

Por otra parte, la radiografía es de lo más elocuente: gran cavidad quística asentando en la parte posterior de la rama horizontal izquierda del maxilar y en cuyo fondo está implantado el molar, cuya corona hace saliencia en la cavidad. Las raíces del molar se presentan en la radio visiblemente rudimentarias.

La conducta terapéutica no podía ser otra que la extirpación completa del quiste, cuya pieza presentamos. El enfermo evolucionó perfectamente.

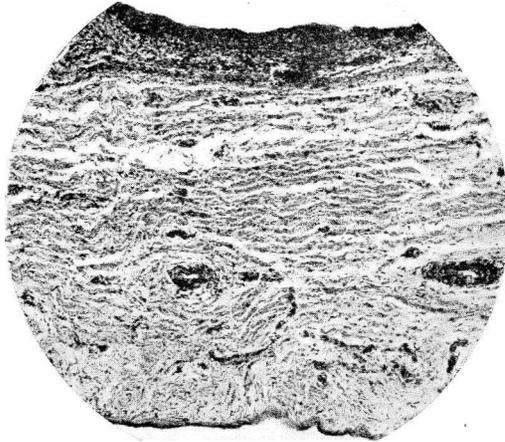


Fig. 4.—Corte histológico de la pared del quiste (1:60). Se ve el epitelio pavimentoso, plano, estratificado asentando sobre una base de tejido conjuntivo joven.

El examen de la pieza que mostramos nos eximen de mayores comentarios.

Deseamos significar nuestro reconocimiento al Prof. Prat, que nos ofreció gentilmente este caso para su presentación.

Fracturas de epitroclea con interposición articular

Por el doctor R. V. CANTON

Las fracturas de la epitroclea con interposición articular distan de ser excepcionales. Así lo dice Monchet en su rapport a la Sociedad de Cirugía de París, en 1928, a propósito de un caso de Grimault, complicado con parálisis del cubital.

Monchet había tenido ya ocasión de tratar 10 casos. Y agrega: "lo

que es excepcional, es la parálisis del nervio cubital". Sólo conocía, hasta entonces, dos casos: uno de Payr en 1910 y otro personal, pero en el cual la parálisis era secundaria, por compresión del nervio por un block cicatricial, sobre la superficie irregular de la fractura, en el húmero.

Lagos García, en una comunicación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, en 1933, comunica un caso, con parálisis del cubital y dice que en la bibliografía sólo encuentra 5 casos, entre los cuales cuenta los 3 ya citados. Posteriormente y a la misma Sociedad, del Valle y Zeno comunican otros dos casos.

En nuestro enfermo existían trastornos nerviosos manifiestos en la esfera del cubital, cuyo substratum anatómico pudimos comprobar en la intervención. Su historia es la siguiente:

A. C., casado, de 50 años de edad, se presenta en la Policlínica del Servicio del Prof. García Lagos, por un traumatismo del codo, producido en una caída, datando de dos días. No se puede precisar su mecanismo, dado el estado de ebriedad del sujeto cuando su caída.

Impotencia funcional muy marcada. Tumefacción considerable a nivel del codo, invadiendo las regiones cercanas del brazo y antebrazo. Equimosis muy extendidas, especialmente en la parte interna del miembro, codo en flexión en ángulo obtuso. Pasivamente, es posible llevar el codo a la extensión incompleta, en tanto que la flexión es imposible. La palpación provoca dolor intenso sobre el lado anterior del codo. El pico del olécranus se halla más arriba que la línea pasando por el epicondilo. No se palpa la cabeza del radio, por la tumefacción

El enfermo se queja de dolores irradiando hacia los dedos anular y meñique, con sensación de hormigueo muy marcado, exagerándose estos síntomas por la compresión sobre el lado interno del codo. Hay garra cubital. Hiperestesia sobre los dos últimos dedos.

Radiografía: Fractura de la epitroclea con interposición articular; se observan dos fragmentos sobre la vertiente interna de la cavidad sigmoidea del cúbito. Subluxación del codo hacia atrás. Se observan algunas irregularidades sobre la superficie posterior del húmero, como si se tratara de una artritis crónica.

Se intenta una reducción, que fracasa.

Se decide la intervención. Anestesia general. Incisión vertical, sobre el borde interno del codo. Gran infiltración hemorrágica. Se va deliberadamente a la descubierta del nervio cubital; éste presenta, en una extensión de 2 centímetros, un espesamiento fusiforme, equimótico; la palpamos, da la impresión de que la continuidad del nervio está respetada; se libera hasta llegar a la región sana; protección del nervio. Se constata una ruptura importante de la cápsula articular: la tróclea hace fuerte saliente hacia adentro, encajada por formaciones cápsulo-ligamentosas hacia arriba y hacia abajo, por una brida tensa, constituida por la epitroclea en su parte media y músculos y ligamentos que de ella parten. La superficie cubital no se ve, cubierta por la epitroclea y su manto muscular; la epitroclea presenta su cara cruenta fracturaria hacia abajo. Imposibilidad de buscar la epitroclea; decidimos la extirpación y una vez realizada, esto permite que se abra ampliamente la interlínea y reducir perfectamente la subluxación, con su chasquido

característico. Se pueden realizar ampliamente la flexión y extensión. Reconstrucción de los planos. Aparato de Jaer en flexión, dejando libres los dedos.

En el post-operatorio, a los dos días el enfermo señala espontáneamente, que disminuye francamente la sensación de hormigueo y que mueve mejor los dedos; esta mejoría se acentúa rápidamente. Cicatriza por primera; a los 9 días, se extrae el yeso; realiza activos movimientos de flexión y extensión. Baños calientes y sin otro tratamiento, pide para salir a los 14 días de la intervención.

La fractura de la epitroclea con interposición, se encuentra de preferencia en los niños y adolescentes. Se explica perfectamente, pues la soldadura de apófisis a la diáfisis no se efectúa, según Tanton, hasta los 15 años y aún algunos no lo hacen hasta los 20 o 25 años; es un decolamiento epifisario. En general, se producen por mecanismo indirecto: caída sobre la palma en hiperextensión y abducción; el abductor interno, músculo ligamentoso, resiste y arranca la epitroclea; exagerándose la abducción, los músculos epitrocleales tironeados, arrastran el fragmento que choca sobre la superficie cubital saliente y queda allí fijado, por esa brida a tensión, enganchando a veces el pico coronoideo. Esta fijación, explica, a nuestro entender, un hecho que nos había llamado la atención y que luego vimos señalado y es que existiendo todas las condiciones favorables para que se produzca una luxación completa del codo (desgarro capsular, fractura de la epitroclea), que deja una amplia brecha en el sostén de la articulación, en la inmensa mayoría de los casos, sólo queda en la etapa de una luxación incompleta o de una luxación abortada. Mouchet refiere 22 casos, con 4 luxaciones; Fevre 5 casos, con 2 luxaciones, una de ellas dudosa.

Esta interpretación está de acuerdo con lo que apreciamos durante la intervención, que al reseca la epitroclea y por lo tanto, al seccionar la brida músculo-ligamentosa, pudimos abrir ampliamente la articulación y reducir y reproducir fácilmente una luxación completa.

El diagnóstico es difícil, clínicamente. Mouchet aconseja, pensar, cuando se constata una subluxación o luxación, irreductible especialmente en los niños, acompañada de una equimosis sobre el lado interno del codo.

Radiográficamente, tiene gran valor la radiografía de frente, pues en la radio de perfil puede proyectarse la epitroclea en la interlínea, simulando una interposición inexistente.

En los niños, es especialmente difícil la lectura de las placas en esta posición, por los puntos de osificación.

El tratamiento de la lesión, creemos fué el oportuno. En general, el tratamiento urgente y oportuno, es el preconizado por la gran ma-

yoría de los autores, máxime cuando existen lesiones nerviosas concomitantes, discrepando solamente en la resección o fijación del fragmento

En oposición con esta conducta intervencionista, Fèvre publica en la "Revista de Ortopedia", de 1933, 5 casos en los niños, reducidos por maniobras externas. En cuanto a la parálisis del cubital, Broca y Mouchet dicen, que "a priori", toda parálisis primitiva en las fracturas de la extremidad inferior del húmero, debe hacer pensar en una contusión. Esta no es consecuencia directa de la fractura de la epitróclea, sino resultado de la contusión directa del nervio por el traumatismo sobre la región interna del codo. Su pronóstico es, en general, favorable y operatoriamente se debe simplemente proteger el nervio, para evitar lesiones secundarias.