

EL TRATAMIENTO INCRUENTO
DE
LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL FEMUR

POR
JOSE VALLS, CARLOS E. OTTOLENGHI Y VALENTIN C. GIRARDI

Nuestra estadística sobre fracturas de cuello de fémur resume en total más de 70 casos. De los casos tratados por nosotros sólo consideraremos en la presente estadística aquéllos tratados incruentamente.

De entre las fracturas tratadas de esta manera, el tipo más frecuentemente observado es el transcervical y el menos el subcapital. El siguiente cuadro nos muestra los diferentes tipos de fracturas y su frecuencia en los casos tratados por nosotros.

Fracturas del cuello de fémur (única- mente con control radiográfico).	{	Subcapitales	9
		Transcervicales	24
		Basicervicales	18
		Intertrocantéreas	8

La edad de nuestros enfermos varía desde los 14 años, el más joven, hasta 94 años. Su distribución se observa en el cuadro siguiente :

De 14 a 40 años	12 casos
De 40 a 50	6
De 50 a 60	7
De 60 a 70	10
De 70 a 80	14
De 80 a 94	10

Nuestra estadística respecto a la edad está de acuerdo con la mayor parte de los autores. Después de los 50 años es cuando se observa el porcentaje mayor de fracturas. La frecuencia de los diferentes tipos de fractura según las edades, la ponemos en evidencia en el siguiente cuadro :

De 14 a 40 años....	{	Subcapitales 3	}	De 14 a 50 años : 18 casos....	{	Subcapitales 3
		Transcervicales... 5				Transcervicales... 8
		Basicervicales.... 3				Basicervicales.... 6
		Intertrocantéreas . 1				Intertrocantéreas . 1
De 40 a 50 años....	{	Subcapitales 0	}			
		Transcervicales... 3				
		Basicervicales.... 3				
		Intertrocantéreas . 0				
De 50 a 60 años....	{	Subcapitales 1	}			
		Transcervicales... 2				
		Basicervicales.... 3				
		Intertrocantéreas . 1				
De 60 a 70 años....	{	Subcapitales 1	}	De 50 a 94 años : 41 casos....	{	Subcapitales 4
		Transcervicales... 6				Transcervicales... 16
		Basicervicales.... 1				Basicervicales.... 13
		Intertrocantéreas . 2				Intertrocantéreas . 8
De 70 a 80 años....	{	Subcapitales 2	}			
		Transcervicales... 8				
		Basicervicales.... 2				
		Intertrocantéreas . 1				
De 80 a 94 años....	{	Subcapitales 0	}			
		Transcervicales... 0				
		Basicervicales.... 6				
		Intertrocantéreas . 4				

Según el sexo, nuestros enfermos se clasifican en 37 hombres y 22 mujeres. Proporción que está de acuerdo con la categoría de enfermos que se internan en el servicio.

De todas las fracturas que consideramos, solamente 17 eran antiguas, de las cuales 2 se presentaban consolidadas, 4 eran francas pseudoartrosis de cuello y 2 eran fracturas patológicas (tabes).

Nuestros enfermos han sido tratados con diversos procedimientos. En 8 de ellos por diversas razones sólo se empleó extensión continua en cama dura y el miembro en abducción y rotación interna.

Los resultados obtenidos por este procedimiento, que tiene el grave inconveniente de favorecer la aparición de escaras y congestiones hipostáticas no han sido muy halagadoras : 3 resultados solamente discretos, 2 muertes y 3 resultados ignorados.

Hemos empleado el método de Whitman en 22 casos y en 8 casos el enyesado inmediato sin reducción ; este último procedimiento en casos graves, en sujetos de edad avanzada y con el simple objeto de ponerlos de pie inmediatamente y prevenir las complicaciones que el reposo en cama acarrea a estos enfermos.

De los 22 casos en que hemos aplicado el método de Whitman, en 21 de ellos fué empleada la anestesia local con novocaína al 2 por ciento y en un solo caso la anestesia raquídea.

Las reducciones inmediatas obtenidas con el método de Whitman en 15 casos las consideramos buenas y en 7 casos, discreta. Obtenida la reducción hemos inmovilizado nuestros enfermos en yesos pelvi-pedios con el muslo en abducción, discreta flexión y franca rotación interna, con flexión de la rodilla.

La flexión interna ha variado según el tipo de fractura y grado de desplazamiento. Si la reducción obtenida de primera intención no es satisfactoria, se corta el yeso circularmente a nivel de la ingle para completar debidamente la reducción.

La inmovilización de nuestros enfermos tratados por el método de Whitman ha variado desde los 3 meses a los 6 meses. Cuando al cabo de este tiempo sacamos el yeso, comienzan las aplicaciones de calor local con el método de Bier, masajes y movilización.

Vigilamos atentamente a nuestros enfermos al ponerlos de pie. Recalcamos la eficaz ayuda que nos ha prestado en la convalecencia de algunos enfermos, o para permitir la marcha en los casos de pseudoartrosis, al aparato ortopédico que denominaremos de descarga, al hacer que el peso del cuerpo se trasmita desde la pelvis al taco del zapato, impidiendo el apoyo del talón y por consiguiente del miembro, facilitando la marcha sin dolores e impidiendo el aumento de la coxa-vara cuando ésta existiera.

Los resultados obtenidos con el método de Whitman son mejores que los obtenidos con la extensión simple.

A pesar de que en nuestro servicio seguimos a los enfermos tratados, mandándoles periódicamente circulares, solicitándoles nos envíen datos sobre su estado e instándoles a volver para reexaminarlos, tenemos sin embargo un gran porcentaje de resultados ignorados. Y ello es debido en primer término a la edad avanzada de nuestros enfermos que mueren generalmente por enfermedades intercurrentes y en segundo lugar al cosmopolitismo de nuestro medio que hace que los enfermos, cambien con frecuencia de domicilio o que regresen a su país de origen.

De los 22 casos tratados por el método de Whitman, conocemos los resultados de 14. En 6 casos el resultado fué óptimo anatómico y funcional; debemos sin embargo dejar constancia que eran sujetos jóvenes con trazo cérvico-trocantérico. En 2 casos el resultado ha sido discreto, quedando como secuela, rigidez articular, dolor y ligera claudicación. En 5 casos el resultado ha sido francamente malo, 2 coxas-varas graves y 3 pseudoartrosis que provocan una ambulación difícil y dolorosa.

En los restantes casos tratados con el método de Whitman, no hemos podido verificar el resultado, pero, en general, nuestra impresión es que en la mayoría han sido malos. Como podemos advertir nuestra estadística de los casos tratados por el método Whitman no nos ha dado el alto porcentaje de resultados buenos que últimamente han publicado diversos autores americanos.

Una de las principales objeciones que hacemos al método, es la relativa contención que da el gran yeso pelvi-pedio, una vez obtenida la reducción de la fractura del cuello femoral.

El mejor yeso pelvi-pedio, ejecutado con técnica impecable, no puede asegurar una infalible inmovilización de los fragmentos ya reducidos de una fractura de cuello de fémur. Esta movilización de los fragmentos ya reducidos dentro del yeso correspondiente ha sido observada por la mayoría de los traumatólogos. Además debemos contar en contra del método de Whitman las rigideces que es fácil observar en la rodilla, debido a la prolongada inmovilización.

ABSTRACT

Closed method (Bloodless) of treatment of fractures of the Neck of Femur,
by Dr. José Valls, professor of Orthopaedie and Traumatic Surgery at
La Plata's University School of Medicine, and Drs. Carlos E. Otto-
lenghi and Valentín C. Girardi, professors « libres ».

The authors present a statistical review of the cases on the treatment of fractures of the neck of the femur, treated by closed method.

They describe graphycally the results obtained which are little promising, when only continued extension was applied in firm bed, and the extremity in abduction, and internal rotation.

It is revealed that the results attained by Whitman's method are better than those of the former method. They also, point out the inconveniences of Whitman's method.