

#### JUNTA DIRECTIVA

##### Presidente

Dr. Hani Mhaidli Hamdan

##### Vicepresidente

Dr. Ferrán Pellisé Urquiza

##### Secretario

Dr. Rafael González Díaz

#### COMITÉ CIENTÍFICO

##### Presidente

Dr. Hani Mhaidli Hamdan

##### Miembros

Dra. Teresa Bas Hermida

Dr. José Manuel Casamitjana

Dr. M. Alberto Díez Ulloa

Dr. Antonio Martín Benloch

Dra. Felisa Sánchez-Mariscal Díaz

#### COMITÉ DE COMUNICACIÓN

##### Presidente

Dr. Enric Cáceres Palou

##### Miembros

Dr. Jaime Díaz de Atauri Bosch

Dr. Rafael González Díaz

Dr. Alejandro Gómez Rice

Dr. Eduardo Hevia Sierra

##### Edita:

Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER)

Edif. Club Municipal de Hielo. Local 6-2. 29630

Benalmádena. Málaga

Tel.: +34 952 44 55 86 Fax: +34 952 56 46 32

e-mail: [secretaria@geeraquis.org](mailto:secretaria@geeraquis.org) [www.geeraquis.org](http://www.geeraquis.org)

## Editorial

### DR. HANI MHAIDLI

■ Presidente del GEER

**E**stimados amigos/as

Quiero aprovechar estas fechas tan entrañables para desear paz para todos y felicidad. El año que está acabando ha sido un año duro para muchos. Vivimos en tiempos de crisis, una crisis económica amplia y profunda que amenaza seriamente nuestra forma de trabajar y puede tener un gran impacto sobre enfermedades complejas como las que afectan a la columna vertebral, pero a pesar de todos los recortes siempre trabajaremos por el bien de nuestros pacientes sin tener que comprometer la calidad asistencial.

Con la ayuda desinteresada de muchos miembros de nuestra sociedad junto con el comité científico y la junta directiva, se ha conseguido realizar varias actividades de importancia este año. Hemos consolidado el boletín de noticias; se ha puesto en marcha el comité de comunicación; se ha aprobado la grabación para su posterior publicación en la página web del GEER del Congreso Nacional; hemos publicado los mejores trabajos del Congreso 2011 en la revista *Columna-Columna*; hemos creado la normativa GEER para la concesión de auspicios; también el GEER ha colaborado en la traducción



y el auspicio de la publicación "Adolescent Idiopathic Scoliosis" de la fundación Setting Scoliosis Straight, junto a la S.R.S; POSNA, y la National Scoliosis Foundation.

Pero nos queda el gran reto de organizar un excelente Curso Pre-Congreso SRS-GEER y, un gran congreso GEER-SILACO en Valencia el próximo mes de junio. Con la colaboración de todos haremos un curso y un congreso de primer nivel, contando con vuestro apoyo no tengo dudas de que será un éxito.

Personalmente, y en nombre de la Junta Directiva, os deseo a todos que paséis unas magníficas fiestas junto a vuestros seres queridos y que el año nuevo llegue cargado de salud; éxitos y prosperidad.

Un cordial saludo,

Hani Mhaidli

## noticias

Celebrado en Málaga el Curso de Formación "Lesiones traumáticas del raquis cervical", en el seno del 49 Congreso Anual SECOT, **Página 2**



## artículos

"La Scoliosis Research Society Historia y evolución", por el Dr. Carlos Villanueva **Página 3**



## próximos eventos

GEER-SILACO 2013, **Página 6**



## Curso de Formación

# “Lesiones traumáticas del raquis cervical”

Celebrado en Málaga en el seno del 49 Congreso Anual SECOT

**DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ DE ROTA**

■ Coordinador del Curso

Las lesiones traumáticas de la columna cervical alta, tienen características propias por la gravedad de las lesiones neurológicas cuando se presentan, dificultad diagnóstica derivada de pacientes con graves traumatismos, a veces en shock, difícil estudio de la región donde asientan, dificultad terapéutica e implicaciones legales; de lo anterior se desprende la importancia de su estudio.

Se estudian clasificándolas en sentido cráneo caudal: luxaciones occipito-cervicales, fracturas del atlas, inestabilidades atlanto-axiales (sagitales, verticales y rotatorias), fracturas de la odontoides, fracturas del arco posterior de C2 y fracturas del cuerpo de C2.



Se indica la frecuencia de presentación, el segmento de edad en que asientan con mayor frecuencia, mecanismo lesional en cada tipo, clasificaciones usadas en estas lesiones y definición de estabilidad o inestabilidad.

Se exponen los cuidados y tratamiento en el lugar del accidente y en el Servicio de Urgencias, así como el protocolo de exploración.

Se esquematiza el tratamiento:

- Collarín rígido: lesiones mínimo o no desplazadas.

- Halo- Integridad ligamentosa (excepto tipo II de odontoides). Puede intentarse reducción en las lesiones desplazadas.

- Cirugía: Distinguir entre inestabilidades óseas o ligamentosas: puede intentarse la reconstrucción en las óseas. Artrodesis en las ligamentosas.

- Odontoides:

Tipo I: Halo salvo en luxaciones cráneo-occipitales.

Tipo II: No o mínimo desplazadas, halo. Atornillamiento en desplazadas, considerar edad, comorbilidad y morfotipo.

Artrodesis C1-C2.

Tipo III: Halo/collarín.

Juan José Fernández de Rota

## Día de las Sociedades y Grupos de Estudio

Celebrado en Málaga en el seno del 49 Congreso Anual SECOT

**DRA. FELISA SÁNCHEZ-MARISCAL**

■ Coordinadora



Estimados compañeros,

El día 4 de octubre 2012, se celebró en la ciudad de Málaga, en el seno del 49º Congreso anual de la SECOT, el habitual Día de las Sociedades y Grupos de Estudio.

La Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER) fui invitada, como en ocasiones anteriores a participar en dicha Jornada. El tema elegido, de entre los propuestos por la SECOT, fue “Escoliosis del Adulto”.

Se trataba de una participación de 2 horas (17.30-19.30) coordinada en esta oca-

sión por Dra. F. Sánchez- Mariscal, y moderada por el Dr. I. González Barrios.

Se diseñó en forma de charlas de 10 minutos que repasaron los diferentes aspectos de la escoliosis del adulto (historia natural, diagnóstico, tratamiento...). Participaron como ponentes los Drs. Zúñiga, Fernández de la Rota, Fernández González, Bas Hermida, Hevia, Mhaidli y Blanco, a los que sinceramente agradecemos el gran nivel de su desinteresada colaboración.

Desafortunadamente, la asistencia de público a la mesa fue escasa. Ciertamente es que probablemente la SECOT no es el foro más habitual para los especialistas interesados en patología de raquis, y que a la misma hora coincidían otras mesas de quizás mayor interés para el ortopedista general (pie-tobillo, infantil...). Quizás, a pesar de mi esfuerzo en planificar una mesa “atractiva”, la organización que realicé no resultó adecuada ni del interés general. Sean cuales sean los motivos, parece evidente que debemos

continuar trabajando para extender el conocimiento de la patología raquídea en el seno de la ortopedia general. Muchos especialistas apenas tienen conceptos básicos sobre raquis, y muchos residentes (de los que rotan por nuestras unidades) refieren que en sus hospitales apenas se atiende la patología raquídea. Insisto en la idea, de que nuestra sociedad debe trabajar en el desarrollo de la implantación de unos conocimientos mínimos sobre raquis en nuestra especialidad: “lo que no se conoce no existe, lo que no existe no se trata adecuadamente”.

Felisa Sánchez-Mariscal



# La Scoliosis Research Society Historia y evolución

DR. CARLOS VILLANUEVA

■ Expresidente del GEER



**E**l tratamiento de la escoliosis fue absolutamente empírico hasta el final de la primera mitad del siglo XX. Hubo importantes aportaciones individuales de Hibbs, Risser, Cobb, Von Lackum pero de ninguna manera se consiguió un cuerpo teórico que permitiera el tratamiento adecuado de las deformidades de la columna. En 1947 John Moe inició el servicio de escoliosis en el Gillette Hospital de St. Paul, en 1950 Walter Blount desarrolló el corsé de Milwaukee.

Los profesionales dedicados a este tema eran conscientes de la necesidad de clasificar las escoliosis y de definir la adecuada terminología. También era necesario establecer los principios del tratamiento de recoger las complicaciones del mismo así como de registrar también la historia natural de la enfermedad en los pacientes no tratados. El primer curso de escoliosis para postgraduados se realizó en la Universidad de Minnesota en 1964 bajo la dirección de

“David Levine sugirió que sería aconsejable establecer un ‘scoliosis club’ donde los profesionales interesados en esta patología pudieran encontrar un foro de discusión y una plataforma para profundizar en el estudio de la escoliosis”

John Moe, participaron como instructores Lou Goldstein, Walter Blount, Vernon Nickel, Paul Harrington, John Moe y Ignacio Ponseti. Como era de esperar ante la calidad del profesorado el curso fue un éxito y David Levine sugirió que sería aconsejable establecer un “scoliosis club” donde los profesionales interesados en esta patología pudieran encontrar un foro de discusión y una plataforma para profundizar en el estudio de la escoliosis. La propuesta bien aceptada y D. Levine fue encargado de redactar un proyecto de estatutos para ser discutidos por miembros. El nombre propuesto fue North American Scoliosis Association. Con un soporte económico inicial de P. Harrington (1.000\$), se realizó la reunión ejecutiva en el congreso anual de la AAOS (22.01.66) con la asistencia de 17 especialistas de EEUU. Los objetivos del “scoliosis club” fueron realizar presentaciones y discusiones sobre escoliosis para promover el intercambio de ideas, estandarizar la terminología, estimular el interés de la profesión por la escoliosis y establecer un fondo para investigación. El nombre finalmente elegido para la sociedad fue “The Scoliosis Research Society”.

En el primer congreso realizado en los días 10 y 11 de junio de 1966 en Minneapolis se aceptaron los estatutos y se designaron los miembros 35 miembros fundadores. El primer presidente electo fue John Moe. En el segundo congreso, también realizado en Minneapolis, Yves Cotrel realizó una presentación y fue aceptado como miembro asociado, abriendo la puerta a la participación

de los especialistas norteamericanos. Los Congresos se han sucedido desde entonces de manera anual y las sedes han ido cambiando de localización primero por ciudades americanas y años más tarde se estableció una secuencia que permitía la celebración del congreso fuera de USA cada 5 años.

La sociedad estableció las categorías de Miembro activo, Miembro candidato (durante 5 años con evaluación al final de ellos antes de ser aceptados como miembros activos), miembros asociados, (no médicos) Miembros correspondientes y Miembros eméritos. Finalmente se estableció la categoría de Miembro de Honor para reconocer a profesionales de excelencia. Aunque Ignacio Ponseti fue uno de los docentes en el curso que fue el germen de la Sociedad, no estuvo después implicado en su desarrollo. El primer miembro español fue nuestro recordado J. F. de Valderrama, auténtico valedor de los cirujanos de columna españoles en cualquier instancia internacional. Bajo su orientación y la de otros cirujanos españoles que habían asistido a los congresos de la SRS se creó en España el GEER intentando imitar los criterios de rigor y calidad que allí habían podido apreciar. Los siguientes miembros aceptados (1994) fueron los Dres. Sánchez Pérez-Gruoso y Villanueva. El Dr. Sánchez Pérez- Gruoso ha desempeñado cargos de responsabilidad en varios comités de la sociedad y durante los dos últimos años ha sido miembro de la junta ejecutiva de la Sociedad como “director at large” En la actualidad el número de miembros españoles se ha elevado ya a once con las incorporaciones del Dr. Bago. Dras. Palma y Teresa Bas, Dr. J. Burgos, Dr. E. Izquierdo Dr. H. Mhaidli, Dr. F. Pellisé, Dra. C. Sacramento y Dr. N. Ventura.

“El primer miembro español fue nuestro recordado J. F. de Valderrama, auténtico valedor de los cirujanos de columna españoles en cualquier instancia internacional. Bajo su orientación y la de otros cirujanos españoles que habían asistido a los congresos de la SRS se creó en España el GEER intentando imitar los criterios de rigor y calidad que allí habían podido apreciar”

Los congresos de la SRS se realizaban en único auditorio y cualquier exhibición comercial estaba formalmente prohibida. Los trabajos presentados debían de tener un seguimiento mínimo de 2 años. En 1993 la sociedad realizó el primer IMAST (International Meeting on Advanced Spine Techniques) con otras características: Siempre fuera de USA, formato multisala simultánea, requerimientos de seguimiento menos estrictos y con exhibición comercial.



En el presente siglo la SRS ha realizado un proceso de globalización que incluye la abolición de la categoría de miembros asociados extranjeros, todos los profesionales siguen el mismo proceso de admisión independientemente del país de procedencia. Se han puesto en marcha de proyectos de cooperación asistencial en países subdesarrollados, se realizan de 3-5 cursos anuales en diferentes áreas del mundo. Persiste sin embargo el mismo criterio de rigor en la selección de los trabajos que asegura la excelencia de las comunicaciones y sitúa esta sociedad como la de más alto prestigio en el campo de la deformidad. La sociedad utilizaba como instrumento editorial la revista Spine hasta el año pasado en que decidió editar una publicación propia con el nombre se Spine Deformity Journal.

La SRS ofrece anualmente travelling fellowships, Becas para estancias en centros formativos para doctores en formación (normalmente del tercer mundo) y establece premios a la calidad científica de los mejores trabajos presentados a los congresos de la Sociedad.

Creo que se podría definir el éxito de la sociedad, en mi opinión la mejor en su área, por la acertada decisión de primar la calidad sobre la cantidad, basar la excelencia en el trabajo concienzudo y la voluntad de seguir cumpliendo los iniciales objetivos de su creación, ahora expandidos a todo el mundo.

Carlos Villanueva

## Novedades de SILACO en 2012

**DR. HORACIO SARRAMEA**

■ **Presidente de SILACO**

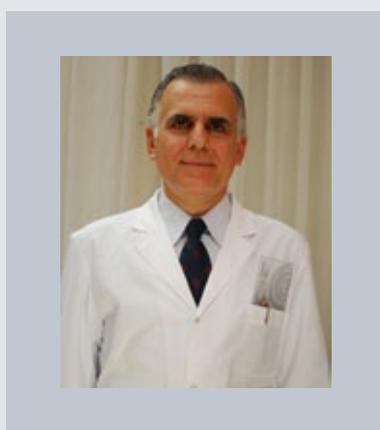
**E**stamos finalizando el año 2012 con buenos vientos para SILACO.

Luego del exitoso Congreso de Buenos Aires, en Octubre de 2011, esta Comisión Directiva asumió el mandato con el objetivo de establecer una sede en Montevideo-Uruguay, con el fin de lograr su institucionalización definitiva.

**“Hemos participado en el Spine Week, en la ciudad de Ámsterdam, donde se presentaron y discutieron gran cantidad de trabajos científicos con importante número de inscristos”**

Dichos objetivos se encuentran en marcha, y estimamos que para el mes de marzo próximo estará funcionando nuestra oficina central, que será la sede de la Secretaría. En este sentido, SILACO ya cuenta con personería jurídica, y el Lic. Federico Scorza ha sido nombrado administrador. La página web también está siendo manejada desde Uruguay, y hay grandes avances para concretar su sponsoreo. Además, SILACO ya posee una cuenta bancaria, centralizando nuestra economía en Uruguay. Todos los

Presidentes de las Sociedades integrantes tienen acceso a la información.



Con este rumbo, hemos participado en el Spine Week, en la ciudad de Ámsterdam, donde se presentaron y discutieron gran cantidad de trabajos científicos con importante número de inscristos.

En el mes de junio, la reconocida Revista Columna-Columna, publicada en Brasil, le dedicó una edición especial a SILACO, con trabajos del Congreso realizado en Buenos Aires.

Además, seguimos trabajando en países donde la especialidad se está desarrollando. En este marco, hemos concretado el Segundo Curso sobre Deformidades en la ciudad de La Paz-Bolivia, con la presencia de los Dres. Carlos Tello y Eduardo Galaretto, en agosto de 2012.

También hemos participado del Congreso Uruguayo y del Congreso Argentino de Columna promocionando nuestro próximo Congreso SILACO-GEER-SRS 2013.

El Segundo Curso SILACO se realizó en la ciudad del Chaco-Argentina, junto con la Sociedad Paraguaya, y contamos con la presencia de los Dres. Washington Bermúdez de Uruguay, y Eugenio Galilea de Chile.

Próximamente, en el mes de noviembre, estaremos en la ciudad de Colonia del Sacramento-Uruguay, auspiciando el encuen-

tro trinacional de Hospitales Pediátricos sobre deformidades espinales en la infancia (Argentina-Paraguay-Uruguay), cuyos directores son el Dr. Carlos Legarreta y el Dr. Óscar Carreras, Tesorero de SILACO.

A fines de noviembre estaremos en Rive-rao Preto-Brasil, en el curso anual de la SBC que dirige el Dr. Helton Defino, Secretario de SILACO.

Más tarde, en diciembre, bajo el marco del Congreso Argentino de Ortopedia, SILACO auspiciará la primera reunión Binacional entre Argentina y Brasil con la presencia de 10 especialistas brasileiros.

A pesar de los 21 años cumplidos, SILACO sigue siendo una Sociedad en construcción permanente y con gran futuro. Reúne aproximadamente a 2.500 cirujanos espinales que se encargan de cuidar la salud de 580 millones de habitantes en toda la región. Por lo tanto, queridos colegas, nos queda mucha tarea por hacer. Está en nosotros generar el entusiasmo para que nuevos dirigentes continúen el trabajo.

**“A pesar de los 21 años cumplidos, SILACO sigue siendo una Sociedad en construcción permanente y con gran futuro”**

Para terminar deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Hani Mhaidli, por su ayuda y permanente apoyo desde el GEER. Y por último menciono especialmente al Dr. Enrique Izquierdo, quien incansablemente trabaja a nuestro lado y no dudo que su Presidencia llevara a SILACO a estar entre las mejores Sociedades Científicas de nuestra especialidad.

Les envío un caluroso saludo y espero verlos a todos en SILACO-GEER de Valencia 2013.

Horacio Sarramea

# Docencia de la GEER

DR. MÁXIMO ALBERTO DÍEZ ULLOA

■ Miembro del Comité Científico GEER

La GEER (Sociedad Española de Columna Vertebral) es una asociación que tiene como fin el mejor conocimiento de la patología del Raquis para lograr la mejor detección y tratamiento de las distintas enfermedades y deformidades de la columna vertebral (artículo 3 de los estatutos). Para ello debe promover: el mejor conocimiento de la patología del raquis, la investigación clínica y experimental y el intercambio de ideas entre profesionales nacionales y extranjeros interesados en esta patología (artículo 4 de los estatutos). Por lo tanto, la docencia es parte esencial de la identidad de la GEER.

La docencia inter pares no puede estar basada en el modelo clásico docente de imitación de modelos basado en la autoridad (útil en la infancia), probablemente la educación a nivel universitario ya requiere cambiar el modelo a otro basado en las necesidades del que aprende y a que sea éste el

**“En Medicina el conocimiento no es erudición vacía, el conocimiento ha de servir para mejorar la salud de la población atendida por el médico que aprende”**

motor de la docencia. Un ser humano adulto maduro no puede ser receptor pasivo de información para su memorización inmediata sin pasar por el filtro del pensamiento crítico; eso no sería docencia sino adocctrinamiento. La docencia requiere que el nuevo conocimiento se incorpore al que ya posee el que aprende (no siempre el alumno, el buen docente también aprende de la retroalimentación de sus alumnos) y que éste, el que aprende, lo integre en su práctica diaria. Esta idea es la implementación del conocimiento.

En Medicina el conocimiento no es erudición vacía, el conocimiento ha de servir para mejorar la salud de la población atendida por el médico que aprende y, en último término, para mejorar el nivel de salud de una sociedad, e incluso de la Humanidad globalmente considerada.

Tras la aparición del método científico, basado en la inducción, el incremento del capital de conocimiento da origen a la corriente conocida como Medicina Basada en la Evidencia, en contraposición –permítaseme cierto humor– a la Medicina Basada en la Eminencia (término usado por los ale-



manes y británicos); esto en sí es un poco irreverente, ya que las eminencias, generalmente, lo son por haber demostrado algo.

Cabe aquí hacer algún comentario crítico: a) Lingüístico: en castellano, evidencia es: “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar”, dado que en ciencia todo el conocimiento es probabilístico a priori lo que se entiende por “evidence” en inglés NO es la certeza. Por ello se ha propuesto hablar mejor de Medicina Científica o Basada en Datos.

b) Conceptual: se ha dotado de un áura casi religiosa a la estadística, olvidándose de ese concepto de base de la probabilidad, que es su diferencia con la certeza. El mismo Sackett (el padre de la MBE, perdón, MBD), la define como: “la utilización prudente, explícita y juiciosa de las pruebas disponibles para tomar decisiones relativas a la atención clínica de pacientes individuales”; los datos obtenidos son las pruebas, pero deben pasar por el tamiz del juicio y la prudencia, no “comerse crudos”.

Un último apunte: el conocimiento va dejando un poso, un sedimento, al que se incorpora nuevo conocimiento; eso da lugar a la aparición del “criterio” como dice mi amigo el Dr. Villas, que sería el tamiz que emplearíamos en la MBD. Como todo proceso de sedimentación, necesita tiempo, lo que nos lleva a otra idea, que la adquisición de conocimiento es un camino para toda la vida; nunca es suficiente, lo que no debe tomarse como idea desasosegadora, sino como principio de humildad y de proyección para todo docente y alumno.

Con todo esto en mente, se entenderá mejor lo que es docencia de médicos especialistas, que en la GEER se plasma en 4 herramientas concretas: el congreso, el precurso, las becas de investigación y las tutorías.

El congreso en tanto en cuanto se presentan nuevos datos en común para ser

discutidos y que cada cuál incorpore su conocimiento; las becas de investigación, para ayudar económicamente a la generación de esos datos que pueden llegar a ser conocimiento; las tutorías, donde un cirujano participa de la experiencia de otro con posibilidad de discusión en directo: es una de las armas docentes más poderosas entre médicos especialistas y, a mi modo de ver, un tanto infrautilizadas en los últimos años.

He dejado para el final a propósito el precurso pues se ha empleado con dos perspectivas diferentes: una actualización de conocimiento a alto nivel (temas muy atractivos pero tremendamente específicos) y lo mismo, pero para nivel más global (menor nivel científico, mayor nivel de impacto en la actividad diaria de los asistentes). Este es un punto que podría debatirse incluso año a año, pues las dos perspectivas son interesantes a mi modo de ver.

Para terminar, querría dejar bien clara la diferencia abismal que existe entre docencia (transmisión de conocimiento para modificar la práctica del que aprende) y certificación (concepto administrativo), el ejemplo más claro quizá este en Ambrosio Paré, que tan sólo obtuvo el título (certificación) de médico al final de su vida, precisamente como reconocimiento a su labor asistencial y generadora de conocimiento.

¿Quién soy yo para hablar de docencia de la GEER? Sin ningún ánimo de pretencio-

**“Se ha dotado de un áura casi religiosa a la estadística, olvidándose de ese concepto de base de la probabilidad, que es su diferencia con la certeza”**

sidad, por la vía de la GEER soy miembro con varias comunicaciones presentadas, fui secretario y miembro del comité de terapias –ya desaparecido– y actualmente soy miembro del comité científico y; por la vía de la docencia, soy uno de los Consejeros Educativos de AOSpine (conlleva un entrenamiento específico en Pedagogía y Educación), tutor de residentes desde hace 16 años, vocal de cirugía de la Comisión de Docencia de mi hospital y Profesor Asociado en la Universidad de Santiago de Compostela desde hace 8 años. Todo ello no me da la “evidencia” ni mucho menos, pero pienso que sí me permite emitir una opinión de un cierto grado de cualificación.

Máximo Alberto Díez Ulloa

# XII Congreso Iberolatinoamericano de Columna (SILACO)

## XXVII Congreso Nacional GEER 2013

Valencia, del 30 de mayo al 1 de junio de 2013

### COMITÉ ORGANIZADOR GEER-SILACO 2013

**E**stimados compañeros,

Estamos organizando con mucha ilusión y la colaboración de los hospitales de la Comunidad Valenciana, el próximo congreso GEER-SILACO, que tendrá lugar del 30 de mayo al 1 de junio de 2013, y nos gustaría contar tanto con vuestra asistencia como con vuestra participación, e invitaros a disfrutar de nuestra magnífica ciudad.

Es una gran oportunidad para compartir nuestros conocimientos y experiencias en el tratamiento de la patología del raquis. Os animamos a que mandéis todos vuestros trabajos que seguro serán muy interesantes. Además podremos aprovechar para estrechar los lazos entre estas dos grandes sociedades científicas

Nos gustaría que disfrutaraís del enorme progreso que ha experimentado esta ciudad en los últimos años: la marina real, la ciudad de las artes y las ciencias, el oceanográfico y el mejor puerto de Europa, sin olvidar nuestros monumentos históricos que son expresión de la historia de esta ciudad.

No dudéis que podréis disfrutar del clima, excelentes instalaciones deportivas, magníficos campos de golf y por supuesto nuestra famosa gastronomía, una expresión de la dieta mediterránea que estamos seguros no os defraudará.

¡Os esperamos a todos en Valencia!

Comité Organizador  
GEER-SILACO 2013



### Calendario

#### Plazo de envío de resúmenes al congreso:

- Les informamos que el plazo para el envío de comunicaciones al congreso estará **abierto hasta el próximo 15 de febrero de 2013**.
- Para enviar sus trabajos deben hacerlo a través de la página web de la Sociedad: [www.geeraquis.org](http://www.geeraquis.org)

#### Beneficiarse de la cuota reducida en la inscripción:

- Asimismo, podrán beneficiarse de la **cuota más económica de inscripción al congreso hasta el 15 de abril de 2013**, pudiendo realizar su inscripción on line.

Para más información sobre el Congreso pueden acceder a nuestra web, [www.geeraquis.org](http://www.geeraquis.org), o contactar con la Secretaría Técnica del Congreso: **Viajes Villarreal** Tel: +34 952 44 55 86 Fax: +34 952 56 46 32 E-mail: [congresos@viajesvillarreal.com](mailto:congresos@viajesvillarreal.com)

# Curso Pre-Congreso SRS-SILACO-GEER 2013 “Deformidades del adolescente y del adulto”

Valencia, 29 de mayo de 2013

Organizan:



### Codirectores del Curso

Dr. Mark Weidenbaum  
Dr. Horacio Sarramea  
Dr. Francisco Sánchez Pérez-Gruoso  
Dr. Hani Mhaidli

### Ponentes Internacionales

Dr. Ahmet Alanay  
Dr. Steve Glassman  
Dr. Kamal Ibrahim  
Dr. Lawrence G. Lenke  
Dr. Christopher I. Shaffrey  
Dr. Mark Weidenbaum

Próximamente se publicará un avance del programa científico del Curso

- **BASS 2013: British Association of Spinal Surgeons-Annual Meeting**  
13-15 Marzo 2013  
Norwich (Reino Unido)
- **20<sup>th</sup> IMAST**  
10-13 Julio 2013  
Vancouver (Canadá)
- **III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE HUMANIDADES MÉDICAS**  
15-16 Marzo 2013  
Sao Paulo (Brasil)
- **SRS-48<sup>th</sup> Annual Meeting & Course**  
18-21 Septiembre 2013  
Lyon (Francia)
- **AAOS 2013**  
19-23 Marzo 2013  
Chicago (USA)
- **EUROSPINE 2013**  
2-4 Octubre 2013  
Liverpool (Reino Unido)
- **4<sup>th</sup> INTERNATIONAL CONGRESS ON BIOTECHNOLOGIES FOR SPINAL SURGERY**  
24-26 Abril 2013  
Viena (Austria)
- **50 Congreso SECOT**  
2-4 Octubre 2013  
Barcelona (España)
- **POSNA Annual Meeting**  
2-4 Mayo 2013  
Toronto (Canadá)
- **NASS 2013. North American Spine Society**  
9-12 Octubre 2013  
Nueva Orleans (USA)
- **14<sup>th</sup> EFORT Congress 2013**  
5-8 Junio 2013  
Estambul (Turquía)
- **CSRS 2013 Annual Meeting**  
5-7 Diciembre 2013  
Los Angeles (USA)

## Tutorías



- Está abierto el plazo para que los socios del GEER puedan solicitar su asistencia a una de las tutorías propuestas para el periodo 2012-2013.
- Para más información pueden dirigirse al apartado **Docencia e Investigación** de la intranet para socios de nuestra web: [www.geeraquis.org](http://www.geeraquis.org)

Si desea enviar algún artículo para ser publicado en este boletín puede hacerlo por e-mail: [secretaria@geeraquis.org](mailto:secretaria@geeraquis.org)  
Para más información pueden contactar con la Secretaría Técnica:  
Tel: +34 952 44 55 86 Fax: +34 952 56 46 32 E-mail: [secretaria@geeraquis.org](mailto:secretaria@geeraquis.org)