

**SEIS OBSERVACIONES DE FRACTURAS
DE LOS CUERPOS VERTEBRALES**

Adolfo - F. LANDÍVAR y César - A. LEONI - IPARRAGUIRRE
(Buenos Aires)

Contribuyendo al interesante tema de las fracturas cerradas del raquis que ha ocupado la atención de los distinguidos colegas uruguayos en el transcurso del año pasado, cuyas comunicaciones fueron publicadas en el "Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo", traemos hoy a la consideración de los señores consocios el resultado de nuestra experiencia sobre seis casos de fracturas cerradas aisladas de los cuerpos vertebrales, por compresión, sin complicaciones nerviosas, que hemos tenido oportunidad de tratar en el curso de los dos últimos años en nuestros Servicios del Hospital Argerich y el Hospicio de las Mercedes.

Los tratamientos clásicos han sido revolucionados en los últimos años gracias al predominio absorbente que en traumatología moderna ha adquirido la metódica escuela del maestro Lorenz Böhler, el que partiendo de las ideas directrices de Davis (1929) y de Watson Jones (1931) ha perfeccionado con un preciosismo detallista la técnica del tratamiento de estas fracturas, adaptando a su caso particular los cuatro postulados que rigen las curas de las soluciones de continuidad óseas: reducción, contención, gimnasia funcional y tiempo.

En nuestro país, el distinguido cirujano de Rosario Dr. Lelio Zeno, imbuído de los conceptos de la escuela de Böhler ha simplificado aún más la técnica — si cabe — en tres de sus aspectos: supresión de la anestesia local, reducción sobre cincha al zenit

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 10 de Noviembre de 1936.

en decúbito supino, y corsé de yeso con amplia escotadura dorsal ("El Día Médico". 6 agosto 1934).

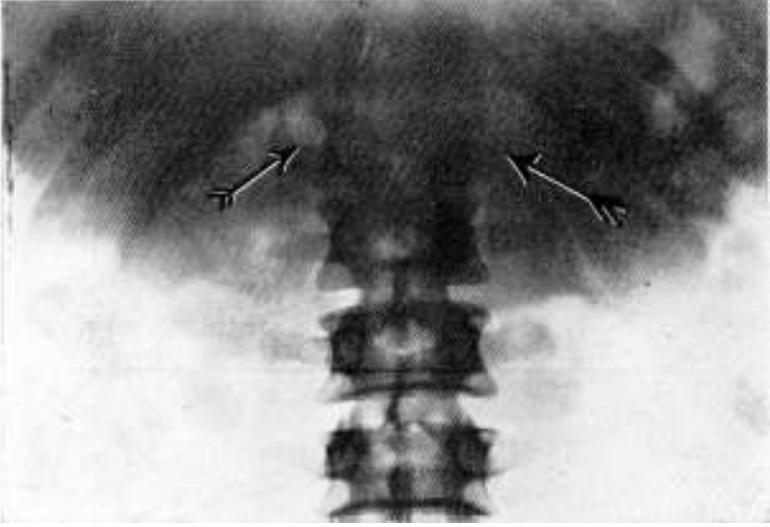
Hemos seguido en nuestros casos integralmente la técnica de Böhler, la que nos ha proporcionado amplia satisfacción tanto desde el punto de vista de la recuperación morfológica, no siempre integral, como desde el mucho más importante de la recuperación funcional, vigilando durante un tiempo prudente al lesionado.

La hiperextensión correctora de la columna, provocada por cualquiera de los procedimientos conocidos, una vez obtenida la anestesia focal de Schnek, a la vez que procura desplegar el cuerpo vertebral aplastado (lo que sólo se logra en los primeros 8 a 10 días), transfiere a la columna posterior intacta, integrada por arcos, apófisis y articulaciones, la responsabilidad de la estática raquídea, desgravitando totalmente el cuerpo esponjoso lesionado y aproximando entre sí los ligamentos desgarrados.

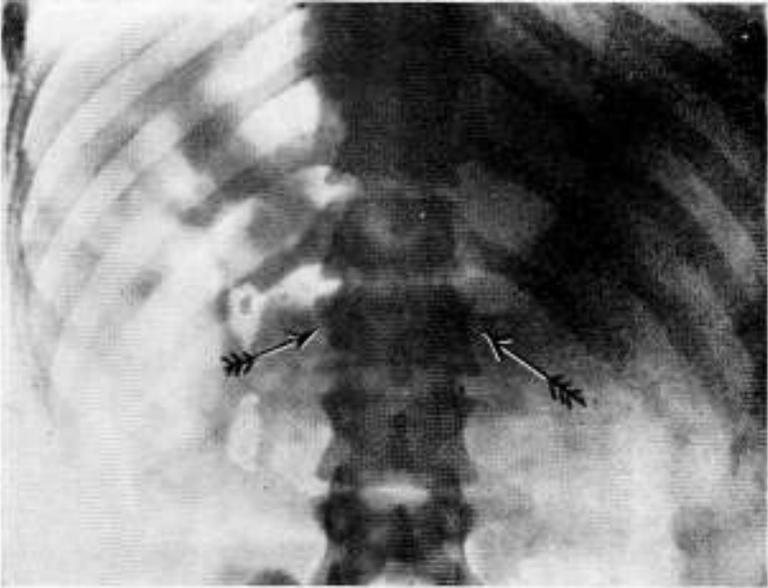
Tal posición, mantenida por un corsé ad-hoc, durante 2 o 3 meses según la importancia de la lesión, permite la perfecta consolidación del foco fracturario. Durante ese intervalo, una gimnasia metódica mantiene el trefismo y la función de los músculos pararraquídeos y facilita la rápida calcificación del callo.

El material que aportamos confirma la clásica regla de que las fracturas aisladas por aplastamiento de los cuerpos vertebrales no se acompañan por lo general de complicaciones nerviosas, sean ellas medulares o radicales.

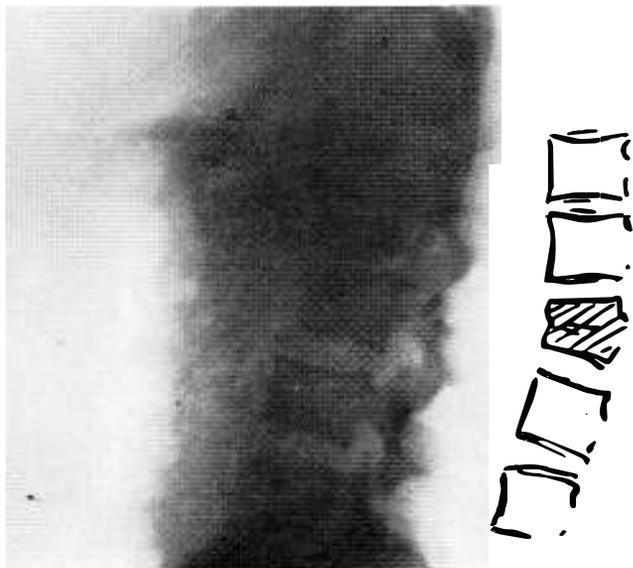
En lo referente a la reducción que nos proporcionan los métodos hiperextensores, diremos que ésta se ejerce a la vez sobre el mismo cuerpo vertebral más o menos aplastado y sobre los discos intervertebrales vecinos al foco, dando como resultado el borraramiento de la jiba, al restituirse el eje normal del segmento de columna afectado. Ahora bien, la acción sobre el mismo cuerpo vertebral, que restaura la forma normal de la vértebra lesionada, depende principalmente del factor tiempo transcurrido entre el accidente y la reducción. Si ella se ejecuta antes de los 10 días es posible obtener desplegamiento de las trabéculas aplastadas



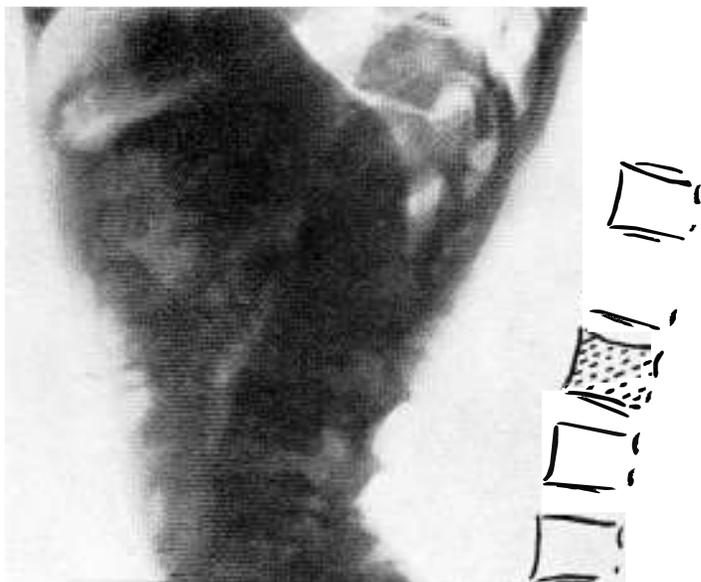
Observación 1.^a — Radiografía



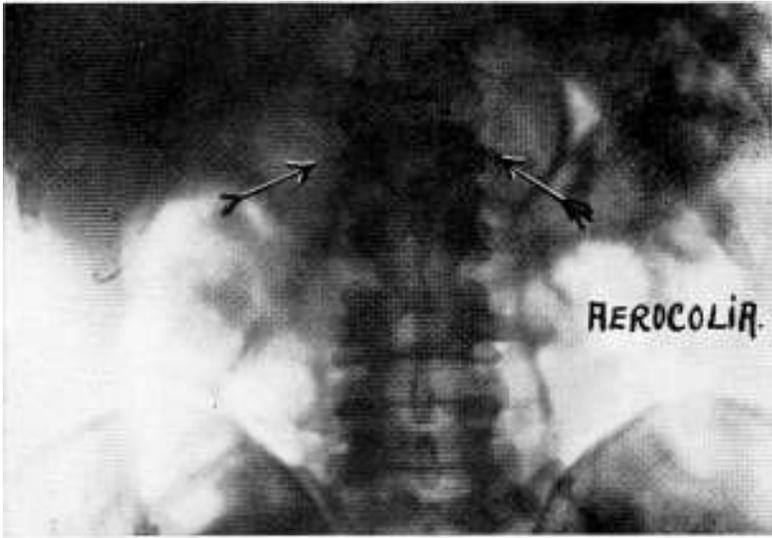
Observación 1.^a — Radiografía 2



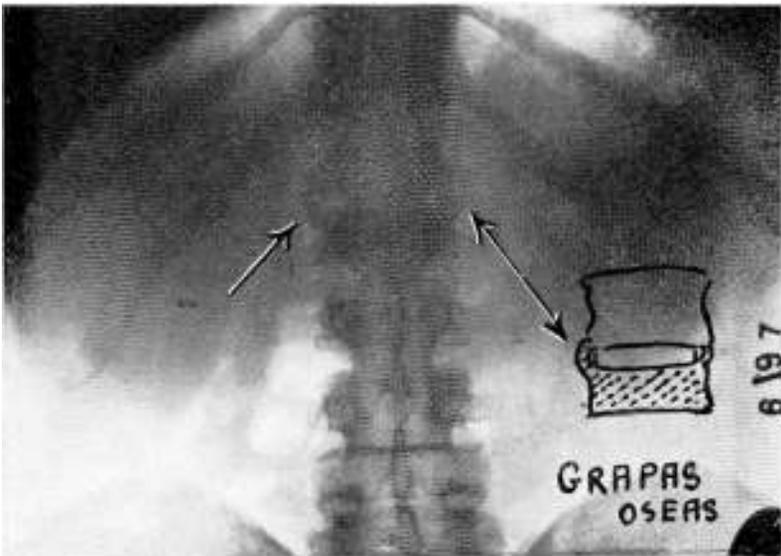
Observación 2.^a — Radiografía 3



Observación 2.^a — Radiografía 4



Observación 3.a — Radiografía 5



Observación 3.a — Radiografía 6

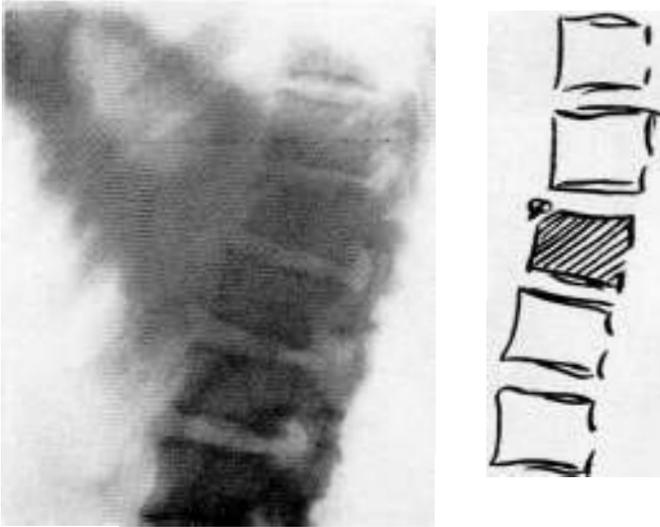


Observación 4.^a — Radiografía 7

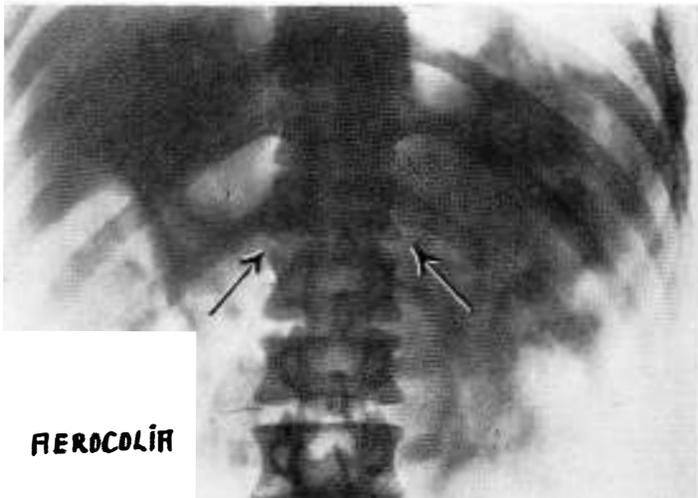


GRAPAS
OSEAS

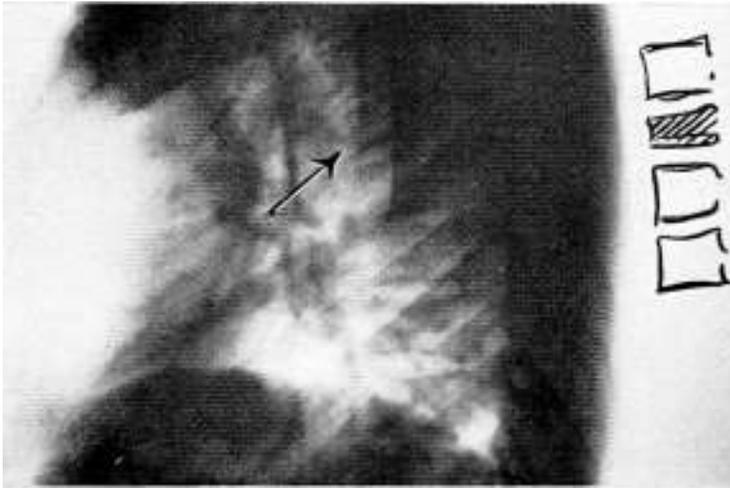
Observación 4.^a — Radiografía 8



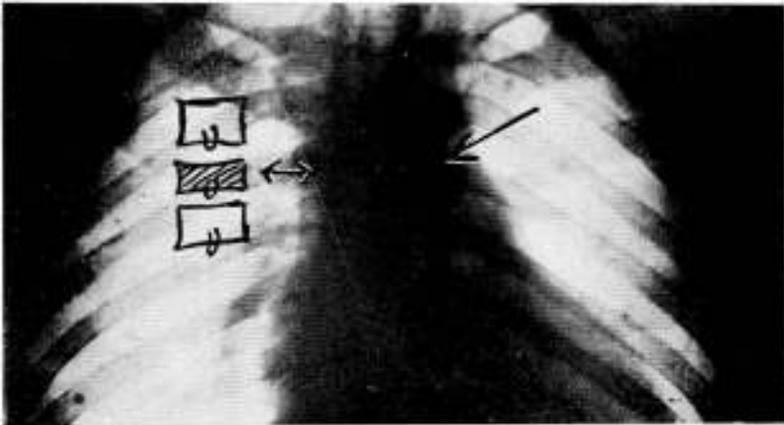
Observación 5.^a — Radiografía 9



Observación 5.^a — Radiografía 9



Observación 6.^a — Radiografía 10



Observación 6.^a — Radiografía 11

con lo que se restituye el perfil vertebral. Podemos mostrar como ejemplos nuestras observaciones 1 y 2.

Pasado ese plazo es difícil obtener la restitución morfológica que comentamos; sin embargo la acción de la hiperextensión se ejerce en sentido favorable sobre el eje de la columna mediante la modificación que experimentan los discos intervertebrales, no sólo adyacentes al foco sino también los más inmediatos, que al aumentar su espesor en la parte anterior, permiten obtener la lordosis dorso-lumbar y el borramiento de la jiba. Las observaciones 3 y 4 muestran que a pesar de persistir inmodificado el aplastamiento del cuerpo vertebral se ha corregido en forma satisfactoria el eje columnario. Y este es precisamente el principal objeto que perseguimos pues asegura a la columna una función eficiente.

El control radiológico de la vértebra fracturada una vez transcurrido el período de inmovilización por corsé enyesado permite observar dos tipos de resultados.

El primero de ellos, que hemos visto en aquellas reducciones precoces con restauración del perfil vertebral, nos muestra una vértebra bien calcificada, sin trazas aparentes de su fractura y sin puentes óseos que la vinculen a las vértebras vecinas (Observación 1 y 2).

El otro tipo se refiere a aquellos casos en que no nos fué dado obtener el desplegamiento de la vértebra; aquí la consolidación se acompaña de verdaderos puentes óseos o grapas que vinculan la vértebra lesionada a la inmediata superior o inferior o a ambas a la vez, determinando a nivel de la fractura un bloque rígido que confederá 2 o 3 vértebras y que nos garantiza contra ulteriores inflexiones por sobrecarga.

Nuestras observaciones 3 y 4, aclaran el concepto que enunciarnos.

No queremos terminar estos breves comentarios sin señalar una interesante consecuencia del trauma vertebral, capaz de constituir en algunos casos una verdadera complicación. Nos referimos al íleo dinámico paralítico, de causa refleja que acompaña con gran frecuencia a las fracturas de la columna dorso-lumbar, aún sin lesión nerviosa. En las radiografías de las observaciones 2, 3, 5 y 6, antes de la reducción es bien visible la monstruosa aerocolia testimonio del íleo, fenómeno que debe de ser combatido por los medios habituales antes de confeccionar el corsé.

OBSERVACIONES CLÍNICAS RESUMIDAS

Grupo A: con restitución morfológica vertebral completa.

OBS. 1. — Osvaldo P. Ficha 878. Hospicio de las Mercedes. Arg. 23 años.
Accidente: El 2 de junio de 1935, al intentar suicidarse se arroja desde 7 metros de altura.

En estado de shock ingresa al Servicio de Cirugía. Pasado éste se comprueba jiba y dolor exquisito a nivel de la primera vértebra lumbar. No hay trastornos nerviosos. Radiografías 1 y 2 en las que se comprueba un franco aplastamiento de la primera lumbar con manifiesta angulación del eje de la columna en la imagen de perfil.

Tratamiento: El 10º día, reducción con anestesia focal de Schnek y técnica de hiperextensión según Böhler.

Se retira el corsé a los 3 meses y 8 días. Resultado funcional perfecto. Radiografías 3 y 4 en las que se comprueba el desplegamiento vertebral y la restauración del eje. La vértebra aplastada ha recuperado su altura normal.

Revisto en mayo de 1936 no tiene secuela alguna de su fractura.

OBS. 2. — Julio R. Ficha 8763. Hosp. Argerich. Arg. 24 años.

Accidente: Atropellado por automóvil el 1º setiembre de 1935, es traído al Servicio en estado de shock, con las siguientes lesiones: luxación posterior de cadera izquierda; fractura de clavícula izquierda; fractura de segunda vértebra lumbar, con dolor y jiba a ese nivel.

Pasado el shock se reduce su luxación de cadera. Notable meteorismo. No hay signos de lesión nerviosa.

Radiografías 5 y 6: se aprecia una fractura transversal con aplastamiento de la segunda lumbar. Marcada aerocolia (Radiog. 5).

Tratamiento: Reducción al 8º día. Anestesia de Schnek; técnica de Böler. Gimnasia funcional. Se retira el yeso a los 3 meses.

Excelente resultado funcional y morfológico. Ver Radiografías 7 y 8.

Revisto en junio de 1936 se mantiene el buen resultado.

Grupo B: Sin desplegamiento del cuerpo vertebral aplastado. Consolidación con grapas óseas.

OBS. 3. — Eugenio N. Ficha 9259. Hosp. Argerich. Argentino. 40 años.

Accidente: Cae en una bodega desde 6 mts. el 9 de febrero de 1936. Se interna por dolor dorso-lumbar el 15 de febrero. Se comprueba jiba dolorosa a nivel de la segunda lumbar. No hay perturbaciones nerviosas.

Radiografías figs. 9 y 10. Se observa un considerable aplastamiento del cuerpo de la segunda lumbar, reducido en la parte anterior a menos de la mitad de su altura. Considerable perturbación del eje de la columna. Marcada aerocolia.

Tratamiento: Reducción al 11º día. Fracasa la anestesia focal. Se consigue la desaparición de la jiba mediante 20' de hiperextensión según la técnica de Böhler. Corsé de yeso. Pasados los tres meses y cumplidos los

ejercicios se retira el corsé. No existe dolor dorsal ni apariencia de jiba. En las radiografías 11 y 12 se observa que el eje de la columna no presenta la más ligera inflexión. Se ven claramente tanto de frente como de perfil, las grapas óseas que vinculan la segunda con la primera lumbar.

Revisto el 8 de setiembre último no manifiesta perturbación funcional alguna imputable a su traumatismo.

OBS. 4. — José F. Ficha 906. Serv. de Cirugía del Hospicio de las Mercedes. Español, 42 años.

Accidente: El 1º de agosto de 1925, en un episodio delirante se arroja desde una altura de 8 mts. Se interna en el Hosp. Fernández siendo remitido al Hospicio a los 18 días. Examinado por nosotros encontramos marcada jiba dolorosa espontáneamente y a la presión, a nivel de la segunda espina lumbar. Rigidez de la columna y contractura muscular de las masas vecinas. No hay trastornos nerviosos imputables a la lesión de columna. Radiografías 13 y 14. Se comprueba gran aplastamiento de la segunda lumbar y notable angulación a su nivel.

Tratamiento: Al 20º día del accidente, se intenta la reducción según la técnica de Böhler, sin anestesia. La jiba, muy aparente se esfuma lentamente en esa posición, desapareciendo a los 20'. Corsé de yeso. Ejercicios según práctica.

El 20 de noviembre se retira el yeso y se radiografía (figs. 15 y 16) notándose que persiste el aplastamiento cuneiforme de la vértebra, pero que el eje ha mejorado en forma considerable; fuertes puentes óseos unen la segunda lumbar lesionada con la primera. Revisto el 22 de febrero y el 10 de octubre de 1936 solo se nota a nivel de la lesión una ligerísima jibosidad; no hay dolor ni contractura alguna; los movimientos de la columna son normales.



Grupo C: Aplastamientos vertebrales mínimos.

OBS. 5. — Valentín G. Ficha 821. Servicio de Cirugía del Hospicio de las Mercedes. Italiano. 34 años.

Accidente: el 19 de diciembre de 1934 se arroja desde una azotea. Internado en el Hospicio es pasado a Cirugía donde se comprueba jiba dolorosa sobre 12ª dorsal con contractura muscular a ese nivel. No hay trastornos nerviosos debidos a su lesión de columna. Radiografías 17 y 18. Se nota un ligero aplastamiento anterior de la duodécima dorsal y un fragmento óseo triangular desprendido de su reborde anterior y superior.

Escasa modificación del eje. Aerocolia.

Tratamiento: Al tercer día del accidente se reduce su jiba (anestesia de Schnek y técnica de Böhler). Gimnasia. A los 96 días se retira el corsé; resultado ortopédico y funcional perfecto. Revisto en varias oportunidades, la última vez el 6 de setiembre de 1936 sigue en excelentes condiciones.

OBS. 6. — Tomás S. Ficha 9208. Hospital Argerich. Italiano, 30 años.

Accidente: El 31 de enero de 1936 cae desde 3 metros. Intenso dolor

interescapular. No hay trastornos nerviosos. Radiografías 19 y 20. Se nota particularmente de perfil la forma ligeramente triangular por aplastamiento anterior de la quinta dorsal. Aerocolia franca. No hay modificación del eje de la columna ni se percibe jiba.

Tratamiento: A los 9 días se pone un corsé enyesado según la técnica de Böhler sin anestesia. La noche de ese día es retirado por la guardia por quejarse el enfermo de grandes dolores lumbares (exagerada lordosis?); se repone 7 días más tarde, siendo bien tolerado. A los 2 ½ meses se retira el corsé; el enfermo ha aumentado 2 kgrs. de peso; bien musculado, no acusa dolor alguno en su 5ª dorsal. Excelente resultado ortopédico y funcional.

No concurre para ser nuevamente revisado.

