



ISSN 0124 - 1532

SCCOT
Carta Ortopédica

“Grandes Ortopedistas en el siglo XXI”



Dra. Astrid Medina

Dra. Claudia Medina

Dra. Amparo Gómez

Dra. Iliana Valdés

¡Un homenaje a las mujeres prominentes de la SCCOT!

CONTENIDO

Editorial

2021 75 Aniversario de la SCCOT	
Junta Directiva SCCOT.....	2

Entrevista.....	4
-----------------	---

Ortopedistas prominentes.....	13
-------------------------------	----

Postulaciones

Postulación Dignatarios 2021 - 2023.....	18
--	----

Comunicaciones científicas

65° Congreso Nacional SCCOT

Pt 04 Luxofractura perisemilunar trans-escafoidea subaguda: reporte de caso y revisión de la literatura

Dra. Daniela Gutiérrez Zúñiga, Dr. Francisco Aguilar Sierra, Dr. Helbert Martín V., Dra. Luisa Fernanda García.....	24
---	----

Pt 13 Manejo quirúrgico de fractura de fémur multi-nivel: reporte de caso

Dr. Paul Stangl, Dr. Jaime Leal.....	27
--------------------------------------	----

Pt 45 Salvamento de extremidad macerada mediante enfoque ortoplástico con artrodesis tibiototalcalcanea más colgajo sural.

Dra. Ximena Ríos Garrido, Dr. Gerardo Vargas Liévano, Dr. Juan Gabriel Reátiga Aguilar, Dra. María José Ramos.....	30
--	----

Obituario.....	32
----------------	----

Perlas históricas

Tuberculosis osteoarticular. Parte VI	
Dr. José Manuel Pinzón.....	33

Próximos eventos

66° Congreso Nacional SCCOT	
17° Encuentro Latinoamericano de Cirujanos de Cadera y Rodilla.....	39

EDITORIAL

2021 75 Aniversario de la SCCOT



La Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología - SCCOT invita a todos sus miembros a participar activamente en forma presencial o virtual en el **66° Congreso Nacional SCCOT** que se realizará en Cartagena del 04 al 07 de agosto de 2021 en el centro de convenciones Hotel Las Américas. En este magno evento celebraremos nuestro 75 aniversario como sociedad científica. Así mismo, en el evento se reconocerá el valor y la importancia de nuestras mujeres ortopedistas y traumatólogas.

Contaremos con la participación y compromiso de nuestros miembros que tendrán a su disposición la orientación académica de las diez sociedades científicas que conforman la SCCOT.

Será un evento para abrazar a la SCCOT y reconocer su inmensa historia académica, su trayectoria científica, los aportes a la sociedad en general y a los ortopedistas y/o interesados en el sistema músculo esquelético, este será el motivo de nuestro reencuentro.

Seguros de que el compromiso y la solidaridad institucional como valores fundamentales de la SCCOT serán el motor de esta orgullosa celebración ¡Los esperamos!

La SCCOT somos todos

Cordialmente.



**Junta Directiva SCCOT
2019-2021**

ENTREVISTA

Ortopedistas Prominentes



Entrevista Virtual Ortopedistas Prominentes

La Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología agradece a las Doctoras Astrid Medina Cañón (AMC), Amparo Gómez Gelves (AGG), Iliana Valdés Duque (IVD) y Claudia Medina Monje (CMM) por conceder esta entrevista a través de videoconferencia para profundizar lo que ha significado ejercer en una profesión que se creía que “solo era para hombres”.

Además, discutir el impacto que ha tenido su desempeño, no solo porque más mujeres están optando por ser ortopedistas, sino la importancia que esta participación femenina tiene en la sociedad en general.

Sean bienvenidas a este espacio.

¿Por qué eligió ser ortopedista? ¿Cuál fue su principal motivación?

IVD: Mi motivación siempre fue clara desde pequeña: luxación congénita de cadera, a los 8 años me sacaron el menisco lateral, a los 14 el Dr. Gerstner me hizo una liberación lateral de patela, (porque era deportista de alto rendimiento y la rodilla me estaba molestando mucho). En el postoperatorio estoy en el consultorio del doctor y empiezo a mirar los cuadros, los moldes anatómicos, “qué es esto tan chévere”, “me gusta” y le dije “quiero hacer lo que usted hace y él me responde “no hay mujeres en el programa, no las aceptan”. Le contesté “yo voy a ser la primera mujer en graduarse de la Universidad del Valle” y así fue.



Incluso me hubiera gustado ni siquiera hacer medicina, pero era un paso que tenía que hacer para llegar a lo que me gustaba.

AGG: En mi caso, cuando inicié a hacer medicina quería ser psiquiatra, creo que estaba demente en esa época (risas), a Dios gracias en el transcurso de la carrera se me arregló el “chip”, porque pienso que hubiera sido un absoluto desastre en esa especialidad, así como en medicina interna (que la respeto) pero tampoco me gustó, cuando llegué a la parte quirúrgica concluí que quería irme por ahí y de hecho cuando era pequeña (me cuentan mis papás) me gustaba estar con unas tijeras y recortaba con eso todo, le quitaba a los tapetes los flecos, le cortaba los muñecos a la sábana, hacía mis propias carpetas con los muñequitos que cortaba... siempre me ha gustado recortar y hacer manualidades y al descubrir que en la cirugía podía hacer una parte manual combinada con una parte de raciocinio mental, me encantó y después descubrí que la ortopedia me ofrecía ambas, además de la creatividad, la innovación, tratar de llegar al mismo sitio pero por diferentes caminos y que podía utilizar las manos y el cerebro para ayudar a las personas, sin mencionar la inmediatez, porque se puede ver el progreso y ofrecer una solución más efectiva y rápida.

CMM: Yo cuando estudié medicina me di cuenta cómo me gustaban las especialidades quirúrgicas y cuando llegué a ortopedia llegué a mi lugar soñado, me encantaba la energía del servicio de ortopedia, las cosas de aprendizaje me fluían, me gustaba estudiar los temas, ver los pacientes, fue una rotación que disfruté muchísimo y a partir de ese momento no tuve ninguna duda de querer ser ortopedista.

Como Amparo hay algo que siempre me gustó y que hoy en día todavía me deslumbra y es

ver a un paciente con dolor, con un problema, y que cuando uno los lleva a cirugía en un par de horas empieza a salir adelante y si es un niño con mayor razón, esa sensación es algo de otro mundo que realmente llena mi alma de ortopedista.

AMC: La ortopedia es analítica, lógica y resolutive. Era claro para mí que debía ser una especialidad quirúrgica, siempre me ha gustado lo manual, en el caso de la ortopedia podía tener todas estas cosas juntas y eso se ajustaba perfectamente a lo que quería. Veía que tener la capacidad de actuar rápido y tomar decisiones era fascinante.

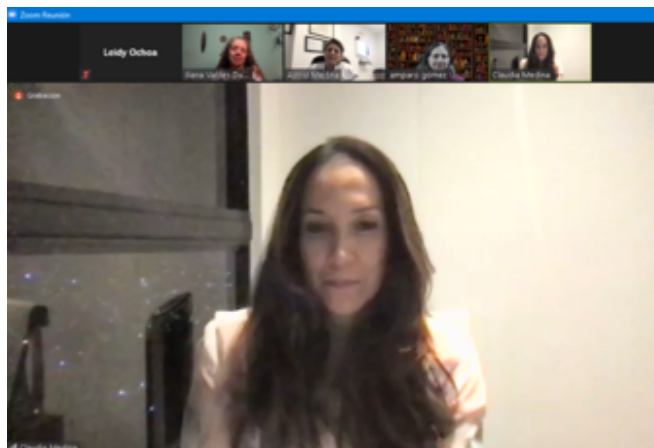
También me gustó cuando hice mi rotación por ortopedia, el ambiente, la camaradería que se vivía, se veía que disfrutaban lo que hacían, comencé a admirar a mis profesores y residentes mayores y vi que tenían un perfil especial y que la ortopedia era muy diferente a las otras especialidades en las que se vivía en un ambiente pesado y estresante.

AGG: También creo lo mismo, la camaradería no es lo mismo, en ortopedia no es competitivo, ni humillante como alcanza uno a ver en otras especialidades, sino que es de cooperación, y eso que en la época que estudié no había mujeres.

IVD: A mí lo que me encanta de la ortopedia es la practicidad, efectivamente uno ve un paciente con una fractura, haces lo que tienes que hacer y el mundo les cambia, el resultado lo ves ¡YA!

¿Qué obstáculos o dificultades enfrentó durante sus años como residente?
¿Considera que ha habido cambios o se siguen presentando hoy en día?

AMC: Considero que los obstáculos fueron los de cualquier residente, independientemente



Intervención de la Dra. Claudia Medina

si eran mujeres o hombres, turnos sin compensatorio, una exigencia académica y asistencial altísima y tocaba estar a la altura. Además, sentía sobre los hombros la responsabilidad de ser mujer, y que, así como se podía abrir el camino, también podía cerrarlo y darle la razón a las personas que dijeron “¿una ortopedista mujer? No va a servir”.

Hoy en día con toda la legislación de protección al residente las cosas han cambiado. Realmente que haya encontrado diferencias por ser mujer ¡nunca!, me exigieron igual que a mis compañeros, rendí como tenía que rendir y estuvimos siempre muy a la par.

AGG: Cuando empecé residencia tal vez las dificultades que encontré no fueron por ser mujer, excepto en algunas ocasiones con los pacientes, que no creían que fuera la doctora, hubo sorpresas, sin embargo, no me molestaba porque era consiente que no había mujeres en ortopedia, los pacientes no esperaban encontrar una mujer en esa área, hoy en día eso no ocurre para nada, al principio fue un obstáculo pero ya después de unos meses la gente se acostumbró, sin embargo conté con el apoyo de mis compañeros de residencia, luego se empezaron a incorporar más mujeres pasando a tener una en cada

nivel y ya después a lo que estamos hoy en día, que ya no se siente ni tan solo, ni tan extraño.

La exigencia académica fue inmensa, tal vez eso fue lo que me dio más duro, porque si bien a mí me gustaba la ortopedia yo no sabía de ortopedia, entonces entrar de lleno a una exigencia de esas fue muy duro. Creo que en los últimos años ha cambiado un poco con la ley de residentes, con toda la legislación sobre el número de horas, las actividades están muy especificadas y con la delegación de responsabilidades y de actividades, uno no está solo, porque antes no existía eso, ya que muchas veces no había especialistas en todos los servicios en el turno nocturno y pienso que eso ha ayudado a que baje el estrés de los residentes que están de turno, sentir que tienen a alguien que los respalde permanentemente, sentirse acompañado, que tienen derecho a un pos turno, que la forma de evaluación cada vez es más personalizada.

CMM: Yo creo que los obstáculos existieron en ese momento y hoy día también y cada uno asume el reto de diferente manera: lo que para uno puede ser una dificultad para otro una oportunidad, porque cada uno ve la vida de acuerdo con sus propios miedos.

Me acuerdo que cuando yo socialicé en mi facultad y en mi grupo de estudio que iba a ser ortopedista, me decían que estaba loca porque no había mujeres ortopedistas, yo solo contestaba que era lo que a mí me gustaba y lo que quería ser toda mi vida.

Hubo desafíos y retos como lo tendrán los residentes de hoy en día, obviamente en unas dimensiones diferentes o enfrentados de diferentes maneras sin embargo, creo que siempre he sido muy hábil para darle la vuelta a las situaciones porque así



esté con la cabeza en el hoyo o cuando tengo el agua hasta el cuello, como que en medio de la situación trato de ver si alguna cosa buena tiene que traer y esa era la actitud que yo trataba de tener en la residencia, porque me decía que quería ser ortopedista, estaba en una situación que todo el mundo decía que no lo iba a lograr y menos en el Hospital Militar, y me centraba simplemente en que ya era una residente de ortopedia contra todos los pronósticos, es lo que quería hacer.

Obviamente hoy en día tienen más calidad de vida, cosa que me alegra enormemente, porque en nuestro caso no la hubo, éramos unas máquinas de trabajo, teníamos que hacer seminario todos los días, presentar artículos, hacer trabajo administrativo y era un exceso, cosa que físicamente ya sentía que no podía en algunas ocasiones.

IVD: Correcto, yo creo que la sensación es “ya entré, no me saca nadie”, porque efectivamente en mi caso nunca tuve compañeras, yo era la primera, sin embargo, creo que ya había abonado el terreno, porque cuando yo llegué de mi rural, fui a urgencias al hospital y dije “quiero ser la médica general de sala de yesos”, el director me dijo “¿La médica general de ortopedia?” le argumenté que en ortopedia había muchos pacientes que eran de edades avanzadas y necesitaban acompañamiento, con los exámenes y toda la parte médica y para apoyar a los residentes y me compraron la idea, fui la primera médica general aceptada en sala de yesos en el hospital y cuando entré a la residencia ya tenía un año de experiencia.

Agregando un poco a lo que ustedes ya han dicho, había turnos de 36 horas, mucha exigencia académica, pero el obstáculo lo pone cada uno, porque si me comprometía y me pedían, lo que fuera que mis profesores

pidieran yo lo hacía, así no durmiera, o estuviera muerta del cansancio, pero decía que no podía dar mi brazo a torcer porque sentía que todos estaban esperando eso (pueda que no sea cierto), pero así se sentía.

AMC: Finalmente, sentimos sobre nuestros hombros la responsabilidad de ser mujeres, que, así como podíamos abrir el camino, también podíamos cerrarlo y darles la razón a esas personas que dijeron una ortopedista mujer ¡jamás!

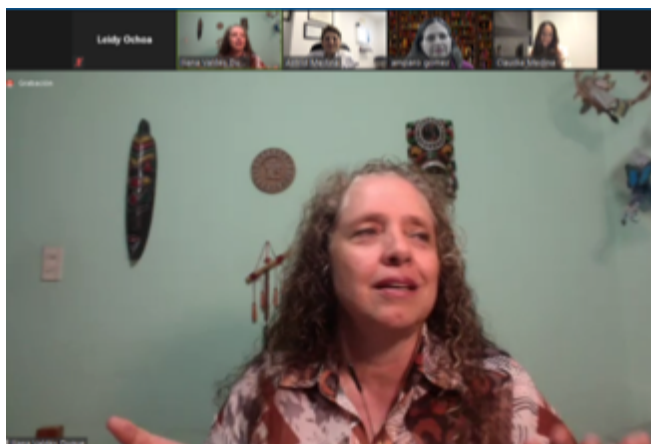
AGG: Aunque yo reconozco que mis compañeros de residencias sentían que sí debía haber mujeres en ortopedia, me protegieron, sin tener menor exigencia, pero era ese desafío de “aquí estoy y aquí me quedo”.

¿Cree que hay un perfil especial en las mujeres ortopedistas?

CMM: Yo creo que cualquiera puede serlo, no tiene que encajar en un check list, o listado de características, indudablemente se debe tener unas habilidades, actitudes y aptitudes, pero eso incluye tantas cosas que pienso que es muy difícil encajar a alguien en un perfil preciso para que sea el ortopedista ideal.

AMC: Aunque las cosas son diferentes hoy en día, yo sí creo que en nuestra época la mujer que entraba a ortopedia tenía que tener carácter, seguridad en sí misma, porque se sabía que el medio iba a ser adverso. Hay que tener pleno convencimiento de lo que se quiere y luchar por ese objetivo. En esa época amedrentarse ante la menor dificultad hizo que varias mujeres abandonaran ortopedia.

AGG: Estoy de acuerdo con Astrid, tal vez la característica principal es la fortaleza mental, no por ser mujeres ortopedistas, sino porque estamos en un mundo que todavía



Dra. Iliana Valdés Duque

sigue siendo un poco restringido, aunque no creo que sea exclusivamente de las mujeres sino de hombres y mujeres que luchan por sus objetivos y entran en un medio difícil y tienen que ser fuertes.

Pienso que lo más importante de todo ortopedista (hombre o mujer) es mirar la situación, afrontarla y hacer lo que toque hacer, eso implica también la fortaleza emocional, a veces hay que tomar decisiones difíciles y tristes, hay que tener la mente clara, qué es lo que necesitamos hacer, cómo lo vamos a hacer y afrontar lo que venga si las cosas no salen bien.

IVD: Más que un perfil, pienso que es el deseo de ese ser humano de hacer, de cumplir y de llegar a esto, porque cuando uno tiene ganas y está convencido de que la ortopedia es lo suyo (sin importar si es hombre o mujer), eso le va a dar la fortaleza para poder afrontar los retos y los obstáculos que la misma especialidad le va a dar, por otro lado, creo que se necesita (para todas las especialidades quirúrgicas) la agilidad mental para poder concatenar todo lo que está sucediendo y reaccionar de la manera más ágil y certera.

Quisiera contarles que antes de entrar a hacer ortopedia yo tenía siempre en mi cabeza como prevenir lesiones deportivas

(precisamente por mi rodilla), porque yo decía “si soy deportista de alto rendimiento, por qué el deporte me hizo empeorar mi lesión”, pero cuando llegué a ortopedia la adrenalina que se secreta cuando uno está en una unidad de trauma y llega el paciente con la fractura expuesta, y se debe tomar una decisión ya, y por más de que siempre pueden haber errores, lo importante es que si se equivoca pueda asumir y reaccionar, por eso creo que las dos características que debe tener un ortopedista son fortaleza de mente y agilidad.

AGG: Tal vez lo que aporta uno diferente como mujer es la capacidad “maternal” que siempre termina agregándose, a la hora de organizar el equipo, estar pendiente de otras necesidades y otra habilidad de liderazgo humano.

CMM: Exacto, ese toque de suavidad que uno le pone, que a todo el mundo le gusta, pero que ellos generalmente no aceptan, porque somos conscientes de lo importante que es reconocer el mérito y trabajo de otros y los hombres son mucho más resistentes a aceptarlo y mucho menos a hacerlo porque para ellos felicitar a otros es “vergonzoso”, y además otro don de mujer es saber leer a sus compañeros, tanto como para saber cuándo algo les afecta, cuando esta triste o tiene alguna cosa, vamos un poquito más allá del día a día.

El número de aspirantes mujeres que se presenta cada año en los programas de ortopedia es cada vez mayor ¿Por qué cree que esto sucede?

AMC: Creo que tiene que ver con lo que mencioné anteriormente, y es que hay ejemplos de mujeres que ¡sí han podido! Es parte de ver el camino más despejado. La mujer de hoy está más empoderada y se siente muy capaz.

CMM: Estadísticamente hay muchas más mujeres en los programas de medicina entonces uno esperaría que también se presentaran más, estoy totalmente de acuerdo con Astrid, ahora tienen unos referentes que le hacen ver que es posible, así mismo se han ido derrumbando obstáculos y mitos de cuando decían que esto sólo es para hombres.

Me acuerdo cuando cumplí la meta de ser ortopedista y después decidí dedicarme a trauma, la gente decía “¡Las mujeres no hacen trauma!”, y yo simplemente les dije: “Ya soy ortopedista, ya estoy aquí, me quedé aquí, me gradué aquí, ya mi nuevo reto es hacer trauma y lo voy a hacer”.

AGG: Yo creo que lo más importante es tener referentes, en la Javeriana teníamos a la Dra. Aschner y sabíamos que existía la Dra. Vallecilla y la Dra. Restrepo y no más, ninguna estaba cerca, todas estaban en otra ciudad y uno no tenía dónde mirar, y tener ejemplos de éxito, de ortopedistas mujeres que lo logran, que le abren el camino a muchas más.

IVD: Si, si ellas pueden yo también, efectivamente cuando uno tiene alguien a quien emular lo impulsa, yo siempre a todas las estudiantes les he dicho “yo soñaba con que todas las residentes de Univalle fueran mujeres”, no lo logré, esperaba por lo menos tener una en cada año, y antes de retirarme espero lograrlo.

AGG: ¿Por qué crees Iliana que en la Univalle están tan “lentos” para aceptar mujeres?

IVD: En Univalle se presentan mujeres pero de los 80 estudiantes que se presentan habían como 8 mujeres de las cuales entró 1, muchas estudiantes me dicen que les gusta la ortopedia, se sorprendieron mucho al llegar a la rotación, pero no pasan el examen, y

solamente se entra de esa manera, ya no hay entrevista, el método ha cambiado muchísimo, en el último examen dicen que fue durísimo que incluso en algunas especialidades no entró ningún residente, les toca hacer otra convocatoria, pero en general yo me imagino que es por el examen como tal, no por ser mujeres, sino por la competencia.

Sin embargo, a pesar de que ha aumentado el número de aspirantes, la mayoría de médicos mujeres prefieren otras especialidades ¿Por qué cree que esto sucede?

AGG: Si han aumentado las mujeres en ortopedia pero igual la mayoría de mujeres médicas no quieren ser ortopedistas, yo lo que veo es que cada día hay como una tendencia a escoger más calidad de vida vs trabajo a largo plazo, muchas son médicas pero no quieren hacer turnos, trabajar 24/7/365 independientemente que sean ortopedistas o no, tienen otras aspiraciones, es difícil convencerlas de que uno tiene que trabajar duro para ascender (aunque no solo en las mujeres sino también los hombres), porque muchas veces quieren hacer cosas tranquilas, dedicarse a la investigación, tener un horario de oficina, fines de semana libres, no tener un jefe, no ser hospitalaria, ser independiente, y



Entrevista a la Dra. Astrid Medina

por eso creo que muchas mujeres no eligen especialidades quirúrgicas mucho menos en ortopedia y en trauma.

CMM: Sí, yo creo que generacionalmente han ido cambiando las prioridades, lo que también pienso es que eso no es ni bueno, ni malo, sencillamente es distinto y los de esta generación que están pensando más en su calidad de vida nos están enseñando a nuestra generación a darle un valor al tiempo libre, porque la vida no es solamente trabajar; obviamente todo extremo es malo, pero usted tampoco puede pretender dedicarse toda su vida solamente a trabajar.

AMC: De acuerdo, la balanza se inclina más a la parte de calidad de vida. Ortopedia es dura, requiere mucha dedicación y esfuerzo, turnos, sacrificio de tiempo familiar y estudio permanente.

IVD: Total, yo seguí haciendo noches por muchos años, hice por una temporada todos los viernes noche y trataba de negociar con mis colegas para cambiar alguno del mes. Dejé de hacer noches en noviembre cuando fui nombrada consultora operativa de ortopedia en el hospital, al ya ser la jefa fue lo primero que hice, porque definitivamente la calidad de vida es lo más importante.

¿Hay diferencias en las oportunidades laborales, el salario, el progreso entre hombres y mujeres?

AGG: Nunca lo he percibido, aquí en Colombia cuando uno se presenta a un trabajo le dicen el salario es este, o se paga por horas así, o la productividad es tal, el valor de la UPC es tanto y listo, no preguntan si uno es mujer o hombre. Si uno quiere ganar más, pues tiene que trabajar más. Y en cuanto a progreso, depende de donde uno esté, estoy en un hospital universitario pero no hay muchos

cargos de ascenso.

IVD: Igual, en el hospital el sueldo es el mismo, usted trabaja 8 horas, le pago 8 horas y en la universidad las diferentes categorías de docente se definen por la producción intelectual, entonces si usted quiere ganar más pues escriba más, tenga más artículos, etc., pero es el trabajo de cada uno, es indiferente si es hombre o mujer.

En unísono concuerdan nuestras invitadas en que no han percibido ninguna diferencia de trato, oportunidad o incluso salario por ser mujeres ortopedistas.

¿Cómo compaginar o equilibrar la vida laboral con la familiar, especialmente si se tienen hijos y tener éxito o ser felices en ambas?

AGG: Es difícil a veces, pero uno tiene que aceptar que hay días en los que no puede estar con sus hijos, porque está de turno y puede que se pierda algunas cosas importantes pero también tiene que tomar la decisión de suspender cosas del trabajo para estar con la familia.

Mis hijos todavía son adolescentes tienen 15 y 13 años, eso me ha obligado a tomar decisiones respecto al tiempo porque ellos me necesitan cada vez más, y ahorita con la pandemia yo estoy trabajando menos porque ellos están aquí en la casa, no me duele, me ha costado trabajo porque me ha afectado económicamente, pero me parece una decisión acertada porque de acuerdo al tiempo en que los hijos están uno tiene que irse adaptando, cuando estaban muy pequeños, no hacía turnos de noche, ni fines de semana, luego cuando fueron más independientes dije “listo, ya puedo hacer más turnos, trabajar fines de semana” ahora estamos en una época diferente, difícil, hay que retornar a

la casa y la pandemia fue una oportunidad para volver al hogar, estar en la casa implica recibir menos plata pero tengo otra recompensa que es estar con ellos, la calidad de vida en la familia a veces se sacrifica y con el tiempo se da cuenta que no vale la pena.

El sentimiento de culpabilidad que uno arrastra por no estar en algunas ocasiones especiales con los hijos o por perderse cosas de ellos, es duro.

Yo sí hago turnos de noche todavía y hago fines de semana y en la casa pasan cosas y me mandan fotos y me da nostalgia no estar ahí, por eso le toca a uno tratar de aprovechar el poco tiempo para ofrecer calidad y momentos a su familia.

AMC: Yo creo que es difícil, pero hay que tener un equilibrio donde ambas cosas son importantes. Creo que es fundamental explicarles y hablarles a los hijos sobre el trabajo de su mamá y cuando uno está con ellos, tener calidad de tiempo y dedicarse a ellos con cuerpo y alma. Por otro lado, ese equilibrio se logra con un compañero, un partner que entienda que la educación y la formación de los hijos, así como las obligaciones de la casa son compartidas y no recargue a la mujer con todo. Cuando uno

encuentra una persona que le ayuda a cargar la maleta es mucho más fácil.

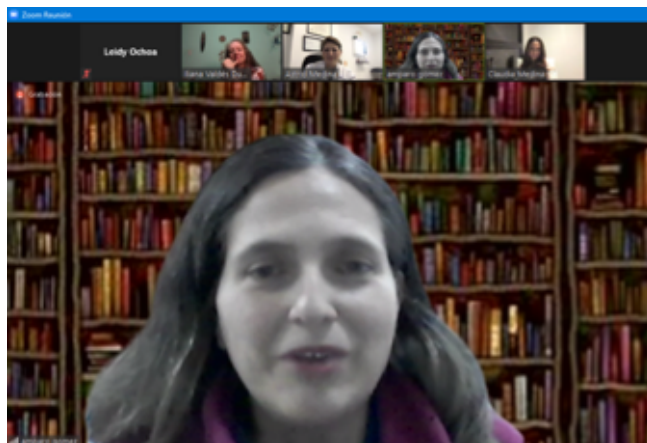
AGG: Si, se necesita mucho apoyo familiar para muchas ocasiones, yo tengo un esposo ortopedista también y es excepcional en ese sentido porque comparte toda la responsabilidad de la casa, con los hijos y con todo, pero eso a veces no es fácil de conseguir, que entienda la carga que tiene un cirujano.

AMC: El sentimiento de culpa siempre está, pero no tener toda la disponibilidad de tiempo con los hijos, creo que también es una ventaja porque permite que uno pueda formar a los hijos independientes, que sepan hacer sus cosas solos, pero a la vez que se sientan acompañados, con la mamá al lado y pendiente siempre de sus cosas, así sea en la distancia.

Que nunca se sientan abandonados. La clave es siempre demostrarles lo importante que son para uno, y darles mucho amor. Yo me siento muy feliz y orgullosa de mi familia.

CMM: Yo creo que para que uno pueda compaginar o lograr ese equilibrio del que han venido hablando, tiene que entender que ninguna dimensión es el centro del universo, ni el trabajo, ni la familia, porque uno precisamente necesita cultivar todas esas dimensiones para estar bien, o sea uno no puede ser solo trabajo, pero tampoco solo familia, entonces para encontrar ese equilibrio comprender que ningún trabajo es indispensable, yo amo lo que hago, amo ir a mi hospital pero ese no es el centro de mi universo, tengo muchas otras cosas que me gusta hacer y que me gusta cultivar para yo sentirme bien.

IVD: Sí, yo creo que la palabra es equilibrio, entre cada cosa que uno hace, familia, trabajo,



Intervención Dra. Amparo Gómez

independencia, los momentos con uno mismo, todo es muy importante, no tengo hijos pero tengo padres octogenarios en este momento, tengo dos hermanos por fuera del país y una aquí, pero como soy la única sin hijos entonces Iliana es la que cuida a los papás, yo no tengo ningún problema pero todo con límites. Las dimensiones que habla Claudia, cada cosa tiene su momento, su importancia y lo fundamental es tener un equilibrio.

AGG: Si totalmente, uno tiene que luchar por mantener su individualidad, que a veces se pierde en todos los roles que uno tiene que desempeñar.

¿Si pudiera volver a elegir residencia, escogería ortopedia otra vez?

Sí, hasta en mi próxima reencarnación, sin duda alguna, ¡Siempre ortopedista!, fueron los comentarios de las invitadas sin dejar a duda que la ortopedia fue una de sus mejores elecciones, a pesar de las dificultades, mujeres fuertes, resolutivas, con el don de “mamá” y que han enriquecido nuestra especialidad, porque como ellas mismas lo dijeron ahora hacen parte de los referentes, de las ortopedistas multitareas que le dicen a los demás ¡Sí se puede!

¿Qué consejo les daría a los estudiantes de medicina que manifiestan su interés por la ortopedia, independientemente de si son hombres o mujeres?

IDV: Que hagan lo que les apasiona

AGG: Si esto es lo que les gusta, uno lo hace, hace lo necesario, encuentra la manera de organizarse, de aprender, de operar, de aguantar los turnos e incluso de aguantar los regaños, todas las dificultades, si realmente está convencido, si se ve como ortopedista en

5, en 10, en 20 años, hasta en la reencarnación, todo lo supera y lo hace.

CMM: Pienso que debe hacerlo si siente que eso realmente lo hace feliz y en los momentos de adversidad piensa “pero estoy aquí y de aquí nadie me saca”, si es la sensación, es el lugar correcto.

AGG: Sí, porque uno con el tiempo tiene que seguir disfrutando lo que hace, el día que uno deje de disfrutarlo perdió su horizonte.

AMC: El consejo es que demuestren con el comportamiento y la actitud que les gusta verdaderamente ortopedia. Estudiar mucho y ganar por méritos su puesto. Si uno hace lo que realmente le gusta, lo va a disfrutar y nada va a ser difícil, es tener esa personalidad proactiva que siempre está un paso adelante. Es estar ahí, con la camiseta 10 puesta.

IDV: Yo a mis estudiantes les pregunto qué quieren ser cuando sean grandes, ginecólogo, internista, ortopedista, cualquiera es perfecto, lo que elijan está bien, desde que les guste, se estudia para entrar, pasar ese bendito examen y para sostenerse, porque no es solamente entrar, es demostrarse a sí mismo y a todos, que se asume un reto y se puede culminar con éxito.

A estas mujeres empoderadas, prominentes y llenas de logros siendo mentoras en la especialidad queremos agradecer por compartir sus experiencias, sus vivencias e incluso las dificultades que las han hecho crecer como personas y profesionales.

ORTOPEDISTAS PROMINENTES

Estas mujeres se han destacado por ser parte de nuestra Sociedad, hoy queremos exaltar su tenacidad, logros y valores que contribuyen al crecimiento científico, académico, moral y profesional de nuestra especialidad.

¡Un homenaje a las grandes mujeres de la SCCOT!



CLAUDIA JULIANA REYES REYES

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Ortopedista en el Hospital Militar Central, Docente del programa de la especialidad de cirugía de pie y tobillo Universidad Militar Nueva Granada.

Logro: Mi mayor logro es vivir plenamente un día a la vez, trabajando en mi país y con méritos propios.



JESSICA ANDREA SUÁREZ ZARRATE

Ciudad: Cali

Lugar de trabajo: Fundación Clínica Infantil Club Noel, Centro de Ortopedia y Fracturas, Clínica Farallones y Centro Médico Imbanaco.

Logro: Mi trabajo de investigación realizado durante mi subespecialidad en el Hospital Shriners para niños Ciudad de México fue premiado entre 1300 trabajos de investigación en el marco de la XXI Jornada de Investigación de Cursos de Alta especialidad en Medicina de la Universidad Autónoma de México en 2020.



SOLÁNGEL RODRÍGUEZ MATERÓN

Ciudad: Bogotá

Logro: Mi mayor logro es ser Ortopedista Javeriana; mi profesión me ha permitido ofrecer integralmente a mis pacientes una mejoría en su funcionalidad y por ende en su calidad de vida.



MEILYN MUSKUS EALO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Hospital Infantil Universitario de San José, Hospital Central de la Policía.

Logro: Fui elegida como “The 2019 Hip Society Rothman-Ranawat Traveling Fellow” siendo la primera mujer en hacerlo y obtener este reconocimiento. “Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer a mi Mentor el Dr. Hugo Rodríguez por guiarme en este camino tan difícil, hacerme su compañera, regalarme sus trucos y volverme el cirujano que soy hoy en día”.



DIANA JULIETH VÁSQUEZ TORRES

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Bogotá y Chía

Logro: Ingresar al programa de Ortopedia de la Universidad El bosque aún cuando eran pocas las mujeres.



AIDA ESPERANZA GARCÍA GÓMEZ

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Hospital Militar Central y en ARL Sura.

Logro: Como ortopedista y traumatóloga ha sido muy satisfactorio escalar en la parte académica como faculty AO, ser parte de la junta directiva de la Asociación colombiana de cirugía de la mano y representar a mi país en eventos nacionales e internacionales.



LILIANA VALLECILLA FERNÁNDEZ

Ciudad: Cali

Lugar de trabajo: Asesor médico en el Centro de Investigaciones Clínicas de la FVL.

Logro: Desde Noviembre de 2006 hasta el momento, en dedicación exclusiva y tiempo completo en la FVL, hago parte del equipo del Centro de investigaciones Clínicas de la FVL.



MARTHA LUCÍA PINZÓN RIVERA

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Hospital Universitario Clínica San Rafael Docente y Coordinadora - Unidad de Pie y Tobillo

Logro: Me siento profundamente orgullosa de transformar la vida de tantos pacientes, regalandoles la oportunidad de recuperar su movilidad y caminar sin dolor; esto sumado a la posibilidad de trabajar en lo que amo, representa un logro a nivel profesional y personal.



JOHANNA CUERVO ROJAS

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Clinicentro Santa Ana de Colsanitas.

Logro: El mayor logro de mi vida es haber logrado un equilibrio entre lo que me apasiona (ortopedia) y lo que me motiva (mis hijos y familia); logrando por medio de estas dos labores aportar a la sociedad y ayudar a construir país.



LINDA BIBIANA VALLEJO VARGAS

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Hospital Universitario Infantil de San José, Hospital Universitario Mayor y Hospital Central de la Policía Nacional.

Logro: Poder seguir entrenándome en las 2 cosas que me apasionan: mi profesión y la docencia universitaria. Ello me ha permitido ayudar a crecer a mis residentes y me impulsa a seguir trabajando sin tregua buscando la excelencia en lo que hago.



SAITH DEL CARMEN TRUCHÓN JIMÉNEZ

Ciudad: Cartagena

Lugar de trabajo: Armada Nacional - Fellow de mano y Miembro superior UMNG-HOMIC.

Logro: Soy la primera mujer ortopedista y traumatóloga de las Fuerzas Armadas de Colombia; gracias a los conocimientos adquiridos y forjados en mi escuela el Hospital Militar Central; es para mí motivo diario de orgullo, al igual que poner todos mis conocimientos al servicio de mi patria.



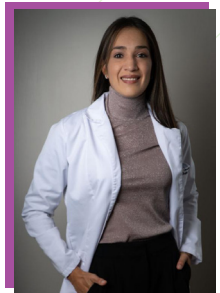
CLARA INÉS TRUJILLO GONZÁLEZ

Ciudad: Medellín

Lugar de trabajo: Ortopedista
Pediátrica Clínica Noel, Medellín.

Logro: Poder dedicarme a hacer lo que me gusta y disfruto mucho que es la ortopedia infantil. He tenido la oportunidad de trabajar con maravillosos seres humanos y profesionales que gracias al trabajo de todos, pudimos montar el programa de segunda especialidad en Ortopedia Pediátrica del cual soy docente y a la fecha ya hemos formado a 4 ortopedistas infantiles.

“Lo mejor que podemos hacer en la vida es ponerle amor a todo lo que hacemos, eso es lo que nos permite, al final del día estar completamente satisfechos con nuestro trabajo”.



CAROLINA RAMÍREZ MARTÍNEZ

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Clínica Reina Sofía, Clínica Universitaria Colombia y Clínica del Country, también soy docente programa de ortopedia de Unisanitas.

Logro: Principalmente dos; poder ejercer mi profesión como ortopedista de columna y participar en diferentes actividades académicas como docente del programa de ortopedia y en los diferentes entrenamientos que realizamos en técnicas endoscópicas en cirugía de columna, donde cada día sigo creciendo y aprendiendo. Lo segundo es mi familia (Esposo y dos hijos Julieta y Lucas), pero creo que mi principal logro es y sigue siendo un reto: encontrar el equilibrio entre mi vida familiar, personal y profesional.



NATHALY JOHANNA CAICEDO CRUZ

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Clínica Los Nogales, Clínica infantil de Colsubsidio.

Logro: Uno de mis logros profesionales a destacar sería el ser co-autora en uno de los capítulos del libro “Baxter’s The Foot and Ankle in Sport. 3rd Ed.” junto con el Dr. Emilio Wagner y el Dr. Cristian Ortiz (actual presidente International Federation of foot and Ankle Societies (IFFAS)).



CATHERINE REYES RODRÍGUEZ

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Unidad médica Cecimin, Instituto de ortopedia y cirugía plástica y centros médicos de Colmédica.

Logro: Considero que mis mayores logros hasta el momento han sido ser mamá y alcanzar todos mis objetivos académicos. Para el momento en el que decidí que me especializaría en ortopedia, en Colombia, aún éramos pocas mujeres que planeábamos desenvolvemos en esta área, por ello nos enfrentamos al reto de sobresalir para ser reconocidas y valoradas en este ámbito de la medicina. Además, para mí es un orgullo haber terminado mi especialización en ortopedia y subespecialización en cirugía de pie y tobillo, mientras desempeñaba mi rol de ser mamá.



ANGELA ROCIO HERNÁNDEZ ARENAS

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo de trabajo: Coordinadora del Servicio de Ortopedia de la Clínica Nueva el Lago, Ortopedista de Los Cobos Medical Center, Coordinadora Académica del Posgrado de Ortopedia de la Universidad El Bosque, Miembro del

Comité Editorial de la Revista de la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología (RCCOT).

Logro: Ser una de las dos primeras mujeres ortopedistas del Posgrado de Ortopedia de la Universidad El Bosque y haber participado como coordinadora académica en el proceso educativo de más de 55 excelentes ortopedistas egresados de la Universidad El Bosque que trabajan hoy en Colombia y en el extranjero.



BEATRIZ EUGENIA MONTOYA ORTIZ

Ciudad: Medellín

Lugar de trabajo: Clínica el Rosario

Logro: Posicionarme como una referencia tanto en el ámbito nacional como internacional, a la vez que he tenido la oportunidad de trabajar al lado de grandes profesores, mentores

y compañeros de trabajo que me han enseñado, me han acompañado y me han servido de pilar durante todos estos años. He tenido la fortuna de poder balancear mi vida profesional con la maternidad, y dar ejemplo a mi hija del papel fundamental que tenemos las mujeres en la academia y en la sociedad.



CAROLINA CARVAJAL BARRERA

Ciudad: Medellín

Lugar de trabajo: Hospital San Vicente Fundación, Centro de Ortopedia del Estadio, Neuromédica, Consultorio particular.

Logro: Mis profesores han sido para mí, una base sólida para formar criterio propio, fortalecer mis habilidades y hoy desempeñarme en lo que amo. He aprendido de su disciplina y su rigor científico, me inspira su ética, y he observado y aplicado sus “tips” y trucos, tan valiosos en el ámbito quirúrgico. Sin duda, no ha sido sólo fruto de las ganas de ofrecer soluciones a nuestros pacientes y obtener buenos resultados, no es únicamente cuestión de constancia y responsabilidad; sino que he tenido y tengo la fortuna de compartir con profesionales sobresalientes. Me gusta aprender día a día, ya que esto nunca se detiene. Así que mi mayor logro profesional es ser ortopedista y cirujana de rodilla.



PAULA ANDREA SARMIENTO RIVEROS

Ciudad: Medellín

Lugar de trabajo: Jefe Servicio Clínica los Nogales

Logro: Primera mujer cirujana de rodilla con formación formal en Colombia y en Latinoamérica, Consultora Arthrex, Fundadora Asociación Colombiana de Artroscopia y Reconstrucción Articular,

Miembro comité ejecutivo Sociedad Latinoamericana de Artroscopia, Editor VJSM.



CRISTINA SUÁREZ JIMÉNEZ

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Fundación Santa Fe de Bogotá.

Logro: Mi mayor logro es haber hecho una sub especialidad en la que me desempeño actualmente y en simultáneo tener una familia.



XIMENA MARÍA RÍOS GARRIDO

Ciudad: Ibagué

Lugar de trabajo: Fundación Campbell barranquilla Colombia

Logro: Mi mayor logro es transformar la vida de los pacientes, brindándoles lo mejor, mediante la reconstrucción y el salvamento de las extremidades empleando un enfoque ortoplastico.





MÓNICA BUSTAMANTE RUBIO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Clínica La Sábana

Logro: Mi principal logro es haber conseguido equilibrio en mi vida personal y profesional... felizmente he logrado hacer todo lo que me he propuesto.



ANGELA MARÍA GÓMEZ GARCÍA

Ciudad: Cali

Lugar de trabajo: Clínica Desa y Nueva Rafael Uribe Uribe.

Logro: Mi mayor logro hasta ahora es haberme convertido en mamá y redescubirme como mujer y profesional a través de la maternidad, pues me mostró que todos los sueños son posibles y llegan en el momento

menos esperado, pero sí cuando uno está más preparado para asumir nuevos retos.



LILIANA GISELL GUZMÁN MELO

Ciudad: Cali

Lugar de trabajo: Clínica de Occidente y Centro médico Imbanaco

Logro: Ser Ortopedista con subespecialidad en Cirugía de Pie y Tobillo.



MARCELA VARGAS TURRIAGO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo de trabajo: Clínica de Marly

Logro: En estos 19 años como especialista me enorgullece ver como en el tiempo he desarrollado una práctica privada de alta calidad. Esto lo he construido y mantenido a lo largo de los años y me genera infinita satisfacción a mis pacientes y a mí. Hoy, tengo un ritmo completo de trabajo, luego de haber hecho un acompañamiento personal y deportivo a mis hijas. Ellas, ahora adolescentes, diariamente me hacen saber lo mucho que admiran el trabajo de su mamá, entienden que esta profesión dignifica y valoran la importancia de perseguir los sueños, teniendo claro que la prioridad es siempre la familia.



MARTHA PATRICIA VALENCIA CHAMORRO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Ortopedista Infantil en Hospital Infantil San José, Instituto Roosevelt, Clínica del Country

Logro: Mi mayor logro profesional es poder impactar positivamente en muchos niños y sus familias haciendo un trabajo que me apasiona y me llena de satisfacciones. Trabajar siendo feliz creo que es mi mayor acierto profesional.



LAURA CRISTINA GUTIÉRREZ GUEVARA

Ciudad: Armenia

Lugar de trabajo: Hospital Universitario Departamental San Juan de Dios. Cirujana de pie y tobillo. Armenia, Quindío, Clínica de fracturas. Cirujana de pie y tobillo. Pereira, Risaralda, Docente universitaria Universidad Alexander Von Humboldt.

Logro: Soy la primera mujer egresada del programa de ortopedia y traumatología de la Universidad Industrial de Santander. Realicé fellow de cirugía de pie y tobillo en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Actualmente vivo en Armenia, Quindío, en donde ejerzo mi profesión como la primera ortopedista y cirujana de pie y tobillo del hospital departamental, a su vez soy dueña y co-fundadora de Deported SAS empresa dedicada a la rehabilitación y tratamiento de las lesión osteomusculares. Y soy docente universitaria en la carrera de medicina en la universidad Alexander Von Humboldt.



SONIA MERCEDES QUEVEDO BLANCO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Clínica Universitaria Colombia, Clínica Pediátrica Colsanitas
Logro: Soy ortopedista de la Universidad Nacional de Colombia donde también me entrené como ortopedista infantil. Actualmente soy la presidente de la Asociación Ponseti

Colombia. Mi mayor satisfacción es haber conformado un hogar estable y feliz y poder ejercer mi profesión teniendo siempre a mi familia como prioridad.



ANA MARCELA PIÑA QUINTERO

Ciudad: Bogotá

Lugar de trabajo: Hospital central de la policía Bogotá

Logro: Ha sido un honor para mí haberme formado como médica general y especialista en la Universidad Nacional de Colombia, ya que me ha enriquecido tanto a nivel personal

como profesional, haciendo de mí una persona que cada día busca la excelencia profesional basándose en el estudio, el servicio desinteresado hacia mis pacientes y en el aprendizaje cada vez que haya oportunidad. Igualmente me ha incentivado a colaborar en la formación de los médicos generales y de los futuros ortopedistas. Es un orgullo para mí, hacer parte de este grupo de mujeres ortopedistas, que a pesar de estar en un gremio aparentemente masculino hemos podido sobresalir y distinguir en diferentes ámbitos y realizar nuestro trabajo con profesionalismo, seriedad y honestidad.



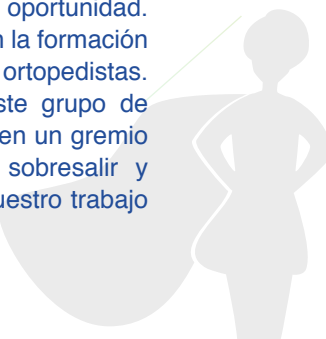
MARLA DEL PILAR QUESADA AGUILAR

Ciudad: Ibagué

Lugar de trabajo de trabajo: *Hospital Federico Lleras Acosta (Coordinadora servicio de ortopedia y traumatología - Fundadora Clínica Ponseti Ibagué. Centro de Excelencia en tratamiento de pie equino varo)

*Unidad Materno Infantil del Tolima

Logro: Mi mayor logro ser ortopedista y traumatóloga, define perfectamente mi personalidad. Mi clave "Pasión ". Todo lo que hago en mi vida profesional es un logro personal porque me lo disfruto plenamente. Soy Feliz viendo sonreír a mis pacientes y a sus familias.





POSTULACIONES



El Presidente, Dr. José Luis Osma Rueda, y la Junta Directiva de la SCCOT, se permite informar a la Comunidad Ortopédica.

La Comisión Evaluadora del proceso de elección de dignatarios conformada por la Doctora Astrid Medina, en su calidad de Vocal principal - Regional Capital del periodo 2019 – 2021, Dr. Ricardo Guzmán en su calidad de Fiscal Suplente periodo 2015 2017, en razón de que los doctores José Gabriel Rúgeles Fiscal Principal 2019 – 2021, y Julio César Samper Fiscal Suplente 2019 – 2021, Sr. Fernando Latorre Lozano (Revisor Fiscal); en funciones de conformidad con el Artículo 42. Parágrafo 2 del Estatuto Vigente SCCOT, y el Acuerdo 003 del 25 de febrero de 2021.

Reunida en la sede de la SCCOT el día martes 18 de mayo a partir de las 5:00 p.m. se permite informar que una vez revisadas de manera autónoma e independiente las postulaciones y validados los requisitos estatutarios para los cargos de: Terna Presidencial (Presidente, Vicepresidente y Secretario), Vocales principales y suplentes de Junta Directiva Nacional, Fiscal principal y suplente y Juntas Directivas de Capítulos. Han cumplido el total de los requisitos estatutarios establecidos en el estatuto vigente los siguientes Miembros Titulares para las siguientes dignidades así:

POSTULACIÓN A LA TERNA PRESIDENCIAL

Plancha PRESIDENCIAL



**MAURICIO
ZULUAGA BOTERO**
Cargo: Presidente



**WILLIAM RAFAEL
ARBELÁEZ ARBELÁEZ**
Cargo: Vicepresidente



**RODRIGO ALFONSO
VARGAS LARA**
Cargo: Secretario

POSTULACIÓN A JUNTA DIRECTIVA NACIONAL SCCOT

REGIONAL CAPITAL

Plancha # 1



**GIUSEPPE
ALAJMO FLYE**

Cargo: Vocal Principal I



**FERNANDO ANDRÉS
CARREÑO MESA**

Cargo: Vocal Suplente I

Plancha # 2



**CLAUDIA JULIANA
REYES REYES**
Cargo: Vocal Principal II



**JUAN MANUEL
HERRERA ARBELÁEZ**
Cargo: Vocal Suplente II

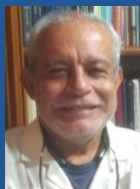
REGIONAL SUR OCCIDENTE

Plancha # 1



**FERNANDO VALDÉS
TAFUR**

Cargo: Vocal Principal I



**CARLOS ALBERTO
NEIRA GALVIS**

Cargo: Vocal Suplente I

Plancha # 2



**RODRIGO TRIANA
RICCI**
Cargo: Vocal Principal II



**GUSTAVO ADOLFO
CALVACHE CURREA**
Cargo: Vocal Suplente II

Plancha # 3



**DARÍO FERNANDO
FUERTES BOLAÑOS**
Cargo: Vocal Principal III



**CARLOS ENRIQUE
RAMÍREZ DÁVILA**
Cargo: Vocal Suplente III



REGIONAL CENTRO ORIENTE

Plancha # 1



**CRISTHIAN ALBERTO
ROJAS HERRERA**
Cargo: Vocal Principal I



**YESITH FERNANDO
CRISTANCHO QUEVEDO**
Cargo: Vocal Suplente I

REGIONAL ORIENTE

Plancha # 1



**OMAR BENITO
PÁEZ JAIME**
Cargo: Vocal Principal I



**JOSÉ IGNACIO
BRAVO TORRES**
Cargo: Vocal Suplente I

REGIONAL EJE CAFETERO

Plancha # 1



**GILBERTO ANDRÉS
GIL HENAO**
Cargo: Vocal Principal I



**JORGE HUMBERTO
LONDOÑO GONZÁLEZ**
Cargo: Vocal Suplente I

REGIONAL COSTA CARIBE

Plancha # 1



**ALFREDO DANIEL DE
LA ROSA CUENTAS**
Cargo: Vocal Principal I



**GABRIEL DE JESÚS
NARVÁEZ CARRASQUILLA**
Cargo: Vocal Suplente I

REGIONAL NOROCCIDENTE

Plancha # 1



**MEISSER ALBERTO
LÓPEZ CÓRDOBA**
Cargo: Vocal Principal I



**MIGUEL ANDRÉS
MURCIA HERNÁNDEZ**
Cargo: Vocal Suplente I

FISCAL

Plancha # 1



**JOSÉ GABRIEL
RÚGELES ORTIZ**
Cargo: Fiscal Principal I



**JULIO CÉSAR
SAMPER OLAYA**
Cargo: Fiscal Suplente I

Plancha # 2



**FERNANDO
TORRES ROMERO**
Cargo: Fiscal Principal II



**GILBERTO
LARA COTASSIO**
Cargo: Fiscal Suplente II

POSTULACIÓN A JUNTA DIRECTIVA DE CAPÍTULOS

Sociedad Colombiana de Fijación Externa Reconstrucción Ósea e Infecciones - SOCOFIN

Plancha # 1



**FAUSTO
DIAZGRANADOS SUÁREZ**
Cargo: Vicepresidente



**DIEGO LUIS
CARVAJAL LIEVANO**
Cargo: Secretario



**CARLOS ALFONSO
SEVERINI CAMPO**
Cargo: Vocal



**XIMENA MARÍA
RÍOS GARRIDO**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Hombro y Codo - SCHOC

Plancha # 1



**RAFAEL FERNANDO
SERRANO SÁNCHEZ**
Cargo: Vicepresidente I



**ANA MARCELA
PIÑA QUINTERO**
Cargo: Secretario I



**JORGE LUIS
ROJAS LIÉVANO**
Cargo: Vocal I



**SMITH GAMBOA
JAIMES**
Cargo: Vocal I



Plancha # 2



**HERNANDO
CANAL TORRES**
Cargo: Vicepresidente II



**JORGE ENRIQUE
MARÍN NIÑO**
Cargo: Secretario II



**FELIPE JOSÉ
VALBUENA BERNAL**
Cargo: Vocal II



**GIUSEPPE
ALAJMO FLYE**
Cargo: Vocal II

Sociedad Colombiana de Columna - SOCCOL

Plancha # 1



**MARÍA CONSTANZA
BEDOYA VIZCAYA**
Cargo: Vicepresidente



**FERNANDO
MEDINA GONZÁLEZ**
Cargo: Secretario



**CAROLINA
RAMÍREZ MARTÍNEZ**
Cargo: Vocal



**JAVIER
MATTÁ IBARRA**
Cargo: Vocal



Sociedad Colombiana de Cadera y Rodilla - SOCCAR

Plancha # 1



**RAFAEL EDUARDO
PÉREZ NÚÑEZ**
Cargo: Vicepresidente



**MIGUEL MARIANO
GÓMEZ ROMERO**
Cargo: Secretario



**OMAR ALEJANDRO
AMADO PICO**
Cargo: Vocal



**ALFREDO DANIEL DE
LA ROSA CUENTAS**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Artroscopia y Traumatología Deportiva – SOCARTD

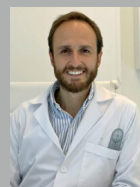
Plancha # 1



**GIOVANI ALBERTO
GRAVINI AMADOR**
Cargo: Vicepresidente



**JUAN PABLO
MARTÍNEZ CANO**
Cargo: Secretario



**RODRIGO
JARAMILLO QUINTERO**
Cargo: Vocal



**JUAN DAVID
PARRA HERNÁNDEZ**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Tumores Óseos y Enfermedades Metabólicas - SOCTO

Plancha # 1



**FRANCISCO BERNARDO
LINARES RESTREPO**
Cargo: Vicepresidente



**CARLOS ANDRÉS
LORES RESTREPO**
Cargo: Secretario



**MIGUEL ANDRÉS
MURCIA HERNÁNDEZ**
Cargo: Vocal



**ÁLVARO HERNANDO
BERNAL GÓMEZ**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Trauma - SOCOT

Plancha # 1



**DIEGO LUIS
CARVAJAL LIÉVANO**
Cargo: Vicepresidente



**CRISTIAN ALBERTO
ROJAS HERRERA**
Cargo: Secretario



**JAIME ANDRÉS
LEAL CAMACHO**
Cargo: Vocal



**JOSÉ IGNACIO
MARTÍNEZ SUÁREZ**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Pie y Tobillo - SOCOPIT

Plancha # 1



**RICARDO
RODRÍGUEZ CIODARO**
Cargo: Vicepresidente



**JUAN FERNANDO
POSADA HURTADO**
Cargo: Secretario



**FABIÁN ALBERTO
ROMERO BERRIO**
Cargo: Vocal



**JUAN MANUEL
HERRERA ARBELÁEZ**
Cargo: Vocal

Sociedad Colombiana de Ortopedia Infantil - SOCOIN

Plancha # 1



**LUIS JOSÉ
CÉSPEDES PINTO**
Cargo: Vicepresidente



**SONIA MERCEDES
QUEVEDO BLANCO**
Cargo: Secretario



**LUIS CARLOS
BECERRA ANDRADE**
Cargo: Vocal



**MARCO TULIO
MAHECHA TORO**
Cargo: Vocal

Capítulo de Mano

Plancha # 1



**JHON FREDY
CASTAÑEDA LÓPEZ**
Cargo: Vicepresidente



**FREDY ALONSO
ANGARITA MALDONADO**
Cargo: Secretario



**MEISSER ALBERTO
LÓPEZ CÓRDOBA**
Cargo: Vocal



**DIEGO FERNANDO
RINCÓN CARDOZO**
Cargo: Vocal

POSTULACIÓN REVISORÍA FISCAL

Plancha # 1

HLB Peñalosa Consultores



Página web: www.hlbcolombia.com

Plancha # 2

American Consulting



Plancha # 3

Pardo y Pulido Asociados Ltda



COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

65° Congreso Nacional

PT 04: LUXOFRACTURA PERISEMILUNAR TRANS-ESCAFOIDEA SUBAGUDA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Introducción

Las luxofracturas del carpo son lesiones poco frecuentes, ocurren generalmente en paciente jóvenes que sufren traumas de alta energía, razón por la que se asocian a otras lesiones en miembro superior. La secuencia de lesiones secundarias al trauma inicial, comprometen la articulación escafosemilunar y progresan a través del carpo, como lo describió Mayfield(1).

Pueden ser subdiagnosticadas en la consulta inicial hasta en un 25% de los casos(2).

El pronóstico de estas lesiones depende de la rápida identificación y caracterización de la lesión, estado de los tejidos blandos, la severidad de las lesiones óseas y ligamentosas, siendo factores de mal pronóstico las luxofracturas palmares, las fracturas abiertas, la reducción no anatómica, las lesiones crónicas o un tratamiento inadecuado(3,4), razón por la cual son lesiones retadoras para el ortopedista.

Se han descrito múltiples técnicas para manejo de estas lesiones, sin embargo no hay estándares ni guías de tratamiento propuestas.

Autores: Daniela Gutiérrez,
Francisco Aguilar, Helbert Martín,
Luisa García

Instituciones: Pontificia Universidad
Javeriana, Hospital Universitario de la
Samaritana

Descripción de caso

Paciente masculino de 21 años de edad, con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, quien consulta por caída de 1,5 metros de altura con trauma en mano derecha en extensión, ocurrido 12 días previos al ingreso. Presenta deformidad en la muñeca, edema, dolor y limitación funcional, sin lesión neurológica ni vascular.

Se toman radiografías de muñeca (figura 1a) evidenciando una luxofractura trans-escafoidea del carpo derecho asociado a una luxación completa del carpo hacia palmar.



Figura 1a. Luxo fractura trans-escafoidea del carpo derecho en imagen radiográfica. **Figura 1b.** Imagen de la tomografía de la lesión del carpo

Se complementa estudio con una tomografía axial computarizada (figura 1b) para caracterizar mejor la lesión, evidenciando una fractura a través de la cintura del escafoides con desplazamiento del segmento distal y de la segunda fila del carpo hacia palmar, preservándose la articulación con el trapecio y trapezoide.

Por el tiempo de evolución, se decidió llevar a artrodesis cuatro esquinas y una placa puente LCP la cual funciona como un tutor interno para manejo de los tejidos blandos.

Se realizaron abordaje dorsal y palmar del carpo encontrando una luxación de la articulación capitoloseminar, con desplazamiento del hueso grande hacia palmar y proximal, entrando en contacto en el radio distal, adicionalmente se identifica una ruptura completa de la cápsula articular (figura 2).



Figura 2. Ruptura completa de la cápsula articular

Se realiza la escisión del escafoides, aplicando posteriormente aloinjerto óseo de corticoesponjosa, y a continuación se redujo la luxación y fue fijada temporalmente con clavos de Kirschner, y luego de forma definitiva con placa de artrodesis cuatro esquinas (figura 3).

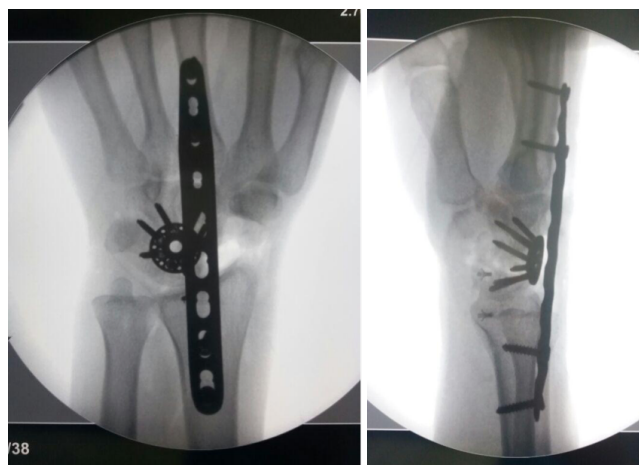


Figura 3. Placa de artrodesis cuatro esquinas



Posteriormente se realizó neutralización temporal de la artrodesis carpiana con placa larga de artrodesis fijada entre el 3er metacarpiano y el radio proximal. Se realizó capsulorrafia anterior mediante anclajes óseos y se verificó estabilidad y posición adecuada del material con intensificador de imágenes. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento.

Discusión y conclusiones

Las luxofracturas periescafo semilunares del carpo son lesiones poco frecuentes, existen diferentes opciones de manejo quirúrgico en lesiones agudas. La reducción cerrada con fijación percutánea no se recomienda por una alta tasa de falla (59%)(5). La reducción abierta y fijación interna es actualmente el manejo de primera línea de estas lesiones, bien sea por abordaje dorsal, palmar o combinado según el tipo de lesión(2). En casos subagudos, de duración mayor a una semana, el manejo representa un reto ya que no existen lineamientos ni consensos sobre un manejo quirúrgico específico para estos pacientes.

Los casos con reducción inadecuada tienen alto riesgo de desarrollo de artrosis postraumática o necrosis avascular del escafoides, como en el caso descrito, las opciones de manejo pueden incluir carpectomía de la fila proximal o artrodesis 4 esquinas. Según Saltzman y cols. (6) los resultados en términos de funcionalidad, arcos de movimiento y satisfacción del paciente con estos dos tipos de manejo quirúrgico para artrosis carpiana son muy similares.

Los resultados reportados en la literatura de la artrodesis de cuatro esquinas, son satisfactorios a 10 años con buena funcionalidad al evaluar el Quick DASH, mejoría del dolor, arcos de movimiento funcionales, retorno a actividad laboral, alivio del dolor y satisfacción del paciente (7, 8).

Bibliografía

1. Mayfield JK, Johnson RP, Kilcoyne RK. Carpal dislocations: Pathomechanics and progressive perilunate instability. *J Hand Surg Am*. 1980.
2. Muppavarapu RC, Capo JT. *Perilunate Dislocations and Fracture Dislocations* Perilunate injury Lunate dislocation Wrist instability Carpal dislocation Carpal ligament injury. *Hand Clin* [Internet]. Elsevier Inc; 2015;31(3):399–408. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hcl.2015.04.002>.
3. Medrano BG, Aguado HJ, Simón C, Crespo J, Juan S, Martín OF. Chapter 3 Tips and Tricks in Perilunate Carpal.
4. Kara A, Celik H, Seker A, Kilinc E, Camur S, Uzun M. Surgical treatment of dorsal perilunate fracture-dislocations and prognostic factors. *Int J Surg*. 2015.
5. Sawardeker PJ, Kindt KE, Baratz ME. Fracture-Dislocations of the Carpus. Perilunate Injury. *Orthop Clin North Am* [Internet]. Elsevier Inc; 2013;44(1):93–106. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ocl.2012.08.009>.
6. Saltzman BM, Frank JM, Slikker W, Fernandez JJ, Cohen MS, Wysocki RW. Clinical outcomes of proximal row carpectomy versus four-corner arthrodesis for post-traumatic wrist arthropathy: A systematic review. *Journal of Hand Surgery: European Volume*. 2015.
7. Roberts D, Power DM. Acute scaphoidectomy and four-corner fusion for the surgical treatment of trans-scaphoid perilunate fracture dislocation with pre-existing scaphoid non-union. *BMJ Case Rep*. 2015;2015:1–3.
8. Traill A, Murali R, Stanley JK, Hayton MJ, Talwalkar S, Sreekumar R, et al. The long-term outcome of four-corner fusion. *J Wrist Surg* [Internet]. 2015;4(2):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945298> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4408128>

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

65° Congreso Nacional

PT 13: MANEJO QUIRÚRGICO DE FRACTURA DE FÉMUR MULTI-NIVEL: REPORTE DE CASO

Introducción

La asociación de fracturas de fémur ipsilaterales es infrecuente, ocurriendo fracturas diafisarias y de cuello femoral en el 2 – 9% de los casos, generalmente secundario a traumas de alta energía (1–3). Sin embargo, la combinación de 3 fracturas en el mismo fémur (multi-nivel) resulta una patología poco frecuente con una incidencia objetiva desconocida.

Esta combinación de fracturas es potencialmente grave, generalmente son secundarias a traumas de alta energía en accidentes de tránsito (3,4). El aumento de accidentes de tránsito en nuestro país se ha convertido en un reto para el manejo en los centros de traumatología tanto por la complejidad de las lesiones como la rareza de estas.

Las secuelas de estas fracturas pueden ir desde infección en casos de fracturas abiertas, no unión o incluso artrosis. Debido a que no existe estándar de oro para su manejo (1,5), presentamos el caso de un paciente adulto que cursa con una triple fractura en el fémur izquierdo secundaria a un trauma en calidad de motociclista. Se identifica en radiografía fractura transcervical, diafisaria y del cóndilo femoral externo requiriendo ser llevado a reducción abierta más fijación interna en dos tiempos quirúrgicos.

Después de un seguimiento posoperatorio de 30 meses se encuentra consolidación de las fracturas, reintegración a actividad laboral y no se registra necrosis avascular en cóndilo femoral externo o cabeza femoral.

Autores: Jaime Leal, Paul Stangl

Instituciones: Hospital Universitario de La Samaritana, Pontificia Universidad Javeriana

Presentación del caso

Paciente masculino de 46 años quien presentó accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta, trauma en abducción en miembro inferior izquierdo, ingresa con diagnóstico de fractura abierta del cóndilo externo izquierda Gustilo & Anderson IIIA por tiempo de evolución más fractura diafisaria de fémur transversa y transcervical Garden III ipsilateral. (Ver Figura 1a, 1b y 1c).



Figura 1. 1a Radiografía AP de pelvis. 1b Radiografía de rodilla izquierda. 1c Radiografía de fémur izquierdo

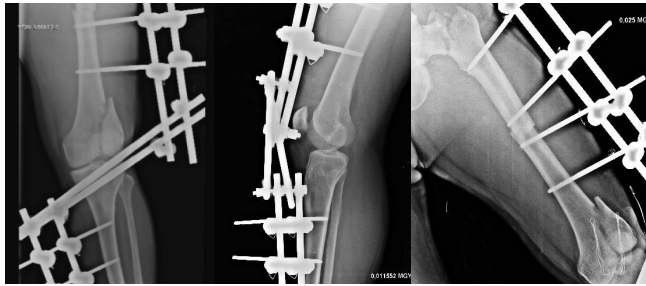


Figura 2. Manejo inicial con fijación externa de fémur izquierdo y tibia ipsilateral



Figura 3. Radiografía de pelvis

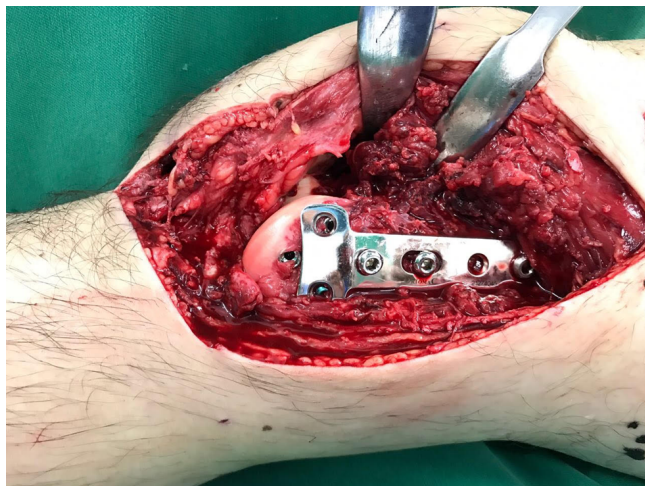


Figura 4. Segundo tiempo quirúrgico: Abordaje sub vasto fémur distal

Se lleva a Salas de Cirugía a lavado de fractura abierta y aplicación de fijador externo iliofemorotibial para control de daños. Inicio de manejo antibiótico biconjugado con gentamicina y cefazolina ajustado a peso. (Ver Figura 2 y 3)

Al 4 día posoperatorio de fijación externa iliofemorotibial izquierda se lleva a conversión de osteosíntesis, realizando retiro de fijador externo y por abordaje sub vasto izquierdo osteosíntesis del cóndilo externo. Posteriormente enclavijamiento de fémur retrogrado y finalmente osteosíntesis de fractura transcervical con sistema DHS más tornillo rotatorio y fijación con tornillos bloqueados cortos diafisarios para no interferir con clavo retrogrado.

Las siguientes imágenes son del control postoperatorio a los 28 meses. Adicionalmente se aplican escalas funcionales al paciente en dos oportunidades durante los controles. (Ver figura 5 y 6).

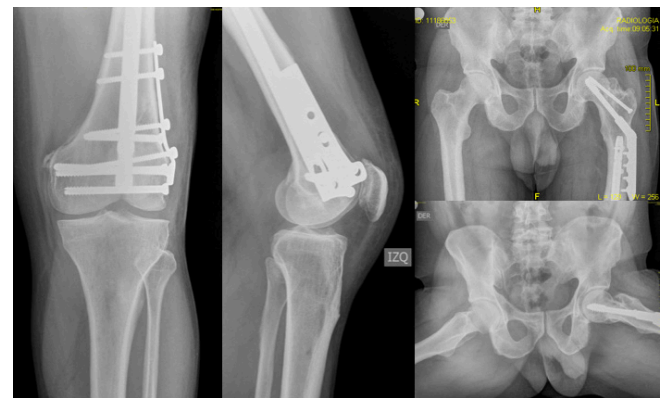


Figura 5. Radiografías de pelvis y de fémur distal

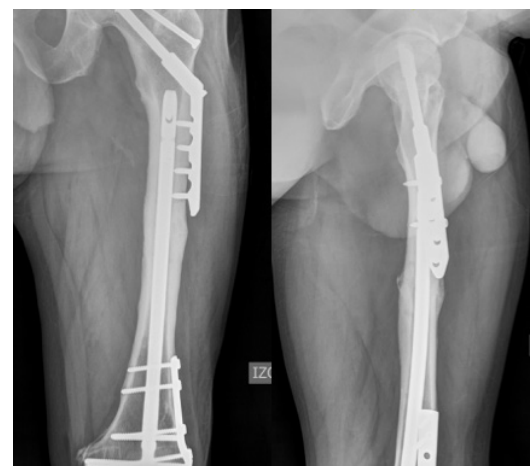


Figura 6. Radiografías de fémur postoperatorias

Escalas de calidad de vida y funcional

Tiempo	SF 36	Escala funcional m inferior
18 meses	80	40
30 meses	78	36

Discusión y Conclusión

Las fracturas multi-nivel de fémur resultan en una patología infrecuente que requiere una reducción y estabilización urgente(3), siendo un reto para el traumatólogo desde el abordaje al ingreso del paciente politraumatizado, el manejo quirúrgico definitivo y finalmente el proceso de rehabilitación. (1,2).

En nuestro caso el paciente requirió abordaje quirúrgico en dos tiempos, inicialmente se realizó control de daños con fijador externo trans-articular y posteriormente conversión quirúrgica a osteosíntesis definitiva con osteosíntesis del cóndilo femoral externo inicialmente más sistemas de fijación independientes "rendezvous"(2) clavo retrogrado de fémur y sistema DHS. El paciente logró reintegro laboral a los 10 meses y no se ha registrado cambios compatibles con necrosis avascular de la cabeza femoral, cóndilo femoral externo o infección.

Este caso permite evaluar que ante fracturas del cuello femoral asociado a medio diafisarias y distales del fémur, la fijación externa durante el control de años y la osteosíntesis definitiva temprana en segundo tiempo quirúrgico con clavo retrogrado y estabilidad relativa asociado a sistemas de fijación independientes con reducciones anatómicas y estabilidad absoluta a nivel articular e intracapsular (2,6) surge como una alternativa

válida, pues permite disminuir la complejidad del manejo del paciente en quirófano, ventajas que en pacientes politraumatizados, con múltiples fracturas, en obesos y en quienes tienen un alto riesgo quirúrgico, son estrategias que le permiten al traumatólogo considerar esta secuencia técnica como una alternativa terapéutica eficaz.

Bibliografía

1. Jones CB, Walker JB. *Diagnosis and Management of Ipsilateral Femoral Neck and Shaft Fractures. J Am Acad Orthop Surg.* 2018;26(21):e448–54.
2. Von Rüden C, Tauber M, Woltmann A, Friederichs J, Hackl S, Bühren V, et al. *Surgical treatment of ipsilateral multi-level femoral fractures. J Orthop Surg Res.* 2015;10(1):1–9.
3. Boulton CL, Pollak AN. *Special topic: Ipsilateral femoral neck and shaft fractures - Does evidence give us the answer? Injury [Internet].* 2015;46(3):478–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2014.11.021>
4. Puerta DGDEQ, Solis PJS, García LF, Fernández G. *Fracturas de cadera y diáfisis femoral ipsilaterales.* 1995;(Tabla I):151
5. Wolinsky PR, Lucas JF. *Reduction techniques for diaphyseal femur fractures. J Am Acad Orthop Surg.* 2017;25(11):e251–60.
6. Li T, Zhang Q. *Is Dynamic locking plate superior than other implants for intracapsular hip fracture.* 2018;0(November 2017).

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

65° Congreso Nacional

PT 45: SALVAMENTO DE EXTREMIDAD MACERADA MEDIANTE ENFOQUE ORTOPLÁSTICO CON ARTRODESIS TIBIOCALCÁNEA MAS COLGAJO SURAL.

Introducción

En la actualidad la accidentalidad en motocicletas viene en aumento y con ella las lesiones de tejidos blandos asociadas a fracturas con defecto óseo y destrucción articular la extremidad inferior es la más afectada con este tipo de lesiones requiriendo un abordaje integral usando diferentes técnicas reconstructivas buscando reestablecer la función de la extremidad con las menores secuelas posibles.

Caso Clínico

Masculino de 30 años víctima de AT, conductor de motocicleta, con luxofractura expuesta IIIb de tobillo derecho con gran defecto de cobertura anterolateral del tobillo y dorso del pie, con avulsión y pérdida ósea de peroné distal exposición de la articulación tibio talar y subastragalina asociadas a inestabilidad severa en varo así como lesión avulsiva de los tendones extensores de los dedos, estructuras ligamentarias laterales y lesión de la arteria pedia.

Autores: Ximena Ríos Garrido, Gerardo Vargas Liévano, Juan Reátiga Aguilar, María José Ramos P.

Instituciones: Universidad del Rosario, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Clínica Campbell

Ingreso del paciente

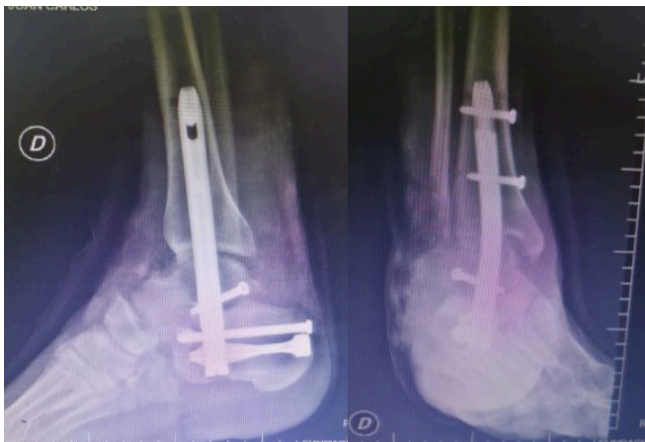
Lavado quirúrgico más estabilización con fijador externo transcalcáneo e inicio de antibiótico triconjugado.



Lavados quirúrgicos, se identificó infección por *E. Cloacae* y *Pseudomona putida* tratada con Cefepime por 20 días, luego Piperacilina Tazobactam por 7 días según recomendación del servicio de infectología.

PRIMER TIEMPO DE MANEJO DEFINITIVO

Artrodesis tibio talo calcánea con clavo Expert Han 30 días posterior al trauma.



SEGUNDO TIEMPO DE MANEJO DEFINITIVO

Se realiza colgajo neurofasciocutáneo sural 6 días después de la fijación, e injertos de piel para cobertura definitiva de área donante 2 semanas después.



Resultados



Se logró cicatrización de tejidos blandos.

Se controló la infección.

Recuperación de la función de la extremidad
Retoma sus actividades laborales y deportivas
4 meses después de la lesión.

Conclusión

El enfoque Ortoplástico para el manejo de este tipo de lesiones se ha convertido en una excelente opción terapéutica tratando de resolver de forma ágil y adecuada los grandes problemas producidos por las lesiones por aplastamiento de extremidades buscando la restauración funcional y mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados por traumas de alta energía.

Bibliografía

Tsai, Johnlong, Liao, Han Tsung, Wang, Po, Chen, Chien Tzung, Lin, Chih Hung, 2013/07/01, T1, Increasing the success of reverse sural flap from proximal part of posterior calf for traumatic foot and ankle reconstruction: Patient selection and surgical refinement, VL 33, 10.1002 / 22099, Microsurgery; Afifi AM, Mahboub TA, Losee JE, Smith DM, Khalil HH. The reverse sural flap: modifications to improve efficacy in foot and ankle reconstruction. Ann Plast Surg. 2008;61(4):430 6.; Bajantri B, Bharathi RR, Sabapathy SR. Wound coverage considerations for defects of the lower third of the leg. Indian J Plast Surg. 2012;45(2): 283 90; Quirino AC, Viegas KC. Fasciocutaneous flaps for covering foot and ankle injuries. Rev Bras Ortop. 2014;49(2):183 8.



El Presidente, la Junta Directiva
y los Miembros de la
**SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA SCCOT**
Lamentan el Fallecimiento de:

Dr. CARLOS ENRIQUE TRIANA

Padre de la Dra. Lina María Triana Lloreda
Presidenta de la Asociación Colombiana
de Sociedades Científicas, Mayo 2021

Dr. GUSTAVO ADOLFO BELTRÁN ZUCCARDI

Miembro Titular SCCOT
Bogotá, Junio 2021

Sr. GERMÁN VÁSQUEZ LUQUE

Padre del Dr. Germán Alejandro Vásquez Reina
Miembro Titular SCCOT
Villavicencio, Junio 2021

Sra. MARÍA VELANDIA DE GARZÓN

Madre del Dr. Jaime Orlando Garzón Velandia
Miembro Titular SCCOT
Junio 2021

Sra. NOHEMÍ GÓMEZ DE PARADA

Madre del Dr. Camilo Parada Gómez
Miembro Titular SCCOT
Junio 2021

Sra. OLGA RESTREPO DE ARANGO

Madre de los Drs. Pablo y Roberto Arango Restrepo
y esposa del Dr. Roberto Arango Sanín (Fall)
Miembros Titulares SCCOT
Chía – Cundinamarca, Junio 2021

Para sus familiares hacemos llegar nuestros más sinceros
sentimientos de condolencia.

Q.E.P.D.



PERLAS HISTÓRICAS

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO PARTE VI

Todas las grandes figuras en la historia de la ortopedia mundial estudiaron, investigaron y escribieron acerca de la tuberculosis del sistema esquelético. Los más importantes avances de la cirugía ortopédica obtenidos en el siglo XX se basaron en gran medida sobre los procedimientos de cirugías osteoarticulares practicadas para tratar la TBC, se destacan las diversas cirugías de la columna vertebral, las artroplastias y la artroscopia.

En 1.779 el talentoso y brillante cirujano Sir Percival Pott publica el libro “Lesiones neurológicas periféricas por compresión de la medula espinal”, es conocida como “Mal de Pott”, en 1.782 publica “Comentarios sobre una especie de parálisis de los miembros inferiores que con frecuencia se acompaña de una curvatura de la columna”, Preconizaba el tratamiento quirúrgico que consistía en abordar y drenar los abscesos vertebrales.

El otro cirujano fue Jean Paul David (1.737 – 1.784) que debido a la alta mortalidad que se presentaba en los casos de drenaje quirúrgico de los abscesos recomendaba el reposo prolongado con buenos cuidados de soporte, David describió por primera vez el absceso del psoas como una complicación de espondilitis tuberculosa decía que esta lesión podría mejorarse con tratamiento conservador, pero en casos especiales practicaba drenaje quirúrgico del absceso. En 1916 J Ridlon sostenía que los trabajos de

David en lo referente a la TBC espinal eran superiores a los de Pott y se refería a David como “el hombre que Pottio a Pott” y propuso que la afección de columna se denominara “Mal de David”. En 1.793 C Poutreau decía que la jibá estaba íntimamente asociada con la tisis y J M Delpech 1.777-1.832) sugirió que el mal de Pott debería llamarse “Afección tuberculosa de las vértebras” esta distinción fue útil para separarla de la escoliosis.

Richard Volkmann (1.830-1.889) famoso cirujano poeta y cuentista alemán dentro de sus muchos trabajos realizados sobre patología articular se destaca el tratamiento quirúrgico de la TBC espinal y de rodilla, practicaba drenaje de los abscesos y curetaje óseo utilizando un instrumento de su invención (cuchara) que lleva su nombre.

TRATAMIENTO CONSERVADOR ORTOPÉDICO

Fue practicado desde Hipócrates que empleaba métodos de compresión y tracción para reducir la jibá. En 1.813 este tratamiento es preconizado por Bayton que lo complementaba con reposo prolongado. En los USA E H Bradford a finales del siglo XIX corregía las deformidades de la columna usando una cincha colocando al paciente en una hamaca y luego lo inmovilizaba en un corsetts de yeso. Lewis Albert Sayre

(1.820-1.900) famoso cirujano Ortopedista de New York, que fue presidente de la asociación Médica Americana en 1880 trataba la afección con tracción por suspensión e inmovilización con una chaqueta de yeso, este método se difundió ampliamente por el mundo, además invento aparatos para el tratamiento ambulatorio de TBC espinal y otras deformidades de columna. J. E. Goldthwite (1.886-1.961) corregía la jibá con presión e inmovilización con yeso y Charles Fayette Taylor (1827-1899) combinaba la corrección practicando tracción presión, hiperextensión e inmovilización con chalecos de yeso, posteriormente mantenía las reducciones mediante un corset de su invención, escribió el libro “Sobre el tratamiento mecánico de la enfermedad de Pott en la espina”, además describió como el absceso frio era secuelas de una espondilitis tuberculosa que se drenaba a la región lumbar y de allí se diseminaba a la región iliaca y drenaba al musculo psoas, decía que su ruptura espontanea era causa de una infección secundaria, y la supuración crónica en el muslo podría conducir a un resultado fatal. Estos métodos fueron empleados en Inglaterra por Robert Jones.

En Francia F Calot (1861- 1.944) trataba la lesión con maniobras, pero al corset de yeso le abría una ventana posterior y a través de esta le colocaba una almohadilla que se le cambiaba regularmente, en 1.897 publicó el libro “Tratamiento del mal de Pott”, en este mismo año presento un trabajo en el 12º congreso internacional de Medicina celebrado en Moscú, su ponencia expuesta verso sobre “Resultados obtenidos en 204 pacientes con TBC de columna”.

Su tratamiento fue criticado y condenado por los ortopedistas investigadores A Lorenz, E Bradford y R Lovett, por sus grandes complicaciones presentadas a largo plazo. Calot abandono este tratamiento en 1.911,



Fig. 1 tratamiento ortopédico TBC espinal tracción mas inmovilización corsetts de yeso (Sayre)



Fig. 2 tratamiento ambulatorio para TBC espinal (Sayre 1879)



Fig.3 corsett de Charles F Taylor (1882)

sin embargo, su adicción a sus trabajos sobre TBC espinal contribuyeron al tratamiento de la Escoliosis. Fig. 1-2-3

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Inicialmente este tratamiento era practicado por muchos cirujanos y consistía en el drenaje del absceso espinal por aspiración, luego inyectaban soluciones para licuar el material caseoso, las soluciones eran una preparación con aceites, cloroformo. Alcanfor, y glicerina. En 1.774 el cirujano Platner describe la jibá y su tratamiento quirúrgico.

En 1.891 el cirujano Frances Víctor Menard (1.854-1.934) en el Hospital Maritime de la Ville de Paris crea un servicio para tratar tuberculosis ósea y articular, tres años después describe el tratamiento y resultados de 3 casos de paraplejia Pottica manejados en forma diferente, en el 1° caso lo trata con laminectomía, que no beneficio al paciente, el 2° con drenaje del absceso paravertebral, y el 3° fue cuidadosamente planeado y se practicó drenaje del absceso y por primera vez efectuó una costotransversectomía.

En esta misma ciudad en 1.893 se realizó también por primera vez una artrodesis de la columna para tratar un mal de Pott, el procedimiento fue practicado por el famoso neurocirujano Antonie Chipart (1.866-1.920), se interesó particularmente en la cirugía de la medula espinal, en 1.896 reporto sus resultados del tratamiento con artrodesis de la columna usando alambres de plata pasados a través de las apófisis espinosas, además fundo en Francia la especialidad de neurocirugía.

En 1.902 el cirujano Alemán Fritz Lange (1.864-1952) practica artrodesis de la columna insertando una barra de acero

enchapada en estaño, la colocaba al lado de las apófisis espinosas y la aseguraba con suturas pasadas a través de los ligamentos interespinosos. Emil Beck de Chicago en 1.909 como tratamiento de las fistulas preparo una pomada compuesta por 1/3 de bismuto y 2/3 de vaselina y que se conoció popularmente como "Pasta Beck" y fue ampliamente usada no solo en infecciones tuberculosas sino también en infecciones piógenas; en años posteriores añadió a la formula yodoformo y se conoció como "Pasta Bip" (pasta bismuto más yodoformo); luego a este producto se le adiciono parafina y se conoció como "Pomada Bipp" (pasta de bismuto, yodo, parafina), estos productos se utilizaron ampliamente en el tratamiento de heridas infectadas en la I y II guerras mundiales.

En 1.912 el cirujano ortopedista Norteamericano Russel A. Hibbs (1.869-1.932) describió su método de artrodesis de la columna por vía posterior, utilizo injertos óseos tomado de las apófisis espinosas; durante 18 años trabajo escribió y publico numerosos artículos sobre las bondades de su técnica de fusión, así como de sus modificaciones para tratar no solo la TBC sino otras lesiones de la columna como escoliosis. En este mismo año otro Ortopedista de los USA Fred Albee (1876-1945) artrodesa la columna usando injertos óseos tomados de la tibia. A raíz de estos trabajos se inicia toda una época de estudios, investigaciones modificaciones de artrodesis de columna empleando diversas vías de abordaje y usando diversos materiales de osteosíntesis.

En 1.934 un grupo de cirujanos de Kioto en cabeza de Hirumo Ito publican una operación radical para el mal de Pott que consiste en remover el hueso enfermo, corregir la deformidad y fusionar la columna con un injerto de la tibia colocado anteriormente. Todas las diversas técnicas de artrodesis



Fig. 4 fusión columna vertebral combinación técnicas Russell Hibbs y Fred Albee (1912).

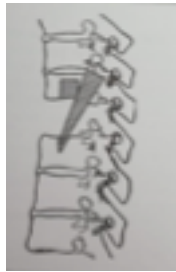


Fig. 5 fusión columna por TBC técnica Hirumo Ito (1934)



Fig. 6 Dr. Arthur R. Hodgson



Fig. 7 TBC Columna Lumbar



Fig. 8 Fijación anterior columna Técnica Hodgson (1956)

se complementaban con el uso de un corset de yeso. En 1.956 el brillante Ortopedista Ingles Arthur Ralph Hodgson que ejercía en Hong Kong, se consideró en el siglo XX una autoridad mundial en el tratamiento de tuberculosis de la columna, en 1.956 preconizaba el abordaje anterior para realizar la artrodesis; publico muchos artículos sobre los hallazgos patológicos de la TBC espinal. En 1.960 publica en el Brit Journal su abordaje quirúrgico y hallazgos patológicos de 412 pacientes tratados de mal de Pott. Fig. 4-5-6-7-8.

El tratamiento de la PARAPLEJIA POTTICA se inicia con Pott en 1.779, dos años después Macewen práctica laminectomía descompresiva.

En 1894 Meynard practica costotransversectomía para descomprimir la medula y que es practicada nuevamente por Copener en 1.954. Muchas de estas técnicas quirúrgicas son empleadas en el tratamiento de otras patologías de la columna incluyendo las traumáticas

ARTRITIS TUBERCULOSA

El tratamiento de las articulaciones periféricas afectadas de TBC, en general siguen los principios de la osteoartritis de la columna y se manejaban conservadoramente o con cirugía En 1.782 el cirujano Frances Henry Park (1.745-1.831) trato un paciente con resección de la articulación y en 1.806 junto con F P Moreau publican varios artículos sobre la práctica de este procedimiento.

El Frances Amedee Bonnet (1.802-1.858) publico las deformidades de los miembros inferiores causadas por lesiones que afectaban las caderas y rodillas como la TBC lo cual era causa de limitación funcional, para tratar estas lesiones invento unos aparatos para inmovilizar estas articulaciones, y eran

fabricados con varias clases de materiales. Otros autores idearon diversas férulas y braces algunos con aditamentos para darle movilidad a la articulación o practicar tracción activa. Por esta época se presentaron serias controversias entre los defensores del reposo absoluto y los que preconizaban la movilidad y o la tracción. En 1.863 H G Davis sostenía que con la tracción se evitaba la presión destructiva de la articulación y que era deseable algún grado algún grado de movilidad; por el otro lado estaba Louis Bauer, que sostenía que la movilidad era inadecuada y proponía reposo absoluto de la articulación en una posición adecuada.

En Inglaterra el talentoso Ortopedista Hugh O Thomas (1.834-1.891) invento una variedad de braces para el tratamiento de artritis de cadera y rodilla entre los que incluía los de uso ambulatorio.

El tratamiento quirúrgico de la TBC de rodilla era manejado con varios procedimientos que incluían sinovectomía parcial o total, resección articular o artrodesis. La artrodesis intraarticular fue introducida por M Baker en 1.887 (la fijaba con pines de marfil).

En 1.932 John Albert Key introduce en los USA la artrodesis por compresión que fue popularizada en 1.950 por John Charnley (1.911-1.982). La sinovectomía era practicada en adultos, pero especialmente en niños y adolescente, este procedimiento fue estudiado, investigado y practicado por M C Wilkinson, sus trabajos fueron reportados en muchos artículos publicados desde 1.953, era practicada en forma total o parcial o bien como complemento de una resección de la articulación o artrodesis.

La TBC de cadera era tratada con diferentes procedimientos quirúrgicos como la resección articular practicada y popularizada por



Fig. 9 Brace Hugh O. Thomas



Fig. 10 una de las varias técnicas de artrodesis de cadera

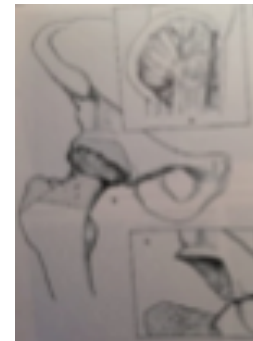


Fig. 11 artroplastia de resección de la cadera de Gathorne R Girdlestone

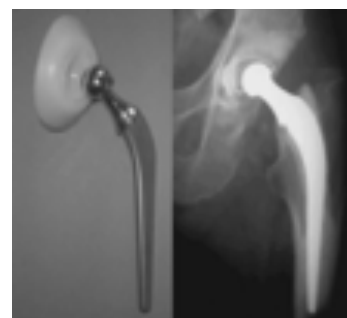


Fig. 12 Artroplastia de baja fricción. (Charnley)

Gathorne R Girdlestone (1881-1.940) cuya operación está bien descrita en su libro “Tuberculosis de huesos y articulaciones” publicado en 1.940, sin embargo, esta cirugía había sido propuesta por Ch White en 1767. Otro procedimiento practicado con frecuencia era la artrodesis intraarticular extraarticular o combinada preconizada por D Bosworth en 1.940, este famoso Ortopedista durante varios años publico libros y artículos sobre el tratamiento de tuberculosis osteoarticular.

Otras técnicas populares de artrodesis de cadera fueron las practicadas por H A Brittain en 1.942. fig.9-10-11-12. A partir de la década de 1960 sus secuelas se comenzaron a tratar con diversas artroplastias de cadera.

La tuberculosis de la diáfisis de los huesos largos era conocida desde el siglo XVII, pero fue bien estudiada en su diagnóstico y tratamiento por C K Hsieh y colaboradores en 1.934. Su tratamiento es similar al empleado en la osteomielitis crónica causada por otros gérmenes.

Esp cir orthop Traumatol. 1.998; 42: 231-42.

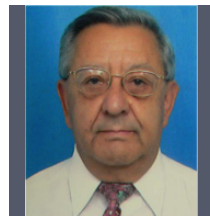
5- Taylor R G, Girdlestone G R *Clin Orthop* 173, 1983; 125-29.

6- Bosword D M: *Treatment of tuberculosis of bone and joint, Bull NY. Acad Med.* 35: 167;1.959.

7- Charnley J: *Compresion arthrodesis. Edimburg.* 1.953 E y SLivingstone. Ltd.

8- Hodson A R, Stoc F E: *Anterior Spin e Fusion for the treatment of tuberculosis of Spine: the operative findings and results of treatment in the first one hundred cases. J Bone Joint Surg* 49 A: 1147-1156; 1.967.

9- Wilkinson M C: *Parcial synovectomy in the treatment of tuberculosis of the knee. J Bone Joint Surg* 44 B: 34, 1.962



Dr. JOSÉ MANUEL PINZÓN ROJAS
Miembro Honorario
Historiador SCCOT

Bibliografía

1- Peltier L.: *Orthopaedics. A History and Iconography.* Ed Norman Publishing. San Francisco 1.993.

2- Rang M: *The History of Orthopaedics.* Ed W B Saunders Co Philadelphia 2.000.

3- Campbell W C: *Cirugia Ortopedica* 1981 tomo I sexta Ed, Ed Medica Panamericana S.A Buenos Aires 1.981.

4- Herrera A, Rodríguez J, Thomas V, Calvo A: *Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott. Rev*

PRÓXIMOS EVENTOS

¡Es el momento de reencontrarnos
con amigos y colegas!

Nos vemos en

CARTAGENA

 Congreso Nacional **SCCOT**
Cartagena - Colombia 4-7 | 08 | 2021

 75 AÑOS



VIRTUAL

EL 17° CCR

Encuentro
Latinoamericano
de Cirujanos de
Cadera y Rodilla

25-28 | AGO | 2021

Sociedad invitada
 **AAHKS**
AMERICAN ASSOCIATION OF
HIP AND KNEE SURGEONS

Nación invitada
 **CHILE**

 75 AÑOS

 ELCCR





Comité Editorial SCCOT:

Presidente: Dr. José Luis Osma Rueda

Secretario General: Dr. Rodrigo Vargas Lara

Director de Publicaciones: Dr. Juan Manuel Herrera Arbeláez

Gerente General: Dr. Mauricio Prieto Erazo

Producción Editorial y Diseño: Leidy Ochoa - Jessica Chávez

MAYO
JUNIO

2021

Calle 134 No. 7B - 83 Oficina 201 - Bogotá - Colombia

Teléfonos: (571) 625 7445 / Fax: (571) 625 7417

www.sccot.org.co

secretaria@sccot.org.co



facebook.com/
sccot.sociedad



@sccotcolombia



SCCOT COLOMBIA



sccotcolombia



Sociedad
Colombiana
de Ortopedia