

Presentado en la Sesión del 14 de Octubre de 1931

Preside el Dr. C. Stajano

Un caso de fractura de Monteggia

Por el Dr. D. PRAT

En 1814 Monteggia, de Milán, publicó los dos primeros casos conocidos de fractura de la extremidad superior del cúbito, acompañada de la luxación de la extremidad superior del radio; desde entonces, las fracturas de este tipo han sido denominadas **fractura de Monteggia**. He aquí un caso observado en nuestra práctica hospitalaria.

Mig. Cal., de 27 años, uruguayo, casado, acude a nuestra policlínica por una lesión del antebrazo derecho siendo examinado y atendido por el Dr. Riveiro. Hace 36 horas ha sufrido un accidente automovilístico, del que no puede dar mayores datos porque ha perdido el conocimiento. El enfermo se presenta con su miembro derecho inmovilizado con férulas de cartón, está en flexión a 90° y sostenido por un vendaje. Quitadas las vendas el enfermo acusa una marcada impotencia funcional y un gran dolor, que se mantiene vivo e intenso desde el momento del accidente.

El antebrazo de contextura muy musculosa, está infiltrado y edematoso, por lo tanto, aumentado en su volumen circunferencial, pero esto está más marcado en la mitad superior del antebrazo. Llama la atención muy particularmente, el hecho de que la tumoración de la parte alta del antebrazo, toma toda la circunferencia del antebrazo y en su parte externa la tumoración invade también el brazo. La palpación pone de manifiesto una sensibilidad exquisita sobre el cúbito, unos seis a ocho centímetros más abajo del codo.

El antebrazo derecho parece acortado con relación al izquierdo.

El enfermo no puede ejecutar ningún movimiento y los que se le realizan son muy dolorosos. En el radio no se encuentra nada anormal, aunque conviene destacar que este examen se hace en condiciones muy difíciles, pues la abultada musculatura y la infiltración del miembro hacen las constataciones muy obtusas.

En este primer examen, es lástima que no se haya establecido bien categóricamente la movilidad y semiología del codo.

El Dr. Riveiro hace diagnóstico de fractura del cúbito e indica una radiografía. En el intervalo nos comunica la presencia de ese caso, para solicitar nuestra conformidad en la terapéutica a realizarse. Sin prestarle mayor atención al caso, viéndolo peso sin examinarlo detenidamente, aceptamos que se le coloque un aparato de yeso. La

radiografía pone de manifiesto la fractura del cúbito en la unión del $1/3$ superior con los $2/3$ inferiores, pero se constata, además, que existe la luxación de la cabeza del radio, luxación antero-interna.

En estas circunstancias se me consulta para resolver sobre el tratamiento de este caso. Tentaremos la reducción de la luxación y la coaptación de la fractura, valiéndonos de la anestesia local al 1 %, que infiltre los focos de la luxación y fractura. Se practica una intensa extensión con su correspondiente contra extensión y al rato de mantenida la extensión se tienta obtener la reducción de la luxación con maniobras directas y compresión sobre la cabeza del radio. Parece haberse conseguido la reducción y a continuación se inmoviliza el miembro con una férula posterior de yeso que mantiene el codo en ligera flexión aguda.

Al día siguiente un examen de rayos X pone de manifiesto la persistencia de la luxación del radio y bastante separación de los fragmentos de la fractura.

Se decide hacer la reducción con anestesia general, cosa que se hace a las 43 horas de producida la lesión. Anestesia al éter, maniobras de extensión y contraextensión del antebrazo, que se completan con maniobras de reducción de la cabeza del radio. Nos damos cuenta que ésta se ha producido por la desaparición de la cúpula radial de la cara anterior del codo y por los movimientos normales de la articulación que se han restablecido. Con la simple reducción de la luxación del radio, la reducción de la fractura del cúbito y su coaptación, se ha hecho de un modo perfecto, cosa que comprobamos por los rayos X.

Aparato de yeso. Se deja este aparato unos quince días y se empieza la movilización delicada y progresiva del codo.

El enfermo ha readquirido una movilización casi completamente normal y una bastante buena reducción de su fractura, como lo pone bien de manifiesto las radiografías adjuntas.

La fractura de Monteggia sin ser muy frecuente, no es ya de las lesiones raras de los primeros tiempos. La fractura típica de Monteggia es aquella en que el trazo de fractura está localizado en la unión del $1/3$ superior con los $2/3$ inferiores del cúbito, pero otros trazos de fractura colocados más arriba, hasta la base del olécrano, pueden ir acompañadas de la luxación de la cabeza del radio y que, por lo tanto, pueden considerarse también como fracturas del tipo Monteggia.

El trazo de fractura es habitualmente oblicuo, de arriba abajo y de adelante hacia atrás, a veces sigue la dirección inversa y en la menor parte de los casos puede ser transversal. A menudo se produce un pequeño fragmento intermediario.

La dirección y orientación de los trazos de fractura explican la desviación y cabalgamiento de los fragmentos óseos que casi siempre son muy acentuados. No nos interesa en este momento ni es nuestra finalidad, hacer el estudio anatomopatológico de la fractura de Monteggia, sólo nos concretaremos a deducir las conclusiones prácticas que derivan del análisis de nuestro caso.

En lo que se refiere al diagnóstico, dos cosas deben despertar en el clínico, la sospecha de la fractura de Monteggia, vale decir, la luxación superior del radio, asociada a la fractura de parte superior del cúbito. Ellas son: 1.º, la fractura del cúbito localizada en su tercio superior y 2.º, la deformación anteroextensa de la articulación del codo y la marcada limitación de los movimientos de esta misma articulación.

Es muy frecuente la concomitancia de la luxación del radio con las fracturas del tercio superior del cúbito, por eso en todos los casos en que nos encontremos frente a una fractura de esta porción del cúbito, debemos analizar detenidamente la situación y disposición de la cabeza del radio. Malgaigne indicaba la conveniencia de realizar esta prolija exploración en toda fractura del cúbito, desde la base del olécrano hasta su extremidad inferior, por la posibilidad en estos casos, de la luxación concomitante de la extremidad superior del radio, cosa muy posible cuando los fragmentos de la fractura cubital estaban muy desplazados. Esta práctica sistemática será la mejor vía y el método más seguro para reconocer la fractura de Monteggia.

La exploración topográfica de la articulación húmero-radial, estará tanto más indicada si se constata una tumoración en la parte superior y externa del antebrazo, que a menudo invade hasta el brazo. Si la masa muscular no es muy pronunciada, podrá observarse el relieve que hace la cúpula radial al desplazarse hacia adelante y adentro. Se explica que en caso de luxación anterior, los movimientos de flexión del codo están muy limitados.

Los datos clínicos que acabamos de mencionar, serán los mejores elementos para investigar y reconocer la fractura de Monteggia. En nuestro caso el diagnóstico no fué hecho, porque no nos preocupamos de examinar detenidamente al enfermo y sólo nos limitamos a mirarlo para dar nuestra opinión sobre la aplicación del aparato de yeso. Será una falta clínica si se quiere por no haber examinado detenidamente al enfermo, pero estamos convencidos que al constatar la fractura del tercio superior del cúbito hubiéramos investigado en seguida cuidadosamente la existencia de la luxación del radio, por tener muy presente la disciplina clínica que indica investigar la luxación del radio en las fracturas del cúbito.

La radiografía resolverá siempre en última instancia y servirá para confirmar el diagnóstico que ha sido sospechado clínicamente o, por el contrario, hará el diagnóstico exacto, cuando aquél hubiere pasado desapercibido como ocurrió en nuestro caso.

En cuanto al tratamiento, hemos obtenido la reducción perfecta de la luxación y de la fractura siguiendo el aforismo de Kirmisson, que establece en estos casos, **que la luxación es todo y la fractura no es nada**. En efecto, hicimos una primera tentativa de reducción valiéndonos de la anestesia local de los focos de fractura y de la luxación, según la técnica de Böhler, sin tener éxito. En una segunda tentativa con anestesia general al éter, el éxito fué completo, habiendo obtenido fácilmente la reducción de la luxación y automáticamente, sin hacer nada sobre la fractura, ésta se redujo y se coaptó muy bien.

Inmovilización del miembro con una gotera posterior enyesada durante quince días; movilización, para obtener un excelente resultado como pueden comprobar ustedes en el enfermo aquí presente.

Si no hubiésemos tenido éxito en la reducción ortopédica con anestesia general, no habríamos tenido más remedio que recurrir a la intervención. Con respecto a ésta los cirujanos se dividen en dos grandes grupos, los que consideran que la fractura es lo fundamental y empiezan por reducir ésta y dedicarse después a la luxación; en cambio, otros consideran lo fundamental la luxación y tratan de reducirla para luego tratar la fractura. Pero no hemos tenido felizmente necesidad de llegar a la intervención y, por lo tanto, está fuera de lugar que nos ocupemos del tratamiento cruento de la fractura de Monteggia, destacando sin embargo, que una buena técnica ortopédica, auxiliada por la anestesia general, puede tener excelente éxito en el tratamiento de la fractura de Monteggia, aun cuando esta reducción se realice muchas horas después de producida la lesión.

Presentado en la Sesión del 14 de Octubre de 1931

Preside el Dr. C. Stajano

Un caso de Espondilitis tífica

Por el Dr. ERNESTO RIVEIRO, Relator Dr. D. PRAT

J. M. F. de 59 años de edad. Uruguayo. Casado.

Ingresa al Hospital Pasteur, Servicio del Profesor Domingo Prat, el 15 de Mayo de 1931, siendo enviado de un hospital del interior por dolores en la región lumbar que le imposibilitan la marcha.