

**SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS
DEL CUELLO QUIRÚRGICO DEL OMÓPLATO**

E. PRAT

(Relatorio del Prof. D. PRAT)

El Dr. E. Prat, desea presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía un trabajo que ha realizado en mi clínica sobre las fracturas del cuello quirúrgico del omóplato y que comprende 10 casos. Ruego al Sr. Presidente quiera permitir que el Dr. Prat lea la parte de tratamiento de estas fracturas y que nos muestre las películas radiográficas en que se evidencian los tipos de fracturas y los resultados del tratamiento.

Introducción. — El objeto de este trabajo es mostrar una serie de 15 fracturas del cuello quirúrgico del omóplato, observadas en el intervalo de un año, en que me he ocupado de la traumatología en el Servicio del Prof. D. Prat, y mostrar algunas modificaciones que pretendemos originales en el tratamiento de dichas fracturas. Han colaborado cediéndome gentilmente algunos de estos casos, los Dres. García - Lagos, Ugón y Rolando, etc.

No daremos lectura a las historias correspondientes a estos 15 casos porque nos llevaría mucho espacio, me limitaré a mostrar las radiografías correspondientes.

TRATAMIENTO. — Nuestro objeto frente a una fractura del cuello quirúrgico del omóplato es tratar que consoliden según las leyes esteogénicas normales, lo que buscaremos con una terapéutica racional. Con ella conseguiremos que la fractura no sea considerada como una enfermedad sino como un incidente pasajero.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 2 de setiembre de 1936.

Así ni el dolor, ni el espasmo, ni la vasodilatación paralítica, ni el edema atrófico ni la decalcificación entran en juego; el proceso osteogénico repara normalmente la solución de continuidad ósea.

Nuestra terapéutica debe propender en todo momento a una restitución anatómica y funcional lo más completa posible, cosa que conseguimos con una ajustada aplicación de los principios generales. En el momento actual en que la traumatología ha progresado tanto, es necesario para hacer una terapéutica científica seguir un plan en la aplicación de los principios generales frente a toda fractura.

Un primer postulado que se debe tener muy en cuenta dice que cuanto más precozmente se hace la reducción de una fractura, más fácil es la corrección y menores los trastornos secundarios que aparecen.

Un segundo postulado dice: cuanto más perfecta es la inmovilización del foco reducido más silencioso es el período de reparación.

Un tercer postulado dice: que el ejercicio activo de todos los músculos y articulaciones del cuerpo asociados a la contracción voluntaria activa, rítmica de los músculos que rodean al foco de fractura inmovilizado, son los factores más notables para reparar el complejo traumático y el mejor estímulo para que se realice la osteogénesis en la fractura. Una vez cumplidos estos postulados: reducción, inmovilización y tratamiento funcional, el tiempo se encargará de la síntesis ósea. Frente a una fractura del cuello quirúrgico del omóplato no se debe eludir ninguno de estos principios: no debemos conformarnos con que una fractura mal reducida pueda dar una restitución funcional buena. Hoy día la traumatología moderna debe propender a la restitución anatómica o lo más próximo posible a ello. Si bien nosotros en el curso del tratamiento de las fracturas en esos distintos casos nos hemos conformado con restituciones funcionales, a medida que hemos ido adquiriendo mayor experiencia nuestras aspiraciones se hicieron mayores y pretendemos con un nuevo procedimiento la restitución anatómica o casi anatómica en las fracturas con desplazamiento.

Una vez hecho el diagnóstico clínico de probable fractura del cuello del omóplato haremos una radiografía de frente en las condiciones que ya hemos indicado. Si ésta nos muestra una frac-

tura con desplazamiento no debemos conformarnos con esta única placa en un servicio bien instalado de traumatología donde los rayos X deben estar en íntima conexión con el resto del servicio. Debemos hacer un radiograma de perfil y para ello es preferible hacer previamente una anestesia focal con novocaína al 2 % para evitar que el enfermo sufra.

Una vez obtenidos los radiogramas los colocamos frente al operador para poderlos tener bajo la vista durante las maniobras. Pueden presentarse dos probabilidades: según haya o no desplazamiento de los fragmentos.

En las fracturas incompletas. — Nos limitaremos a colocar un simple vendaje de Velpeau o de Mayor, para evitar los movimientos intempestivos del enfermo. Rápidamente comenzaremos a movilizar el brazo con movimientos activos y pasivos. Aquí el problema reducción no existe, la contención no necesita ser completa dado que la fractura es incompleta.

En las fracturas completas pero sin desplazamiento. — Actuaremos de una manera semejante: inmovilizaremos en un vendaje de Le Dentu simple o bien con vendas de yeso. Lo dejaremos así durante tres semanas, luego comenzaremos la movilización pasiva y activa.

Zeno en estos casos emplea el aeroplano o atela de abducción, vendando el brazo al aparato sin establecer tracción. Este procedimiento permite la flexoextensión activa del codo.

En las fracturas completas con desplazamiento hacia abajo y adentro del fragmento distal. — Procederemos en primer término a la reducción previa anestesia focal con novocaína al 2 % si es que no lo hemos hecho en el momento de hacer la radiografía. Luego fijando el cuerpo del omóplato procuraremos llevar el fragmento externo o distal moviendo el brazo arriba, atrás y afuera, es decir en sentido opuesto al desplazamiento. Esto ha sido obtenido de diferente manera por los distintos autores. Ya sea con un vendaje del cuerpo que fija la escápula, mientras una almohadilla de algodón en la axila, lleva el hombro afuera, manteniendo el hombro elevado por medio de un echarpe, ésto es lo que hace Tanton. Gioia reduce llevando el hombro arriba, afuera y atrás, maniobrando sobre el codo con el brazo flexionado en ángulo recto, mientras el fragmento proximal es mantenido fijo por un ayudante, ya sea con una venda ancha que envuelve el tórax en

la parte más alta de la axila; ya sea con ambas manos entrecruzadas abrazando el tórax al mismo nivel. La contención la hace si el desplazamiento es poco marcado con tres anchas tiras de leucoplasto o con un vendaje de Le Dentu con vendas de yeso que se dejarán durante tres semanas. Luego movilización pasiva y activa, y en el intervalo un vendaje simple. Cuando existe desplazamiento acentuado cosa que Gioia considera excepcional, la inmovilización se hará en abducción con vendaje de yeso o cartón.

En las fracturas con desplazamiento, Bardenheuer y Grune hacen la extensión continua, pero para ello se necesita el decúbito dorsal con el busto un poco levantado y con el brazo en abducción extrema, tirando arriba y afuera, haciendo presa en el antebrazo con leucoplasto. Este método que es poco tolerado por los enfermos da buenos resultados en los casos de desplazamiento abajo y adentro del fragmento distal. Después de diez o doce días de extensión, la movilización y el masaje.

Lelio Zeno basándose en lo que dice Robert Jones coloca el miembro lesionado en posición de descanso fisiológico, lo que consigue con el uso del aeroplano, más bien dicho de la atela de abducción, evitando así el síndrome doloroso articular del hombro, descrito por Robert Jones que trae como consecuencia la presencia de osteomas. Hace la tracción sobre el brazo en noventa grados de abducción, posición que disminuye inmediatamente los dolores y corrige los desplazamientos. La tracción la hace con leucoplasto. Emplea para hacer el aparato de abducción las atelas de Krammer. El sujeto puede hacer movimientos de dedos, muñeca y antebrazo, a los veinte días de estar el brazo sobre el aeroplano. A los cuarenta días realiza todos los movimientos sin dolor y retira el aparato en esta fecha.

Personalmente he empleado casi todos estos procedimientos a medida que se han ido presentando los casos. En las observaciones Nos. 1, 2, 3, 6, se empleó el simple vendaje de Mayer con una almohadilla algodónada en la axila en la observación N° 4 y N° 5 en que había asociación de fractura de clavícula se estableció una extensión continua traccionando el olécrano con un estribo tractor. Se colocó el enfermo en cama, en decúbito dorsal tirando del brazo en la abducción de 90 grados en una atela de Thomas de brazo. Se sacó radiografía de control a los pocos días y se constató que se había modificado algo, pero que la reducción

no era completa. Pasaron cinco días y el enfermo no pudo tolerar más la tracción, razón por la cual se quitó y se le colocó un vendaje de Mayor. Algo semejante se hizo con la observación N° 5. El enfermo tampoco toleró la tracción continua en el decúbito dorsal después de haberla mantenido durante diez días, un control radiográfico mostró que la posición de los fragmentos óseos era mejor, aunque no perfecta.

En la observación N° 7 con desplazamiento abajo y adentro del fragmento distal se empleó un aparato que corrientemente usamos para la fractura de clavícula que apoyando en la cresta ilíaca empuja al hombro arriba y afuera, entre paréntesis, semejante al de Bolher, y al que yo le he hecho una pequeña modificación, asociándole los anillos de goma tipo Hilden que tienen por objeto llevar el brazo hacia atrás recubriéndolos de algodón para que no lesionen (véase figura).

Creo que este es un buen aparato que merece usarse en las fracturas del cuello del omoplato, mantiene bien y permite la movilización precoz de la articulación escápulo - humeral en tanto el aparato colocado pensamos utilizarlo sobre todo en las asociaciones con fractura de clavícula.

En la Obs. N° 8 a insinuación del Prof. D. Prat hemos utilizado un nuevo procedimiento no utilizado hasta ahora, y que consiste en traccionar en la dirección contraria al desplazamiento por medio de un hilo de acero inoxidable que atraviesa la epífisis humeral, y que ha dado excelente resultado, por lo que me propongo seguir usándolo en adelante.

Se procede de la siguiente manera: con anestesia local se hacen dos puntos de novocaina, uno en la cara anterior del hombro y otro en la cara posterior, habiendo palpado previamente la epífisis humeral para localizar bien los puntos. Es preferible hacer deslizar la piel hacia la línea media del cuerpo para evitar luego que raje cuando se establece la tracción. Luego con un hilo de acero inoxidable y un perforador eléctrico o a mano se pasa la aguja de adelante a atrás, primero dirigiéndola hacia adentro hasta tocar la superficie ósea por fuera de la superficie articular, se continúa en esta dirección oblicua hasta que la aguja haya mordido algo sobre el hueso, pues de lo contrario desliza sobre la superficie curva de la cara externa de la cabeza del húmero sin perforarla. Luego se endereza la aguja, y se dirige de ade-

lante a atrás. Una vez perforado se coloca un estribo tensor de cualquier tipo (Kirschner). Para hacer la contra extensión, empleamos un ansa de hierro que orientamos en la dirección opuesta al desplazamiento del fragmento y la fijamos al cuerpo con un corsé enyesado que deja al descubierto el hombro lesionado pero que pasa por encima del sano.

Procuramos con este corsé enyesado inmovilizar el cuerpo del omóplato fijándolo al tórax, lo que se consigue haciendo más



Fig. 1

alto el yeso en la parte posterior que en la anterior. La tracción se hizo con un fuerte tubo de goma que pensamos sustituir por un tornillo adaptado al ansa perihombro. Tenemos en construcción un aparato a tornillo para hacer la tracción más eficazmente. En esta forma el siniestrado puede levantarse y caminar, y sobre todo lo toleran muy bien; nuestro enfermo lo toleró bien durante 20 días. Por este procedimiento se cumplen los postulados requeridos para el tratamiento correcto y científico de toda fractura y es el que tiene mayores posibilidades de llevar a la restitución anatómica.

TRATAMIENTO CRUENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL OMÓPLATO. — Muy raramente se plantea la intervención en una fractura del cuello quirúrgico del omóplato. Los casos publicados

por Duyarier y Lenormand nos llevaría a hacerlo bajo dos condiciones: 1º) Que el desplazamiento fuera importante; 2º) Que fuera irreductible por la extensión continua.

Otra causa de intervención sería la herida de la arteria escapular inferior y la del nervio circunflejo. Basset y Mialret dicen que la osteosíntesis de estas fracturas, todavía muy rara-

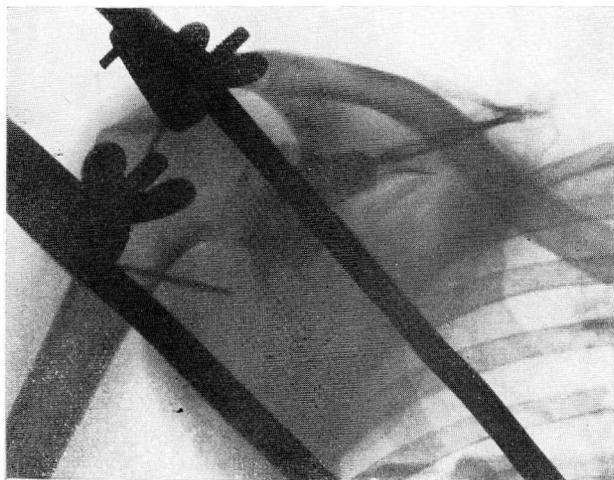


Fig. 2

mente practicada, podría mejorar sus resultados funcionales, aménudo imperfectos.

Por los casos tratados podemos afirmar que apesar de las reducciones mediocres desde el punto de vista anatómico pueden dar finalmente un resultado funcional satisfactorio, si bien que la recuperación de los movimientos es lenta, dolorosa y se hace al cabo de 3 ó 4 meses.

La síntesis sola permite una movilización más precoz y disminuye la duración de la readaptación.

Basset dice que la intervención es benigna y que merece ser practicada más frecuentemente de lo que lo ha sido hasta el presente.

Si se decide la intervención la técnica aconsejada por Leveufes es la siguiente: *Vía escapular posterior*: sujeto en decúbito ventral; brazo en abducción de 90 grados mantenido por un ayudante.

Incisión paralela al borde externo del omóplato siguiendo el relieve del borde superior del gran dorsal, después el borde posterior del deltoides invadiendo sobre el brazo tanto como sea necesario para tener un amplio acceso. El borde posterior del deltoides liberado permite que el ayudante imprima al brazo un movimiento de rotación externa para poder separar mejor dicho músculo. Se separa bien el gran dorsal que cruza la cara posterior del gran redondo. El pequeño redondo es satélite del infraespinoso. La larga porción del triceps pasa por delante del pequeño redondo y detrás del gran redondo. Debemos ver bien la porción del largo biceps que a este nivel es una lámina tendinosa aplastada, fácil de reconocer. Por encima de ella está el cuadrilátero de Velpeau, indicando al operador que debe evitar el nervio circunflejo.

Por debajo de triceps en el triángulo dejado entre el gran redondo y el pilar del omóplato sale la arteria escapular inferior que también puede ser lesionada en una fractura del omóplato y hacerse necesaria su ligadura. Ahora ruginando la fosa supraespinosa, se aborda el foco de fractura.

Reducción de la fractura. — De acuerdo con los casos publicados, la reducción parece bastante fácil de obtener, más difícil es su mantención. Dujarier ha recurrido a las placas modelables en T, fijadas por un tornillo sobre la glena, otro sobre la espina, dos sobre el cuerpo del hueso. La síntesis es siempre necesaria, sin ella la mantención de la reducción es imposible. La disposición del trazo de fractura la existencia de un fragmento sobreagregado obligan bien amenudo a contentarse con una reducción aproximada. La sutura con hilo de acero es de ejecución más simple, pero es menos segura. Puede reforzar un atornillado dificultoso.

Si la fijación es satisfactoria la inmovilización post operatoria será corta y asegurada con una simple echarpe de Mayor.

Algunos comienzan la movilización activa precozmente al 8º día. Los resultados son buenos, la recuperación integral a las 4 ó 6 semanas.

Como Vds. han podido comprobarlo, en el tratamiento hay un hecho interesante y quizás nuevo que me permito destacar. En un caso, en el último, el Dr. E. Prat, a mi insinuación, ha aplicado

el tratamiento de las fracturas del cuello quirúrgico del omóplato, por medio de la tracción esquelética, de acuerdo con la técnica que os ha mostrado en el curso de esta presentación. La tracción esquelética por el hilo, transfixiante de la cabeza humeral, en las fracturas del omóplato, parece ser una cosa nueva, original en el tratamiento de estas fracturas, porque en la investigación bibliográfica que ha hecho el autor de esta comunicación, no ha encontrado una técnica semejante, pero como necesariamente esa bibliografía es incompleta, no sería difícil que ya alguno se hubiera adelantado y lo hubiere preconizado. El resultado del caso así tratado, parece haber sido muy bueno y aunque de un solo caso no se puede sacar una conclusión definitiva, será por lo tanto necesario para poder opinar en conciencia, esperar una práctica más amplia, que ratifique o rectifique nuestra opinión del momento.

El Dr. E. Prat, ha querido sin embargo, adelantar este resultado promisor, a la Sociedad de Cirugía, en la seguridad de que este método será empleado en la práctica y pronto podremos convencernos, de si sus buenos resultados confirman las gratas esperanzas concebidas con el primer ensayo.
