TECNICA PERSONAL Y NUEVO INSTRUMENTAL

PARA

LA OSTEOSINTESIS DEL CUELLO FEMORAL A CIELO ABIERTO

POR

JOSE VALLS y ENRIQUE H. LAGOMARSINO

El tratamiento operatorio en las fracturas del cuello anatómico del fémur se halla actualmente fundamentado en los fracasos frecuentes de los diversos métodos del tratamiento incruento.

Los resultados del tratamiento incruento en las fracturas del cuello anatómico del fémur no satisfacen en un 50 por ciento de los casos, aproximadamente.

Las estadísticas publicadas y nuestros resultados demuestran que cualquiera sea el método empleado, tracción continua simple o esquelética, o reducción por maniobras manuales, la reposición anatómica frecuentemente no se obtiene, y en el mejor de los casos, obtenida, es difícil de mantener durante todo el largo tiempo de inmovilización necesario para la consolidación.

Dificultad de obtener la reducción y falla en los métodos de contención, contrarían los dos principios fundamentales para obtener la consolidación ósea de las fracturas y son las causas principales de los resultados mediocres del tratamiento incruento.

Estas deficiencias en la técnica y en los resultados han impulsado a la mayoría de los cirujanos y especialistas, en estos últimos tiempos, hacia la reducción cruenta y la osteosíntesis,

con el objeto de mejorar los resultados, ya que ésta promete, en teoría, reducir anatómicamente e inmovilizar completamente el foco de fractura, acortar sensiblemente el reposo en cama, la inmovilización y el plazo del tratamiento, factores importantísimos en estos fracturados, tan propensos a las congestiones, escaras, rigideces, etc.

Si estas ventajas teóricas del método aún no se han conseguido en totalidad, creemos que ello se debe a imperfecciones técnicas, a cuya solución aspira esta contribución.

El enclavijamiento del cuello femoral fracturado, operación que aparenta ser fácil y simple, es, en la práctica, ejecutada por los mejores cirujanos, de una dificultad sorprendente. Con la articulación abierta y la fractura a la vista, hemos visto fracasar a muchos cirujanos nacionales y extranjeros y hemos fracasado también nosotros en el intento de colocar correctamente la prótesis. Es por esto que no nos adherimos en la actualidad a los que creen en la efectividad del proceder subcutáneo de osteosíntesis del cuello femoral.

La osteosíntesis del cuello femoral a cielo abierto, si bien no ha dejado de ofrecer peligros operatorios, es perfectamente tolerada, aun por los ancianos y ofrece ventajas de precisión y rapidez tales, que terminará por desplazar a los métodos engorrosos de colocación subcutánea bajo el control de los rayos X, si es que éstos no se perfeccionan.

Nuestro *modus operandi* es el siguiente:

Abordamos la articulación por una vía ántero-externa (Lagomarsino). La incisión de la piel, con una incisión curva, de concavidad súpero-externa, que partiendo por debajo de la arcada de Poupart, a dos traveses de dedos por fuera del latido de la femoral se dirige hacia abajo y afuera, llega a la base del trocánter mayor, y luego asciende contorneando su borde posterior. Incindida la piel y el subcutáneo cortamos la aponeurosis a lo largo del borde externo del sartorio y nos introducimos en el espacio entre éste y el tensor de la fascia lata; reclinando hacia adentro con el separador el sartorio y el recto anterior, pinza-

mos los vasos circunflejos y seccionamos el tensor de la fascia lata y la aponeurosis femoral que cubre el gran trocánter al ras del labio inferior de la incisión cutánea. A la vista de la cápsula articular la incidimos luego paralelamente al cuello y debridados los labios de la incisión, aparece el foco de fractura.

La reducción de una fractura fresca del cuello femoral se obtiene con tracciones y rotaciones hechas por el ayudante que gobierna al miembro, es el tiempo más laborioso de la intervención. La tendencia del segmento cefálico a anteponerse la corregimos fácilmente colocando una almohadilla por debajo del muslo.

Obtenida la reducción anatómica de la fractura pasamos inmediatamente al tiempo de colocación de la prótesis mientras el ayudante mantiene fijo el miembro.

Hemos construído para ello un dispositivo guía, basado en los principios del cañón de Delbet, modificando los aparatos de Brocq, Dulot y Bunnel. Consta de dos ramas verticales, de las cuales, una termina en punta, y está destinada a marcar el sitio de la cabeza en que se quiera dirigir el clavo, y la otra termina en una presa articulada para conducirlo. Una rama horizontal las une y un cursor permite su aproximación o separación.

El dispositivo está construído en forma tal, que colocado en el eje del cuello, el clavo va a parar en el centro de la cabeza en un punto exactamente situado por debajo del punzón.

Teniendo en cuenta las dificultades técnicas de construcción y el elevado costo del clavo de Smith Petersen, uno de nosotros (Valls) ha hecho construir un clavo bilaminar que puede suplir sin desventajas al de Smith Petersen y que siendo de fácil construcción se puede adquirir a un precio módico.

En la correcta colocación del dispositivo reside el secreto del éxito de la colocación del clavo. El punzón de una de las ramas verticales se hunde en el cartílago de la cabeza femoral en el sitio donde quiere hacerse llegar el clavo; en la parte anterior de la presa articulada para el clavo existe una púa que introducida en el trocánter mayor fijará el dispositivo guía; se coloca el clavo en el conductor y se introduce en el fémur hasta que lo

permita el dispositivo, se quita éste abriendo la presa para el mismo y se introduce totalmente hasta impactar la fractura.

Teniendo cuidado de marcar bien el sitio de destino del clavo en la cabeza, cuidando de que la rama horizontal siga el eje medio longitudinal del cuello femoral y colocando el punto de penetración del clavo en el trocánter, de manera que se halle situado en el tercio medio de su cara externa, más bien hacia adelante que hacia atrás, se tendrá la seguridad de haber introducido el clavo correctamente en el eje central del cuello y de la cabeza.

El dispositivo permite, además de corregir las dificultades de orientación y profundidad en el enclavijamiento, resolver el serio problema de la elección correcta en la longitud del clavo, pues es sabida la dificultad y los destrozos que se causan al querer extraer un clavo que ha penetrado demasiado.

Basta leer en la rama horizontal la distancia que existe entre las ramas verticales cuando el aparato se halla colocado, para saber exactamente la longitud del clavo a colocar.

Esta técnica nos ha permitido efectuar 7 enclavijamientos en fracturas del cuello femoral, sin ningún tropiezo y reducir el tiempo de la intervención hasta efectuarla sin apresuramientos en poco más de media hora, como lo hemos mostrado esta mañana en una sesión operatoria.

ABSTRACT

Original technic and new instrumental for the treatment of the fractures of the neck's femur, by Dr. José Valls, professor of Orthopedic and Traumatic Surgery at La Plata's University School of Medicine, and Dr. Enrique V. Lagomarsino of Buenos Aires.

The writers make reference to the results obtained which closed-method (bloodless) of treatment of the fractures of the anatomical neck of the femur, which are not satisfactory in 50 % of the cases.

The difficulties which present themselves, in uniting the neck of the femur, in the subcutaneous procedure of osteosynthesis are pointed out.

The author outline, a new system of osteosynthesis of the neck of the femur by the open-method, employing a general technic, a dispositive guide, and a bilaminar nail (plate) devised by them.