

**FRACTURA MALEOLAR INTERNA EXPUESTA**  
**Secuestración de la extremidad tibial**

*Prof. J. - C. DEL CAMPO y E. PRAT*

Haremos en primer término la relación del caso.

El primero de junio de 1935 ingresa al Hospital Pasteur, Paulo S., uruguayo, de 35 años de edad, accidentado sobre cuyo pie derecho acaba de pasar un auto. Su pie está desviado y rotado hacia afuera y sobre el lado interno asoma a través de una herida transversal el extremo inferior de la tibia izquierda desprovisto de su maleolo.

No prolongamos el examen clínico pasando de inmediato a la intervención de rigor.

*Intervención.* — Dr. J. C. del Campo. Anestesia general: éter. Excisión de los bordes de la herida. Exploración de la herida. Se constata que la tibia totalmente aislada del peroné se ha luxado sola. La reducción está dificultada por la interposición entre tibia y peroné de los tendones anteriores con sus vainas conservadas y de los tendones posteriores de los cuales sólo el tibial posterior tiene su vaina abierta. Se trata pues de dos labios capsuloperiósticos. En el fondo de ellos se percibe el peroné intacto, pareciendo separado a la vez de la tibia y del astrágalo. Con dos separadores se apartan los dos labios capsuloperiósticos y se repone en su sitio a la tibia. Dos puntos de catgut unen por su sobretodo fibroso el maleolo interno a la tibia. Cierre de la herida. Se constata bien en este momento que el peroné no obedece a los movimientos del pie, es decir que no es solidario del astrágalo. Solo por presión es posible acercar el peroné a la tibia. Bota de yeso.

Se saca placa después de operado y cuatro días después.

La primera (H. Pasteur, fig. 1) muestra el trazo de fractura maleolar tibial, el extremo inferior de la tibia sano y la separación del peroné tanto de la tibia como del astrágalo. La segunda tomando toda la pierna comprueba que el peroné está intacto en toda su extensión. No hay clínicamente luxación peroneo - tibial superior.

A partir del 7 de junio la herida toma un aspecto flemonoso, nos es necesario sacar unos puntos y drenar la zona operatoria. El enfermo entra 5 de agosto de 1936.

---

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día

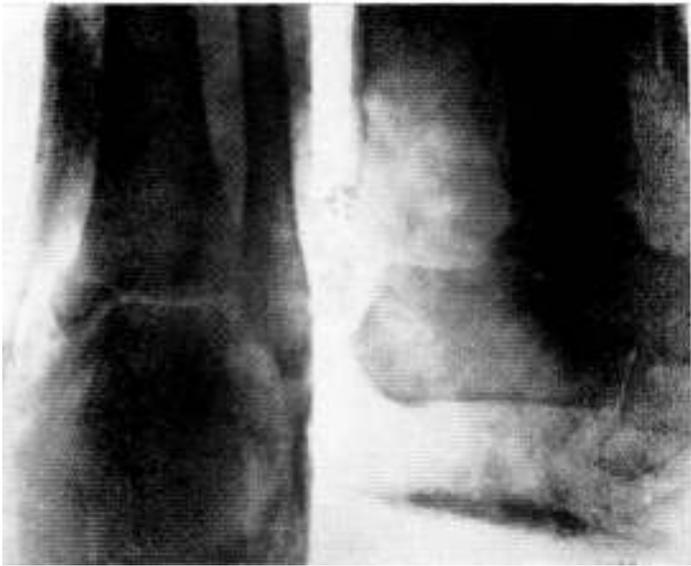


Fig.

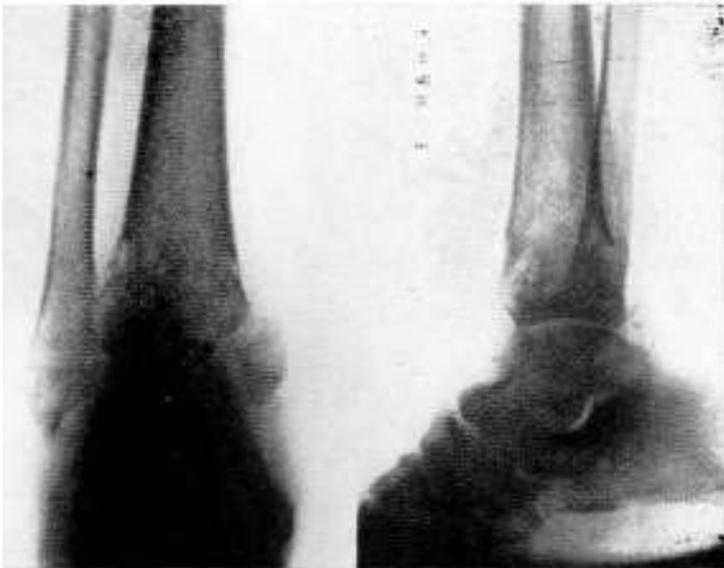


Fig. 2

rápidamente en apirexia (junio 11) la supuración que no fué nunca abundante disminuye pero quedando una fístula.

A fines de julio la situación es la siguiente. La fístula permanece abierta, aunque dando muy poco. El cuello del pie está ensanchado, edematoso. La extremidad inferior del peroné es movilizable en el sentido antero posterior. El maleolo interno fracturado no se ha soldado. Hay también movilidad en el sentido antero-posterior de la pierna sobre el pie con roce, indicando el depulido articular, la artritis tibiotalariana. Las placas hechas en ese entonces en el Hospital Pasteur (VII) y Maciel (E 8583, fig. 2) muestran, además de la artritis tibiotalariana, algo inesperado: el comienzo de la secuestración de la extremidad inferior de la tibia.

En las placas sucesivas E 8778 (IX, 20, 935) E 8936 (X, 31, 935) y E 8946 (XI, 2, 935, fig. 3) se ve completarse la secuestración. El secuestro va poco a poco perdiendo su espesor a favor de un proceso de osteolisis ya que por la fístula nunca salió ningún pequeño secuestro. Se decide intervenir.

Intervención: Drs. J. C. del Campo y E. Prat, noviembre 11 de 1935. Incisión longitudinal interna. Se extirpa el resto de la epifisis tibial considerablemente reducido de tamaño. Solo forma una laminilla de hueso recubierta de un cartilago evidentemente enfermo, necrótico. El fragmento está completamente aislado. Curetaje de las fungosidades que recubren el foco de osteítis. Extirpación del maleolo interno cuyos tejidos cartilaginoso y óseo tienen apariencia normal pero que tememos pueda mantener la fístula. Excisión del cartilago del astrágalo de apariencia casi normal. Tubo. Cierre. Aparato de yeso.

Radiografía de control. E 9023 (XI, 13, 935). Veinte días después se saca el aparato de yeso. Se saca el tubo por cuyo trayecto no viene nada. Radiografía de control E 9094 (XII-7-1935, fig. 4). Se coloca otra bota de yeso y pasa a asistirse a su domicilio el 15 de diciembre de 1935.

Empezaremos por decir que hemos debido renunciar a la investigación bibliográfica. Llama la atención el pequeño número de trabajos sobre fractura de Dupuytren expuesta de estos últimos tiempos. En cuanto a los trabajos clásicos sobre el Dupuytren se preocupan sobre todo de patogenia, de clasificación, de la diastasis tibioperonea, del tercer fragmento.

Dos factores deben a nuestro modo de ver ser tenidos en cuenta para explicar esta complicación: la infección y el factor arterial.

Cualquiera que sea la importancia dada a la infección en la evolución de este caso no creemos que sea el elemento principal. Nos hubiera explicado una supuración articular obligando a una terapéutica mayor, una osteítis marginando la zona expuesta pero no la secuestración total de la epifisis tibial.

Nos parece innegable la preponderancia del factor arterial.



Fig. 3



Fig. 4

Aun cuando en el hueso adulto las circulaciones epifisiarias y diafisiaria se anastomosan la primera deriva principalmente de las arteriolas que entran por vía cápsulo - perióstica.

En nuestro caso la extremidad inferior de la tibia salía hacia afuera completamente despojada de su cubierta perióstica como si hubiera sido preparada por un cirujano ejecutando una resección subcápsula - perióstica.

La tibia ha salido en esa forma obligada, o a favor de una modalidad de la fractura del cuello del pie que es muy rara, la rotura total de los ligamentos peroneotibiales y peroneoastragalinos sin lesión del peroné. Para seguir su incursión hacia abajo una vez liberada del maleolo peroneo, ha debido enuclearse de sus partes blandas.

Una fractura peronea yuxta o supra - articular que es lo habitual hubiera permitido el desplazamiento de la tibia sin esta lesión de las partes blandas.

La exposición del foco es a la vez índice de la intensidad del desplazamiento y causa para que éste haya sido tan acentuado.

En la asociación de estos dos factores, tipo especial de fractura y exposición del foco, está sin duda la causa de la rareza de esta complicación.