

CONSIDERACIONES

SOBRE

EL TRATAMIENTO CRUENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL FEMUR

Por JOSE VALLS

Como se ha visto por los comentarios estadísticos leídos por el doctor Girardi, el tratamiento incruento de las fracturas del cuello del fémur nos ha dado resultados poco recomendables, a pesar de ser enfermos tratados en un servicio especializado con instrumental adecuado y personal entrenado en traumatología y de habersele colocado aparatos de yeso bien confeccionados y modelados.

Ello nos hizo acoger y practicar con entusiasmo el tratamiento operatorio a cielo abierto preconizado por Smith Petersen.

Antes de él nuestra experiencia nos había mostrado la constancia de los malos resultados con el procedimiento de enclavamiento de Delbet.

El único procedimiento que conocíamos que garantiza la buena colocación del clavo era el de Robineau y Contremoulin, pero su complejidad y el excesivo costo del instrumental han hecho que no saliera de las manos de estos dos autores.

Por ello nuestras intervenciones quirúrgicas se limitaban antes a la colocación de un injerto óseo en los casos de seudartrosis, operación que tampoco es practicable ni aceptada en todos los casos; y cuando éste fracasaba, la extirpación de la cabeza con implantación del muñón en el cótilo y trasplante del gran trocánter más abajo (operación de Withman).

En la actualidad, después de observar un cierto número de operados con el procedimiento de Smith Petersen, creemos poder afirmar que si bien es cierto que los resultados son mejores que con los otros procedimientos no podemos considerar aún que el problema del tratamiento de las fracturas del fémur está resuelto.

Es seguro que muchos de los malos resultados de la osteosíntesis con clavo tri o bilaminar se deben a defectos de técnica. Algunos de los clavos colocados por Smith Petersen, por Sven Johansson y por el mismo relator doctor Zeno distan mucho de estar bien colocados, y es bien cierto que la intervención tiene riesgos y es de ejecución difícil.

A medida que la experiencia aumenta fijaremos con exactitud la técnica, el tiempo de inmovilización y la fecha en que sin peligro se puede permitir el apoyo. Con respecto a este último creemos de valor la manera cómo procede Smith Petersen en sus últimos operados, haciéndoles deambular con un yeso de pelvis y muslo en ligera abducción durante 3 meses.

Y esto porque hemos observado un caso en que a los 2 $\frac{1}{2}$ meses de colocado el clavo, al practicar la enferma un brusco movimiento con su cadera el clavo se deslizó hacia afuera espontáneamente y la fractura se produjo, dada la facilidad con que se extraen los clavos que parecen como si tuvieran vaselina, como dice el doctor Zeno, es necesario prevenir este raro accidente.

Ahora es indudable que la operación a cielo abierto nos ha mostrado también que con la posición de Whitman la reducción de la fractura es defectuosa e incompleta en un buen número de casos. Cuando con el foco de fractura a la vista pedimos a un ayudante trate de reducir, en abducción y rotación interna, los fragmentos no coaptan bien, generalmente la cabeza se coloca en ante o retroversión y se puede observar una angulación posterior o anterior del cuello y un imperfecto afrontamiento.

Después de operar un cierto número de casos creemos tam-

bién que todos los procedimientos operatorios sin abrir la cápsula no garantizan la perfecta reducción, que a nuestro juicio es fundamental, y ello porque una de las dificultades de la operación a cielo abierto es precisamente la de reducir bien los fragmentos, y se puede pensar que si ello es difícil con los huesos en la mano y controlando con la vista lo que se hace, es poco menos que imposible a no ser que se tenga mucha suerte el conseguirlo a ciegas.

Con más o menos habilidad y con ayuda de éste o aquel dispositivo podrá colocarse a través del trocánter un clavo en perfecta posición, pero creemos muy difícil el garantizar una buena reducción.

A nuestro juicio, la imperfecta reducción es responsable de la mayor parte de los malos resultados, y esto es perfectamente explicable si se considera que dada la pequeñez de la circunferencia del cuello es necesaria una exacta reducción de los fragmentos para que el callo que se forme tenga la resistencia suficiente para sostener todo el peso del cuerpo en cada paso durante la deambulación.

Nos permitimos insistir en que para apreciar los resultados deben tomarse radiografías de frente y de perfil, única manera de juzgar severamente si la reducción se ha obtenido y si el clavo ha marchado por el centro de la cabeza.

En resumen, creemos que el enclavijamiento del cuello del fémur a cielo abierto es una operación susceptible de dar mejores resultados que la reducción incruenta por el método de Whitman, pero que para apreciarla en su verdadero valor es necesario esperar un tiempo y observar los resultados alejados que nos den los enfermos operados con una técnica que garantice una perfecta reducción y una exacta colocación del material de prótesis.

ABSTRACT

Operative treatment of fractures of the neck of the femur, by Dr. José Valls, profesor of Orthopedic and Traumatic Surgery at La Plata's University School of Medicine.

The author makes reference to the results of the little recommended methods of treatment of fractures of the neck of the femur.

The writer points out the advantages of the Smith-Petersen's open-method of operative treatment, believing that the pegging of the neck of the femur by the open-method is an operation apt to give better results, than the closed reduction (bloodless) of Whitman's method; and that in order to appreciate its true value, it is necessary to await for sometime and to hope for those remote results, which the operated patients yield, with a technique that guarantees a perfect reduction and an accurate placing of the material of prothesis.