



Newsletter

de la Asociación Argentina de Artroscopía

Salta 2017



ISAKOS – Segundo Vicepresidente Dr. Guillermo Arce

La AAA felicita y con gran orgullo anuncia que el Dr. Arce fue electo Segundo Vice Presidente en el Congreso Bianual de ISAKOS en Junio 2017, Shanghai. El Dr. Arce asumirá como Presidente de la International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine en el período 2021 -2023.



Socios Fundadores:

*Dr. Muscolo Domingo Luis
Dr. Berenstein Mario
Dr. Ranalletta Alejandro
Dr. Mazzucco Marcelo
Dr. Aparicio José Luis
Dr. Arce Guillermo
Dr. Bielsa Horacio
Dr. Kobrinsky Pablo
Dr. Pienovi Alberto
Dr. Ayerza Iván
Dr. Casullo Edgardo
Dr. Pavón Salvador
Dr. Piñeiro Manuel
Dr. Gioiosa Raúl
Dr. Tacus Leonardo
Dr. Makino Arturo
Dr. Caleta Esteban
Dr. Donaldson Malcolm
Dr. Lacroze Pablo
Dr. Chan Daniel
Dr. Madero Raúl*

Primera CD 1988 – 1990

*Presidente
Dr. Domingo Luis Muscolo
Vicepresidente
Dr. Mario Berenstein
Secretario
Dr. Alejandro Ranalletta
Tesorero
Dr. Marcelo Mazzucco
Director de Publicaciones
Dr. José Luis Aparicio
Vocales
Dr. Guillermo Arce
Dr. Horacio Bielsa
Dr. Pablo Kobrinsky
Dr. Alberto Pienovi*

Bienvenidos al X Congreso Nacional de Artroscopía

Elegimos a Salta, “la linda”, como sede en esta ocasión, para conmemorar además los 30 años de nuestra querida Asociación.

Un primer agradecimiento a sus socios fundadores. Ellos son quienes el 21 de Octubre de 1987 reunidos en la sede provisoria CINEOT, constituyeron la Sociedad Argentina de Artroscopía.

*Tres décadas trabajando en pro de cumplir los objetivos planteados en esa fecha: **Contribuir al progreso de la medicina en el campo de la Artroscopía, y otros aspectos relacionados con la misma.***

Podemos decir hoy, con orgullo, que cada presidencia ha sumado un ladrillo en esa noble tarea de construir una entidad de prestigio.

Cabe recordar, la primera reunión científica que se realizó el 29 de Junio de 1988; y las primeras Jornadas con 90 inscriptos el 30 de Noviembre de ese mismo año.

Esta es una entidad que existe por y gracias a sus miembros; y es importante mencionar, continuando con las fechas importantes, a Marta Chabalgoity, quien cumple 30 años en la AAA, nombrada secretaria allá por noviembre de 1988. También este año, nuestra tan querida Laura Espósito, quien ocupa la Gerencia Ejecutiva, cumple 25 años con nosotros.

30 años han pasado y actualmente la Asociación posee sede propia, cuatro secretarías, estudio de contadores, estudio de abogados, revista, 1100 socios aproximadamente; y seguimos creciendo, y contribuyendo a que la artroscopia en Argentina alcance estándar internacional.

Durante el congreso les iremos informando todas las actividades que está desarrollando la actual Comisión Directiva con sus Comités.

Esperamos que todos podamos disfrutar este congreso desde el punto de vista científico y social. Nuevamente, bienvenidos!

Dr. Rodrigo Maestu

Hace ya casi un siglo Gardel decía que 20 años no es nada..... por lo cual creemos que 30 son menos todavía...

El pasado 26 de junio, al finalizar la Reunión Científica, se reabrieron las puertas de nuestra remodelada sede. Estaban la mayoría de los integrantes con los cuales durante estos años se compartieron distintos momentos.

Se escucharon retos y nada se tardó en reconocer que Marta estaba ahí, casi como el primer día de la Asociación cuando sus instalaciones todavía funcionaban en la sede de la AAOT. Porque Marta es el Alma Mater de esta Asociación, es la que contó una y mil veces como allá por el año 1987, se juntaban médicos de distintos puntos de nuestro país para comenzar a fundarla. Muchos nombres que es mejor omitir para evitar olvidarnos de algunos comenzaban a forjar este proyecto, quizás soñado por pocos, pero anhelado por muchos.

No tardaron en llegar las Jornadas para Especialistas Argentinos que recorrieron el país de Norte a Sur y de Este a Oeste. Pasamos por Salta, Chubut, Córdoba, Mendoza, Tucumán, Tierra del Fuego, Misiones, Rio Negro.

Durante estos años además de crecer institucionalmente, se han creado lazos Internacionales: SLARD, ISAKOS, AOSSM, ESSKA, por nombrar algunas de ellas.

El crecimiento exponencial de los asistentes a nuestro Congreso Internacional organizado cada 2 años, nos ha obligado a reorganizar las agendas de los mismos y convocar invitados de renombre internacional que se fueron convirtiendo de a poco en amigos incondicionales. Es así como es común encontrarnos en los pasillos del Hilton cuando realizamos nuestro Congreso con Jeffrey Abrams, Steven Arnoczky, Christopher Harner, Brian Cole, entre otros.

Nuestros Cursos de Especialistas Superiores que incluyen cadavéricos, on line etc, nos vieron muchas veces en la obligación de tener que limitar las vacantes, algo impensado hace unos años.

Mientras tanto seguimos andando, afortunadamente con muchos de los que iniciaron este proyecto, con la tranquilidad de que los que partieron seguramente están regocijados si nos están viendo desde algún lado, el camino sigue...

Dr. Fabián Mamone

Director de Publicaciones

TRAVELLING FELLOW AAA – SIGASCOT (Mi experiencia)

Quiero transmitirles mi experiencia como Travelling Fellow en Italia que transcurrió en el 2016, gracias al convenio que existe entre la Asociación Argentina de Artroscopia y la SIGASCOT (Italia), hecho que describo como una experiencia enriquecedora e inolvidable, tanto en lo profesional como en lo personal.

El viaje duró 15 días, en los cuales estuve en tres ciudades, ROMA, FLORENCIA y PALERMO. Desde el momento del arribo a la capital italiana, que fue mi primer destino, la calidez con la que me recibieron mis colegas, hicieron que me sienta cómodo y siempre estuvieron muy dispuestos.

En esa ciudad mi Host fue el Prof. Dr. Giuseppe Milano, una gran persona y excelente cirujano, con el que pude compartir momentos en el quirófano, en el Hospital Agostino Gemelli. Luego de intensas jornadas quirúrgicas, con él y su equipo me mostraron los más típicos lugares de Roma, simplemente increíble.

La escala siguiente fue FLORENCIA, qué decir de esta pequeña y bella ciudad, allí pude asistir al Congreso Nacional de la SIGASCOT y compartir con el Dr. Daniel Slullitel, algunas jornadas del congreso y la cena de cierre del mismo., mi Host en esta ciudad fue el Dr. Francesco Giron y mi lugar de asistencia a cirugías fue el Hospital Careggi, un centro de referencia en Italia por su excelencia e intensa actividad.

La ciudad siguiente y última escala fue PALERMO en la isla de Sicilia, allí me estaban esperando miembros del equipo del Prof. Dr. Stefano Zaffagnini, quienes me hicieron conocer esta pintoresca ciudad, llena de historia y en donde pude degustar típicas comidas a orillas del mar mediterráneo. La actividad en quirófano en esta ciudad se desarrolló en un pueblo llamado Bagheria donde se encuentra el centro quirúrgico Rizzoli de Sicilia (dependiente del Instituto Ortopédico Rizzoli de Bologna), allí pude observar al Dr. Zaffagnini en quirófano, su técnica personal para LCA + ALL y Transplantes Meniscales, realmente muy interesante.

En síntesis, el Travelling Fellow significó para mí una oportunidad única para intercambiar información, conocimientos y experiencias con diferentes cirujanos artroscopistas del mundo como así también establecer lazos de amistad con ellos, esto último es lo más valioso que me llevo de esta increíble experiencia, gracias a la Asociación Argentina de Artroscopia por darme esta oportunidad.

Dr. Manuel Pérez Zabala

Tenodesis Extra-Articular Lateral en la Reconstrucción del Ligamento Cruzado Anterior

Dr. Juan Pablo Previgliano, Dr. Luis Rosello, Dr. Guillermo Arce.

IADT, Buenos Aires, Argentina.

Indicaciones:

- ◆ Inestabilidad residual en reconstrucciones intra-articulares de LCA, con Pivot Shift positivo.
- ◆ Ruptura Crónica de LCA.
- ◆ Revisión de reconstrucción de LCA.
- ◆ Fracturas de Segond.
- ◆ Deportes con pivoteo (fútbol, rugby, ski).
- ◆ Pacientes con hiperlaxitud ligamentaria.

En los casos mencionados ante la presencia de inestabilidad antero-lateral rotacional, sugerimos sumar a la reconstrucción del LCA la reparación del Ligamento Antero-Lateral o complementar con tenodesis extra-articular lateral.

Técnica quirúrgica.

Una vez realizada la reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior pero antes de realizar la fijación en tibia del injerto procedemos a realizar la técnica de tenodesis extra-articular.

Localizamos el epicóndilo, el Tubérculo de Gerdy, la cabeza del peroné y el resto de referencias de la región lateral de la rodilla. Diseñamos una incisión de unos 10 cm (Foto 1). Una vez realizada la incisión de piel y del tejido celular subcutáneo, localizamos y limpiamos la fascia obteniendo una lonja o tira de la Bandeleta Iliotibial de 1-1,5 cm de ancho por 8-9 cm de longitud, conservando la inserción distal en el Tubérculo de Gerdy. Dicho segmento será utilizado como simple fascículo para realizar la tenodesis extra-articular. Respetamos unos milímetros desde el borde posterior de la bandeleta al tabique intermuscular lateral para facilitar el cierre.

En el extremo libre del segmento obtenido de la bandeleta realizamos un punto con sutura fuerte, que luego nos permitirá manipularlo y traccionar del mismo (Foto 2).

Posicionando el miembro inferior con la maniobra del cuatro, localizamos el ligamento colateral lateral guiándonos desde el epicóndilo hacia la cabeza del peroné.



Foto 1. Segmento de Bandeleta Iliotibial.



Foto 2. Localización y marcación pre-operatoria.

Debemos tener en cuenta al realizar esta maniobra de localización que proximal al epicóndilo se encuentra un paquete vascular, que corresponde a la arteria genicular superolateral de la rodilla, rama de la arteria poplítea.

Incidimos el borde anterior y posterior del LCL y luego generamos un ojal por debajo del mismo, evitando lesionar el tendón del musculo poplíteo, que se localiza inmediatamente posterior y distal.

Introducimos por dicho ojal el segmento de la Bandeleta Iliotibial dirigiéndolo de distal a proximal, pasando bajo el LCL (Foto 3).

Se localiza a continuación en el cóndilo lateral un punto isométrico, aproximadamente 1 cm por encima y por detrás del epicóndilo, donde se proceda a anclar el extremo libre del segmento de Bandeleta Iliotibial con 1 grapa de 8 mm. Esta fijación se realiza manteniendo la rodilla en 60 grados de flexión y en rotación neutra (Foto 4)

Una vez finalizada la tenodesis extra-articular se realiza la fijación tibial del injerto del ligamento cruzado anterior reconstruido en forma anatómica.

Tenodesis extra-articular con segmento de Bandeleta Iliotibial en simple fascículo para el tratamiento de la inestabilidad antero-lateral rotacional (Foto 5).



Foto 3. Pasaje del Segmento de Bandeleta Iliotibial por debajo del Ligamento Colateral Lateral



Foto 4. Fijación con grapa en el cóndilo externo.



Foto 5. Tenodesis Extra-articular Lateral Finalizada

Actividades Científicas de la AAA 2017

- ◆ Curso Online de Iniciación Teórico en Artroscopia (marzo a octubre).
- ◆ Curso Anual Oficial Cirugía Artroscópica de la AAA (marzo a octubre)
- ◆ Curso Oficial de Instrumentación Quirúrgica – online y presencial
- ◆ Curso online de Cirugía Artroscópica de Cadera
- ◆ Curso online de Actualización en Artroscopia de Hombro y Cirugías en Vivo
- ◆ Curso Anual Oficial Cirugía Artroscópica - organiza AAA - Asociación Artroscopia de Paraguay y SPARD (abril a octubre)
- ◆ XXIV Curso Superior de Rodilla con Laboratorio Cadavérico, Universidad Maimónides (4 julio)
- ◆ XXV Curso Superior de Rodilla con Cirugías en Vivo y Laboratorio Cadavérico, Universidad Nacional de Rosario (11 y 12 agosto)
- ◆ Curso Avanzado de Cirugías en Vivo de Rodilla sobre Reconstrucción del LCA, Córdoba (29 septiembre).
- ◆ XXVI Curso Superior de Hombro con Laboratorio Cadavérico, Universidad Maimónides (5 octubre).
- ◆ Reuniones Científicas, AAOT (último lunes de cada mes)
- ◆ Reuniones Científicas del Interior: Neuquén, Chaco - Corrientes, San Luis, Mendoza, Córdoba.
- ◆ X Congreso de Especialistas Argentinos en Artroscopia, Salta (1 al 3 noviembre)

Este año implementamos el Primer Registro Nacional de LCA. Un Registro que permite tener una estadística real de lo que se está haciendo a nivel Nacional. Creemos que es un primer paso muy importante para poder desarrollar otros proyectos con otras patologías y también desarrollar, en un futuro cercano, estadísticas prospectivas para poder presentar trabajos con casuística competitiva a nivel internacional a nombre de la **Asociación Argentina de Artroscopía**.

Se puede completar desde su computadora, smartphone o tablet después de una intervención. Además, se pueden cargar cirugías primarias y de revisión, así también como todas las lesiones asociadas que se encuentren durante el procedimiento.



SEDE REMODELADA



Ceremonia de inauguración



El 26 de junio, al finalizar la Reunión Científica, se realizó la inauguración de la sede de la AAA con la Comisión Directiva y ex Presidentes.

Reunión de la comisión directiva



28 de agosto - Reunión de la Comisión Directiva y el Comité del Interior al finalizar la Reunión Científica en AAOT CABA

XXV Curso de Cirugía en Vivo y Laboratorio Cadavérico de la Asociación Argentina de Artroscopia

El 11 y 12 de agosto se llevó a cabo, bajo la Dirección del Dr. Daniel Slullitel, el XXV Curso de Cirugía en Vivo y Laboratorio Cadavérico de la AAA en la ciudad de Rosario.

Además participaron los Travelling Fellows ESSKA SLARD - Dr. Joan Carles Monllau, Godfather, y los Travelling Fellows, Dr. Peter Albert Johannes de Leeuw, Dr. Ege-men Altan, Dr. Alexandros P. Apostolopoulos.



Curso avanzado de cirugías en vivo de rodilla



*29 de agosto - Curso Avanzado de Cirugías en Vivo de Rodilla sobre Reconstrucción del LCA de la AAA
- Sanatorio Allende Córdoba*

Curso superior de hombro



*5 de octubre - XXVI Curso Superior de Hombro con Laboratorio Cadavérico de la AAA,
Universidad Maimónides*

Does Allograft Augmentation of Small-Diameter Hamstring Autograft ACL Grafts Reduce the Incidence of Graft Retear?

Andrew T. Pennock,^{1,2,3} MD, Brian Ho,⁴ BA, Kristina Parvanta,¹ ATC, OPA-C, Eric W. Edmonds,^{1,2} MD, Henry G. Chambers,^{1,2} MD, Joanna H. Roocroft,² MA, and Tracey P. Bastrom,³ MA
Investigation performed at Rady Children's Hospital, San Diego, California, USA

Varios estudios en la literatura, reportan la importancia del grosor de los injertos Semitendinoso-Recto Interno como factor de riesgo en la Re ruptura de la Plástica del Ligamento Cruzado Anterior (LCA), hallando como el grosor de corte 7mm. El hallazgo intraoperatorio de injertos de bajo grosor no es infrecuente. Cuando esto sucede, el cirujano tiene varias opciones, las cuales incluyen: (1) aceptar el tamaño pequeño del Injerto; (2) realizar una aumentación con un Aloinjerto; (3) realizar una aumentación con un auto injerto de la Rodilla contralateral; y, (4) realizar cada injerto de manera Triple o Cuádruple, para crear un injerto mas ancho.

El objetivo de este trabajo es la evaluación Clínica y de Falla de la plástica de LCA en pacientes adolescentes con Injertos de bajo grosor (menor a 7mm), a quienes se les realizó una aumentación con Aloinjerto, o a quienes se aceptó el grosor menor a 7mm.

Entre los años 2003 y 2014 se realizaron 385 Plásticas de LCA, de las cuales 50 (13%) tuvieron un Injerto de Semitendinoso-Recto Interno menor a 7 mm. Los pacientes fueron agrupados en grupos de acuerdo si el cirujano realizó una aumentación con Aloinjerto (n=26) o si realizó la plástica con el injerto obtenido (n=24). El diámetro promedio del grupo con aumentación fue de 8.9mm, y de 6.4 mm del grupo sin aumentación. A los 3 años de seguimiento, 6 (30%) pacientes del grupo con aumentación sufrieron re ruptura, contra solo 1 (5%) del grupo sin aumentación. Sin encontrarse diferencias con respecto a la evaluación clínica (Lysholm, Tegner) en ambos grupos.

Concluyendo, la aumentación de injertos de pequeño grosor con Aloinjerto no reduce la re-ruptura, sino que por el contrario aumenta esta complicación, sin diferencias en las evaluaciones clínicas.

Pediatric Anterior Cruciate Ligament Reconstruction

A Systematic Review of Transphyseal Versus Physeal-Sparing Techniques

Todd P. Pierce,¹ MD, Kimona Issa,² MD, Anthony Festa,³ MD, Anthony J. Scilla,^{1,2} MD, and Vincent K. McInerney,² MD
Investigation performed at the Department of Orthopaedics, School of Health and Medical Sciences, Seton Hall University, South Orange, New Jersey, USA

Aunque algunos cirujanos artroscopistas tratan las rupturas de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) en pediátricos de manera conservadora, una gran cantidad de estudios muestran la superioridad del tratamiento quirúrgico. La reconstrucción del LCA en pacientes con esqueletos inmaduros se está convirtiendo cada vez más frecuente, para dicha reconstrucción se pueden utilizar técnicas transfisarias o técnicas saltando la fisis.

En esta revisión sistemática se utilizaron los buscadores PubMed, EBSCO Host, y SCOPUS, y se descartaron los siguientes: 1. Artículos escritos en lengua distinta a la inglesa, 2. Reporte de casos aislados, 3. Pacientes con lesiones multiligamentarias, 4. Estudios sin un seguimiento específico, 5. Estudios con una mezcla de técnicas, y, 6. Estudios realizados en animales. Luego de esta exclusión quedaron 18 transfisarios (n= 491 rodillas) y 6 saltando la fisis (162 rodillas), trabajos que evaluaron la incidencia de trastornos en el crecimiento. Y, 20 transfisarios (n= 772 rodillas) y 6 saltando fisis (n= 162 rodillas) que evaluaron la supervivencia del injerto.

Con respecto a trastornos en el crecimiento fue similar en las dos técnicas quirúrgicas. En el grupo de transfisaria, luego de 6 años de seguimiento solo 4 pacientes tuvieron una discrepancia mayor a 1 cm (0.81%), y 3 pacientes una deformación angular (0.61%). Dentro del grupo de la técnica saltando la fisis, 2 pacientes tuvieron discrepancia de longitud (1.2%) y no se presentaron deformaciones angulares. Esto demuestra que no hubo diferencias significativas con respecto a trastornos en el crecimiento y deformaciones angulares.

El índice de re ruptura fue similar en ambos grupos, siendo de 6.2% en el grupo de transfisario a 6 años; y de 3.1% a 5 años de seguimiento en el grupo de la técnica saltando la fisis.

Increased Risk of Revision After Anteromedial Compared With Transtibial Drilling of the Femoral Tunnel During Primary Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Results from the Danish Knee Ligament Reconstruction Register

Lene Rahr-Wagner, M.D., Thies Munchahn Thillemann, M.D., Ph.D., Alma Besic Pedersen, M.D., Ph.D., and Martin Caine Lind, M.D., Ph.D.

La posición del túnel femoral en la Plástica del Ligamento Cruzado Anterior (LCA) es crucial para un buen resultado en el Postoperatorio; teniendo para la realización de dicho túnel dos opciones, la realización Transtibial (TT) o la realización transportal anteromedial (AM). En la tradicional técnica TT, la ubicación del orificio femoral está limitada por la angulación del túnel tibial; para una mejor ubicación del túnel femoral, O'Donnell en 1995 describió un método alternativo para la realización del túnel femoral a través del portal anteromedial.

El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados clínicos y el índice de falla de las plásticas de LCA, según se haya realizado la técnica TT o AM.

El Registro Danés de Reconstrucción Ligamentaria de la Rodilla (DKRR), una base de datos creada en Julio 2005, con el propósito de mejorar el monitoreo y la calidad de la reconstrucciones ligamentarias. Desde el 2006 a la fecha más del 85% de todas las reconstrucciones ligamentarias del país son reportadas en este sistema de base de datos.

En las siguientes tablas se muestran las características demográficas y las causas de ruptura en ambos grupos.

Table 1. Demographics

| Demographic | Femoral Tunnel Placement Technique | | P (χ ²) |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| | Anteromedial (n = 1,945) | Transtibial (n = 6,430) | |
| Gender | | | |
| Male | 1,193 (1,193/1,945 = 61%) | 3,812 (3,812/6,430 = 59%) | .11 |
| Female | 752 (752/1,945 = 39%) | 2,618 (2,618/6,430 = 41%) | |
| Age at time of surgery | | | |
| ≤ 20 years | 527 (27%) | 1,680 (26%) | .40 |
| > 20 years | 1,417 (73%) | 4,751 (74%) | |
| Meniscal treatment | | | |
| Yes | 779 (40.1%) | 2,448 (38.1%) | .12 |
| No/missing | 1,166 (59.9%) | 3,982 (61.9%) | |
| Cartilage damage | | | |
| Yes/missing | 348 (17.9%) | 1,405 (21.9%) | .00 |
| No | 1,597 (82.1%) | 5,025 (78.1%) | |
| Prior surgery on the knee* | | | |
| Yes | 441 (22.8%) | 1,701 (26.6%) | .001 |
| No | 1,491 (77.2%) | 4,699 (73.4%) | |
| Sport activity leading to tear* | | | |
| Yes | 1,562 (80.4%) | 5,189 (81%) | .57 |
| No | 380 (19.6%) | 1,216 (19%) | |
| Graft choice† | | | |
| BPTB | 183 (10.0%) | 879 (14.3%) | .00 |
| STG | 1,646 (90.0%) | 5,242 (85.7%) | |

BPTB, bone-patellar tendon-bone autograft; STG, semitendinosus/gracilis autograft.

Prior surgery on the knee and *Sports activity leading to tear* do not add up to 3,875 because some data were not registered by the operating surgeon.

†Four hundred twenty-six variables are either missing or other graft types which are not included in this table.

Table 2. Causes of Revision Surgery

| Cause | Femoral Tunnel Placement Technique | |
|--|------------------------------------|--------------|
| | Anteromedial | Transtibial |
| New trauma | 16 (42.1%) | 40 (38.8%) |
| Tunnel widening | 1 (2.6%) | 3 (2.9%) |
| Suboptimal placement of graft in tibia | 3 (7.9%) | 8 (7.8%) |
| Suboptimal placement of graft in femur | 3 (7.9%) | 13 (12.6%) |
| Infection | 5 (13.2%) | 6 (5.8%) |
| Unknown reason for instability | 7 (18.4%) | 23 (22.3%) |
| Other ligament failure | 1 (2.6%) | 5 (4.9%) |
| Other | 2 (5.3%) | 5 (4.9%) |
| Total | 38 (100.0%) | 103 (100.0%) |

Sobre un total de 8375 plásticas de LCA, la tasa de revisión fue de 1.09; 3.28 y 4.71 con la técnica AM, comparado con 0.44; 1.78 y 2.57 con la Técnica TT después del 1, 2 y 3 años postoperatorios respectivamente.

Este trabajo reporta que el riesgo de ruptura aumenta cuando el túnel femoral es realizado por el portal anteromedial, comparándolo con el transtibial. Esta diferencia significativa se puede explicar por los errores técnicos que son el resultado de una nueva y más compleja técnica quirúrgica, o, por la hipótesis previamente descrita en que la plástica AM (Anatómica) recibe mayor fuerza de tensión que la NO Anatómica o transtibial.

Damos la BIENVENIDA a los Cirujanos Artroscopistas, Miembros Titulares y Socios Adherentes 2017

Cirujanos Artroscopistas 2017

*Dr. Achilles Gustavo
Dr. Bustos Damián Gabriel
Dr. Carranza Nicolás
Dr. Castro Luis A.
Dr. Cornejo Ruiz Pablo M.
Dr. Davico Gabriel
Dr. Fei Martín
Dr. Ferraiuolo Mauro E.
Dr. Masaragian Héctor José
Dr. Pombo Martín A.
Dr. Suarez Esteban
Dr. Werenitzky Sergio
Dr. Zuccheri Matías*

Miembros Titulares 2017

*Dr. Corinaldesi Emilio
Dr. Magi Gonzalo
Dr. Martínez Gallino Rafael*

Socios Adherentes 2017

*Dr. Abbate Pedro Ignacio
Dr. Alvarez Gonzalez Cristian
Dr. Amado Segundo Carlos Javier
Dr. Amelong Valeria
Dr. Arri Ricardo Rodrigo
Dr. Avila Pablo Ruben
Dr. Baran Sergio Eduardo
Dr. Barck Abel Alfredo
Dr. Barrera Silva Carlos Gaston
Dr. Benavidez Manuel Eduardo
Dr. Benitez Conrado Jose
Dr. Bernasconi Lisandro Javier
Dr. Bongiorno Federico Blas
Dr. Cabrera Rivera Luis Marcelo
Dr. Caceres Saglio Claudia A
Dr. Calvet Pablo
Dr. Calvo Fabricio Daniel
Dr. Carreras Horacio Enrique
Dr. Catan Agustin Felipe
Dr. Dargoltz Alejandro
Dr. Dauria Agustin
Dr. De La Serna Matias
Dr. Diaz Martin Miguel
Dr. Dobkin Fernando Andres
Dr. Fernandez Savoy Ignacio
Dr. Filippa Esteban Martin
Dr. Frisone Horacio Miguel
Dr. Funes Fernando Enrique
Dr. Galarza Avila Alex
Dr. Gandulfo Galarza Juan Martin
Dr. Garcia Puerta Stevent Andres
Dr. Garcia Vitor Andres Gabriel
Dr. Godo Norman Hernan*

*Dr. Gomez Juan Manuel
Dr. Gonzalez Daniel
Dr. Gonzalez Saffe Angel
Dr. Gordillo Carlos Jesus Matias
Dr. Guerra Dario Leonardo
Dr. Guevara Ramiro
Dr. Heredia Roberto Carlos
Dr. Herrera Ramon Horacio
Dr. Ignlberg Martin
Dr. Irahola Arevalo Miguel Angel
Dr. Jacob Matias
Dr. Kruger Sandro
Dr. Lepore Salvador
Dr. Libertini Marcelo
Dr. Lucarini Miguel
Dr. Maderna Rodrigo Martin
Dr. Martinez Dagoberto
Dr. Mas Grimalt Juan Crlos
Dr. Mendoza Luciano
Dr. Mercado Renzo
Dr. Meyer Maximiliano
Dr. Molina Romoli Agustin
Dr. Moreno Nicolas
Dr. Mulc Mario Ivan
Dr. Nuñez Javier Eduardo
Dr. Ordoñez Diego Ramiro
Dr. Orlowski Sebastian
Dr. Palacios Gonzalo Roman
Dr. Patthauer Luciano
Dr. Pisoni Mariano German
Dr. Planas Juan Martin
Dr. Ponce Molina Joaquin
Dr. Quintero Alejandro Nicolas*

*Dr. Quispe Mendoza Guido
Dr. Reyes Blum Guillermo Alexander
Dr. Rios Juan Pablo
Dr. Rios Mañay Luciano Javier
Dr. Rodriguez Rojas Yenny Viviana
Dr. Roncolato Diego
Dr. Ruiz Roman Andres
Dr. Salaues Torrico Yasmani Leonar
Dr. San Miguel Leandro
Dr. Sanguino Pablo Mariano
Dr. Santillan Francisco
Dr. Saravia Soliz Edwin David
Dr. Sayago Pablo Federico
Dr. Sengoku Alfredo
Dr. Sommer Fernando Agustin
Dr. Stagnaro Joaquin
Dr. Sylvester Francisco Javier
Dr. Turco Martin
Dr. Uzair Anuar Emanuel
Dr. Valdivia Medrano Geronimo
Dr. Valdiviezo Vanina Paola
Dr. Valenzuela Rodrigo Pablo
Dr. Vargas Nicolas Ernesto
Dr. Vera German
Dr. Vera Gustavo Adolfo
Dr. Viturro Lopez Diego Martin
Dr. Yacomo Gonzalo Dario
Dr. Yance Jose Luis*

Argentina 2018

XV Congreso Internacional de la Asociación Argentina de Artroscopia (AAA).

III Congreso Conjunto con la American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM).

Participación de la Sociedad Latinoamericana de Artroscopia, Rodilla y Traumatología Deportiva (SLARD).



The American Orthopaedic
Society for Sports Medicine



info.artroscopia@gmail.com
www.artroscopia.com.ar

4 al 7 de Septiembre 2018

Hotel Hilton · Buenos Aires