valamé! Mi tiu coxiu rompió un pié.
Y después que lu rompió, llevolu a Santo Medé.
Yo caseme con un vieyu, enterrelu na ceniza,
Púseme a llorar per elli y escapóseme la risa.*

Aquí de Santu Medé, *Arcaicas danza y caverna,*
Abogado, sacerdote *Fiesta del Sol y del pie*
De cojos, del Pericote *Vuelve la cuestión eterna*
Druida... *¿Por qué?*
¿Por qué, por qué?

...

¡Valamé, valamé...!



Capilla de Santo Medé de Pimiango

Como es de suponer hay otras versiones con otras letras que va poniendo la gente.

También cuenta la tradición que en la mañana del 3 de marzo los reumáticos se acercaban y acercan a la ermita de Santo Medero en Bárzana de Teverga para implorar por la curación del mal.

De los Poemas de Celso Amieva (Llanes 1995) entresacamos alguno de los dedicados a Santu Medé.

Como final diremos que hay un conjunto de detalles o curiosidades que hemos ido recopilando aparte de las ya mencionadas. Y así diremos que existe en el Museo de las Anclas de Salinas, una que perteneció al Buque San Emeterio, una de las campanas de la iglesia de Sietes se llama la Emeteria, al igual de otra en Rozadas.

El famoso cantante asturiano “El Presi” cantaba:

*Santu Medero en Muñó
San Blas en La Collada
San Julian en Lavandera
Mi padre todo lo andaba.*

Luis de Arnizo el gaitero, acompañó a cantantes como Armando Montes y Avelino Fdez. Corte;

*“Para cantar y bailar,
Parroquia San Emeterio
Y pa guapes rapacines,
Viva Bimenes entero.”*

Las cabezas de los Mártires aparecen en los escudos de las Peñamelleras.

En Pimiango encontramos el Cabo y el Faro de San Emeterio.

También hay una Nana, una riega, etc.

Existen documentos que acreditan datos en libros de la Edad Media. También diremos que en el Arca Santa de la Catedral de Oviedo existen reliquias de estos Santos según consta desde la época de Alfonso II hasta nuestros días.



Santo Medero de Lena

Jesús Glez. Celada. Es autor del Libro: “La devoción a San Emeterio en Asturias” = R.I.D.E.A. Oviedo 2006.

PRE-PROGRAMA XII CONGRESO SACOT

DÍA 21 DE MAYO

19,00 h. JORNADA PRECONGRESO SACOT sobre

ACTUALIZACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS

Dirigido a Médicos Traumatólogos y Médicos de Atención Primaria.

Orientado a las indicaciones del tratamiento y al manejo del paciente tras el alta hospitalaria.

DÍA 22 DE MAYO

8,30 h. Comunicaciones libres.

Presidente: Dr. Alfonso S. Mayoral. H. Cabueñes. Gijón.

Moderador: Dr. Miguel Suárez-Suárez. H. Cabueñes. Gijón.

10,30 h. Pausa. Café

11,15 h. Inauguración oficial.

PRIMERA MESA REDONDA RECAMBIOS PROTÉSICOS I

Moderador: Dr. Albertino Amigo.

H. Alvarez-Buylla. Mieres

11,40 h. Introducción y generalidades.

Dr. Varela Gómez. H. Álvarez-Buylla. Mieres

12,00 h. Prótesis dolorosa no infectada.

Dr. José Romero. Endoclinic. Suiza

12,20 h. Prótesis infectada.

Dr. Rodríguez Merchán. Hospital La Paz

12,40 h. Recambios con platillos móviles.

Dr. Hinarejos. Hospitales IMAS Mar-Esperanza.

Barcelona

13,00 h. Recambios en grandes deformidades.

Dr. Bello Prats. Hospital La Paz. Madrid

13,20 h. Fracturas periprotésicas de rodilla.

Dr. Rodríguez Merchán. Hospital La Paz. Madrid

13,40 h. Discusión de la primera mesa.

14,00 h. Comida

SEGUNDA MESA REDONDA RECAMBIOS PROTÉSICOS II

Moderador: Dr. Vallina García-Prendes

Hospital Valle de Nalón. Langreo

16,00 h. Prótesis de charnela.

Dr. José Romero. Endoclinic. Suiza

16,20 h. Navegación en los recambios.

Prof. Hernández Vaquero.

Hospital San Agustín. Aviles

16,40 h. Recambios por inestabilidad de rodilla.

Prof. López-Durán Stern.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

17,00 h. Tratamiento del dolor postoperatorio en PTR.

Dr. Gómez Cardero. Hospital La Paz. Madrid

17,20 h. Recambios tumorales y otras alternativas.

Dr. Braña Vigil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

17,40 h. Recubrimientos cutáneos.

Dra. Martín Muñiz. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

18,00 h. Discusión de la segunda mesa.

18,30 h. Asamblea General de la SACOT.

DÍA 23 DE MAYO

ARTROPLASTIA DE CODO

Moderadores: Dr. S. Antuña.

Hospital La Paz. Madrid

Dr. J. Martínez. Hospital de Cabueñes. Gijón

9,00 h. Presentación de la jornada.

Prof. Murcia Mazón. Hospital de Cabueñes. Gijón

9,05 h Tipos e indicaciones de prótesis de codo.

Dr. Antuña Antuña. Hospital La Paz. Madrid

9,15 h. Prótesis de cúpula radial.

Dr. Martínez García. Hospital de Cabueñes. Gijón

9,25 h. Prótesis de codo en fracturas.

Dr. Antuña Antuña. Hospital La Paz. Madrid

9,35 h. Prótesis de codo en pseudoartrosis.

Dr. Guerra García. Hospital de Cabueñes. Gijón

9,45 h. • Puntos importantes en el manejo de las partes blandas en la exposición quirúrgica del codo.

• Artroplastia de recubrimiento del compartimentolateral del codo. Indicaciones, técnica y resultados.

• Artroplastia total mediante el sistema de preservación ósea. Indicaciones y técnica quirúrgica.

• Principios en la cirugía de revisión de los fracasos de las artroplastias de codo.

• Tratamiento artroscópico de la epicondilitis

("resistant tennis elbow").

Dr. Pooley. Hospital Queen Elisabeth. Newcastle.

Gran Bretaña

10,45 h. Discusión.

ARTROPLASTIA DE HOMBRO

Moderadores: Prof. F. Marco

Hospital Clínico. Universidad Complutense. Madrid

Dr. C. Guerra García. Hospital de Cabueñes. Gijón

11,30 h. Tipos y criterios de elección de una prótesis de hombro.

Dr. Peidro Garcés. Hospital Clínico Universitario de Barcelona

de Barcelona

"Cómo hago yo" una prótesis anatómica.

Prof. Marco Martínez. Hospital Clínico.

Universidad Complutense. Madrid

"Cómo hago yo" una prótesis inversa.

Dr. Antuña Antuña. Hospital La Paz. Madrid

"Polémica": ¿vía delto pectoral / vía transdeltoidea? en Prótesis Inversas.

Dres. Antuña Antuña - Marco Martínez. Hospital

La Paz. Madrid. Hospital Clínico. Universidad

Complutense. Madrid

12,05 h. Caracterización de las fracturas de la EPH.

Indicaciones de hemiarthroplastia.

Dr. Mora Guix. Hospital de Tarrasa. Barcelona

Detalles técnicos importantes en la hemiarthroplastia por fracturas de la EPH.

Dr. Guerra García. Hospital de Cabueñes. Gijón

Prótesis Inversa en fracturas: Experiencia y detalles técnicos importantes.

Dr. De Lucas Cadenas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Opciones de tratamiento protésico en artropatía por déficit de manguito rotador.

Dr. Guerra García. Hospital de Cabueñes. Gijón

12,45 h. • Papel actual de la "resurfacing" de hombro, ¿cirugía mínimamente invasiva?: "State of the art".

• Indicaciones, detalles técnicos importantes y complicaciones de la Prótesis Inversa.

• Cirugía de revisión de las artroplastias de hombro: opciones.

• Futuro, nuevas tendencias y diseños de las artroplastias de hombro.

Dr. Bloch. Lugano. Suiza

13,35 h. Artroplastias por indicación tumoral en la ext. Superior.

Dr. Braña Vigil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

de Asturias. Oviedo

13,45 h. Discusión

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN LA S.A.C.O.T

....., Traumatólogo
y Cirujano Ortopédico solicita ser admitido como miembro de la Sociedad
Asturiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

..... de de 2009

Firma:

.....
miembro de la S.A.C.O.T avala la presente solicitud.

.....
miembro de la S.A.C.O.T avala la presente solicitud.

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

.....
.....



PONENCIAS OFICIALES CONGRESO S.A.C.O.T - 2011

Las propuestas de Ponencias Oficiales para el XII Congreso de la SACOT, deberán entregarse en la Secretaría del Congreso antes de la celebración de la Asamblea de la Sociedad.

Tema.....

Presentado por el *Dr.*.....

CANDIDATURAS VICEPRESIDENTE S.A.C.O.T

Las candidaturas para la Vicepresidencia de la S.A.C.O.T., deberán ser entregadas en la Secretaría del Congreso antes de la celebración de la Asamblea de la Sociedad.



Consulte nuestra página www.sacot.es