

Trabajo del Servicio de Traumatología del Hospital Pasteur. — Sala N° 11.
Clínica Quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo. Director Dr. José L. Bado.

LAS FRACTURAS DE AMBOS HUESOS DEL ANTEBRAZO DEL NIÑO

Su reducción cruenta

Domingo VÁZQUEZ - ROLFI

Las fracturas del antebrazo son de práctica corriente en la clínica diaria, dada la exposición frecuente que a traumatismos de toda índole está sujeto este segmento de miembro. Excluimos de esta presentación, las fracturas de Pouteau Colles, refiriéndonos sola y exclusivamente a las fracturas diafisarias de los huesos del antebrazo.

Ellas se observan en toda edad, pero preferentemente en los niños y adolescentes. Así para Hizrot, el 68 % de las fracturas de este tipo, ocurrirían entre 1 y 16 años, correspondiendo solamente el 34 % restante, para las edades comprendidas entre los 16 y 50 años. Plagemann resenta cifras similares y Hein en su estudio de las fracturas de antebrazo, aparecido en "Journal of Bone and Joint Surgery" del año 1935, donde hace una revisión de 200 fracturas de la clase que nos ocupa, sostiene que el 35 % de ellas, ocurrieron antes de los 20 años de edad.

Las más frecuentes, son las situadas en el tercio inferior del antebrazo y son las que se producen en mayor proporción en el niño y en el adolescente. La experiencia clínica ha demostrado profusamente, que antes de los 15 años de edad, una caída sobre la palma de la mano determina una fractura de los dos huesos del antebrazo en su tercio inferior, mientras que por encima de esa edad, el mismo traumatismo produce la fractura de la extremidad inferior del radio.

Vienen luego en orden decreciente, las situadas en el tercio

medio y finalmente, las situadas en el tercio superior. Estos dos últimos tipos, se producen casi en su totalidad, en adultos. Así Hein cuenta en sus estadísticas 39 casos para el tercio inferior, 22 para el tercio medio y sólo cuatro en el tercio superior. Nuestros casos son, en su casi totalidad, fracturas del tercio inferior, exceptuando una ⁽¹⁾. Las 18 restantes, se repartieron de la siguiente manera: 13 casos, en edades menores de 12 años; 2 de 14 años y 3 de 15 años.

Consideraremos en esta descripción, solamente las fracturas completas de ambos huesos del antebrazo en su tercio inferior, con gran desplazamiento y cabalgamiento, exceptuando las completas sin cabalgamiento y las llamadas "en madera verde".

Su etiología, mecanismo y anatomía patológica, son ya clásicamente conocidos y no insistiremos en ello. Sólo diremos, que son fracturas supra-epifisarias completas, producidas al mismo nivel en el radio y cúbito, a trazo transversal y con numerosas dentelladuras, raramente oblicuas y casi siempre, con gran desplazamiento de los fragmentos. Las fracturas con encajamiento o penetración de los fragmentos, son sumamente raras y se observan a veces en las fracturas aisladas del radio. El desplazamiento más constante, es el antero-posterior, colocándose los fragmentos distales por detrás de los proximales; raramente existe el desplazamiento inverso. Luego se ve, aunque con menos frecuencia, el desplazamiento lateral combinado al antero-posterior, siendo en mayor proporción el desplazamiento radial, constatándose a menudo una angulación de los fragmentos a vértice cubital, lo que produce una considerable inclinación hacia afuera de la mano. Constantemente existe el cabalgamiento de los fragmentos, de notables proporciones. Son estos desplazamientos entretenidos y agravados por la contractura muscular, lo que da interés a este tipo de fracturas y los que prestan el carácter de irreductibilidad, que ellas presentan a veces. El tratamiento clásico para este tipo de fracturas, en cualquiera de sus localizaciones, consiste en la reducción manual simple, por tracción y contratracción bajo anestesia, que puede ser local o general según los casos, seguida de aparato de yeso, manteniendo la reducción obtenida.

En muchos, especialmente en aquellos que llegan al cirujano

(1) En un adulto de 45 años y otra en un adolescente de 19 años.

casi inmediatamente después del accidente, donde la tumefacción por la extravasación sanguínea es mínima, y donde la contractura muscular es débil o nula y por ende el desplazamiento no ha sido considerable, la reducción se obtiene fácilmente por este método, pero en numerosos casos, que son casi siempre aquellos que llegan a las 12, 24, 48 o más horas después de su producción, en los cuales existe un enorme derrame sanguíneo, donde la contractura muscular ya de largo establecida ha contribuido a aumentar el cabalgamiento, el tratamiento clásico apesar de 2 ó 3 tentativas, es muy amenudo incapaz de reducir la fractura. Es en estos casos, donde el cirujano se contenta en último término, después de varios ensayos de reducción, con una más o menos parcial, donde el cabalgamiento se reduce o no en parte y donde se han corregido las desviaciones laterales y las angulaciones, persistiendo un cabalgamiento más o menos grande. Para ayudar a contentarse con el resultado mediocre obtenido, están las frases de "dirección buena", "eje anatómico conservado" y tratándose como se trata de un niño o de un adolescente, "la funcionalidad se recuperará completamente con el tiempo", sin quedar otro "trastorno que un callo algo grueso", etc., etc.

En otras ocasiones, en que el cabalgamiento ha quedado tal cual era, y por consiguiente habrá un acortamiento más o menos discreto del miembro, las mismas palabras amenguarán el mal efecto que en el cirujano ha producido la inutilidad de sus esfuerzos en pro de la reducción.

He aquí, uno de los resultados muy a menudo obtenido por el tratamiento clásico y en el cual no fueron capaces tres tentativas de reducción, para corregir el cabalgamiento fragmentario. Diapositivo (P). Presenta diapositivos.

Es ante este hecho de la irreductibilidad de las fracturas del antebrazo, o de la imposibilidad de reducir todas las desviaciones fragmentarias por maniobras manuales, que practicamos la reducción cruenta. Ella es sencilla, práctica, posible de ejecutarse en cualquier medio quirúrgico y con anestesia local, poco traumatizante y eficaz, pues permite una reducción segura y fácil, restituyendo al miembro lesionado su longitud y forma normal, lo que asegura su funcionalidad perfecta.

Nuestra conducta terapéutica en el tipo de fractura que nos ocupa, es la siguiente: si ella llega en las primeras horas de pro-

ducida, practicamos una tentativa de reducción incruenta, previa anestesia local o focal, con contracción fija y ayudándonos para la tracción de un aparato tractor de la mano, que permite una tracción más cómoda y fácil que la fatigante tracción manual, ejercida por un ayudante, tracción que necesariamente cesa por fatiga muscular del que la ejecuta, a los pocos minutos de iniciada y que es uno de los factores del fracaso, pues la tracción no alcanza en ningún momento ni la intensidad, ni la duración requerida por el caso.

En la actualidad disponemos de un poderoso auxiliar para la reducción incruenta de esta clase de fracturas; me refiero al aparato tractor que Sokolowsky, director del Servicio de Traumatología, de la Sanidad Militar polaca, ha inventado últimamente dotándonos de un eficaz medio de reducción (1). Tendremos oportunidad en breve, de presentar a esta Sociedad el aparato y los resultados con él obtenidos. Es indudable que con este moderno y poderoso tractor, se es más eficaz en el tratamiento incruento, que con la simple tracción manual o con tractores insuficientes, pero aun así hay casos que sólo obedecen a una reducción operatoria que es muchas veces la única capaz de levantar el obstáculo que se opone a la reducción.

Inmovilizamos en aparato de yeso antibraquial y controlamos radiográficamente el resultado obtenido. Si éste ha sido incompleto o nulo, no insistimos más en el método clásico y procedemos a la reducción cruenta. Si la fractura llega a nosotros varias horas después de producida, con una enorme infiltración de la región fracturaria, con cabalgamiento considerable y a veces ya con una tentativa de reducción hecha, consideramos inoportuno hacer una tracción en estas condiciones, pues además de ser casi seguramente ineficaz, traumatizamos con la tracción y las presiones manuales necesarias, una región que está ya de por sí bastante traumatizada y donde solo conseguiremos aumentar la extravasación sanguínea, produciendo además lesiones cutáneas a veces sumamente molestas para el paciente. En estos casos, aplicamos la reducción cruenta.

Hay que tener en cuenta siempre que existen casos de frac-

(1) Tal como Marattoli de Rosario nos los presentó en las Jornadas últimamente realizadas en Montevideo.

turas de este tipo, irreductibles "d'emblée" al tratamiento incruento, la irreductibilidad debida a la interposición de fibras del músculo cuadrado, pronador o de puentes periósticos entre los fragmentos, obstáculos que es necesario quitar quirúrgicamente para poder reducir la fractura y que explican el porqué de los fracasos en los casos que llegan inmediatamente al cirujano y en las cuales, apesar de hacer perfectamente las maniobras, el resultado es nulo. La irreductibilidad para nosotros, no es siempre función de interposición muscular o perióstica, pues en algunos de nuestros casos irreductibles a las tracciones manuales, no se halló en la intervención, ninguna interposición. Es ella, función del tiempo transcurrido entre la fractura y el momento en que nos llega y que hace que sea tanto más irreductible cuanto más vieja es.

Intervención. — Paciente en decúbito dorsal, miembro superior lesionado descansado en una mesa con el brazo en abducción a 90°, antebrazo flexionado a 90° sobre el brazo y en posición de semi-pronación pulgar al aire, haciendo si es posible mantener la mano por un ayudante. Anestesia local novocaína o anestesia del plexo braquial. Sobre el borde radial del antebrazo se practica una incisión de 5 centímetros de longitud, cuya parte media corresponde al foco de fractura fácilmente determinable por la palpación.

Llegado al plano muscular, se abre el intersticio de los tendones radiales cayendo directamente en el foco de fractura, en el cual vemos el fragmento inferior cabalgando por detrás del superior. Si existe la interposición perióstica o muscular, se extirpa el obstáculo, se limpia bien el foco y se procede a reducir los fragmentos. Con un instrumento obtuso que puede ser una tijera o una leva, introducido entre los fragmentos a manera de palanca, se hacen deslizar los fragmentos hasta ponerlos frente a frente. Estos, que son de bordes dentellados, encajan perfectamente y se mantienen por sí solos sin necesidad de ninguna prótesis interna, que proscibimos en absoluto. Basta con que el ayudante que mantiene la mano, tire suavemente, para que los fragmentos conserven su posición.

Reducimos el foco radial y siempre automáticamente se reduce solo el fragmento cubital.

Una vez obtenida la reducción, suturamos la aponeurosis y la piel, y colocamos brazaletes de yeso extendido desde debajo del codo hasta la vecindad de las cabezas de los metacarpianos y dejando el pulgar libre, a fin de poder practicar desde el día mismo de la intervención, ejercicios activos y pasivos de movilización de los dedos, que se ejecutarán constantemente hasta que se quita el yeso. Esto tiene por objeto, no solo producir la movilización de las articulaciones digitales con lo cual al quitarse el yeso se tiene una mano completamente restablecida, sino además, favorecer y activar por la contracción muscular, la circulación sanguínea, factor primordial de la consolidación ósea. Practicamos un control radiográfico y el enfermo puede ser dado de alta temporaria, siempre que esté sometido a nuestra vigilancia, durante los dos primeros días que siguen a la intervención.

En las fracturas de adultos y especialmente en las localizadas en el tercio medio, la intervención será como ha sido descrita más arriba, pero a veces obtenemos solamente la reducción del foco radial, sin que el cubital se haya modificado o se haya reducido espontáneamente al reducir el radio, como sucede en los niños. Tal es lo que sucedió en el caso N° 6. En tal emergencia, procedemos 10 ó 12 días más tarde, a una intervención análoga sobre el foco cubital para reducirlo, no haciéndolo en el momento de la primera intervención, porque ello podría traer aparejado, la reproducción del desplazamiento en el radio. Tratándose como se trata de intervenciones sencillas y cortas, posibles de ejecutarlas bajo anestesia local, el traumatismo operatorio es tan mínimo, que es preferible hacer las dos intervenciones espaciadas, que hacerlas en un solo acto que podría ser considerablemente alargado, con la reproducción del cabalgamiento en el hueso primeramente reducido, al tratar de reducir el segundo.

Queremos llamar profundamente la atención, sobre la sencillez, practicidad, benignidad y eficacia de la reducción cruenta para las fracturas del antebrazo, tanto en las situadas a nivel del tercio medio como en el inferior, ya sea en uno o en ambos huesos del antebrazo, haciendo notar que es mucho menos traumatizante reducir operatoriamente una fractura de este tipo, que practicar dos o tres tentativas de reducción manual, que requieren a veces maniobras brutales o esfuerzos violentos, que solo consiguen la

mayor parte de las veces, traumatizar un foco ya de por sí bastante traumatizado, aumentando la extravasación sanguínea que puede por sí sola, provocar graves lesiones como la parálisis isquémica, aumentar la contractura muscular, producir erosiones o escaras cutáneas, (puntos de partida de graves lesiones infecciosas), y permanecer en último término ineficaz para reducir el cabalgamiento, las desviaciones producidas o agravadas con las tentativas repetidas de reducción. Es mucho más tolerado por parte del enfermo, una reducción cruenta, simple incisión bajo anestesia local, con reducción a la vista de los fragmentos, que los tirones violentos, dolorosos e ineficaces de dos o más tentativas de reducción incruenta, que por sí solas llevan al paciente a pedir que se le deje en la posición de reducción incompleta en que ha quedado, prefiriendo ello, a ser objeto de nuevo tirones.

Quedan todavía por considerar, los casos de graves desplazamientos, en que uno de los fragmentos, el cubital, queda metido en el espacio inter-óseo, de reducción imposible y que dejado allí, traerá como consecuencia, la formación de un block óseo, englobando el cúbito y el radio y dando lugar a la pérdida de los movimientos de pronosupinación, tan útiles e imprescindibles en muchos actos corrientes de la vida del hombre.

En estos casos como sucedió en el N° 17 una simple incisión sobre el foco cubital permite colocar los fragmentos en contacto evitando esa peligrosa consecuencia de la sinostosis de los dos huesos del antebrazo.

Mostraré alguno de los resultados obtenidos.

Caso N° 1. — C. P. — P. P. P., 10 años. Enero de 1935. El día anterior al ingreso, caída sobre la palma de la mano izquierda en hiperextensión. Fractura de ambos huesos del antebrazo, a nivel del tercio inferior, desplazamiento posterior del fragmento distal, gran cabalgamiento. Veinte horas después del accidente, anestesia focal. Tentativa de reducción. Yeso, control. Persiste el cabalgamiento. Intervención 1/12/35. Anestesia focal. Interposición cuadrado pronador. Reducción, yeso, control: reducción perfecta. A los 20 días se quita el yeso: callo sólido. Alta definitiva.

Caso N° 2. — A. E. — E. R., 10 años. Febrero de 1935. Vemos al paciente 30 horas después del accidente, en el cual una caída sobre la palma de la mano en hiperextensión produce una fractura de ambos huesos del antebrazo en el tercio inferior con desviaciones de los fragmentos distales atrás y afuera y cabalgamiento. En vista de la tumefac-

ción del antebrazo, del cabalgamiento y de llevar la fractura unas 30 horas de producida, decidimos d'emblee la intervención. Anestesia general, éter. Reducción cruenta de la fractura, que se mantiene por sí sola una vez reducida. No había ninguna interposición. Yeso antebraquial. Control: buena reducción. Aita temporaria. Movilización de los dedos.



Fotog. N.º 1. — Caso 1

Frente antes de la reducción.



Perfil antes de la reducción.

A los 18 días de la intervención se quita el yeso. Callo sólido. Movilización del puño y dedos completa. Alta definitiva, curado.

Caso N.º 3. — A. E. — J. C. G., 12 años. Febrero de 1936. Cuatro días antes de su ingreso al Sanatorio de la A. Española, el paciente sufre una caída sobre la palma de la mano en hiper - extensión, que determina la fractura del antebrazo en la unión del tercio medio e inferior. Cabalgamiento. Le fué practicada tentativa de reducción con anestesia local y yeso, que no dió resultado. Se le quita el yeso, se inmoviliza con férula de cartón. A su ingreso se constata: gran tumefacción de la extremidad inferior del antebrazo izquierdo. Radiografía: fractura con gran cabalga-

miento. Intervención. Anestesia focal, reducción, yeso. Control: reducción perfecta. A los 18 días de operado se quita el yeso. Callo sólido. Movilidad del puño y dedos, perfecta. Alta.

Caso N° 4. — H. P. — J. C. P., 11 años. Agosto de 1937. Visto en la Sala 11 del H. Pasteur dos días después de una caída sobre la mano izquierda que le produjo una fractura de ambos huesos del antebrazo, acu-



Fotog. N.º 3. — CASO 1
Frente después de la reducción.

ando la radiografía: fractura del antebrazo en la unión del tercio medio e inferior, desplazamiento dorsal de los fragmentos distales. Cabalgamiento. Con anestesia focal novocaína, tentativa de reducción y yeso. Control: persiste el desplazamiento. Intervención a los 5 días de la fractura. Anestesia general. Técnica habitual, no hay interposición, reducción y o. Control: buena reducción. A los 22 días de la reducción operatoria se quita el yeso. Callo sólido. Movilidad puño y dedos bien. Alta.

Caso N° 5. — H. P. — N. T. M., 14 años. Julio de 1936. Ingresa a la Sala 11 del H. Pasteur, 72 horas después del traumatismo, en el cual debido a una caída sobre la palma de la mano, sufre la fractura del antebrazo derecho en su tercio inferior. Lo vemos, pues, a las 72 horas del accidente, con gran tumefacción y edema del tercio inferior del antebrazo y puño. Radiografía. Considerando el tiempo transcurrido y la tumefacción, desistimos de ninguna tentativa de reducción. Intervención. Con la



Fotog. N.º 4. — CASO 1
Perfil después de la reducción.

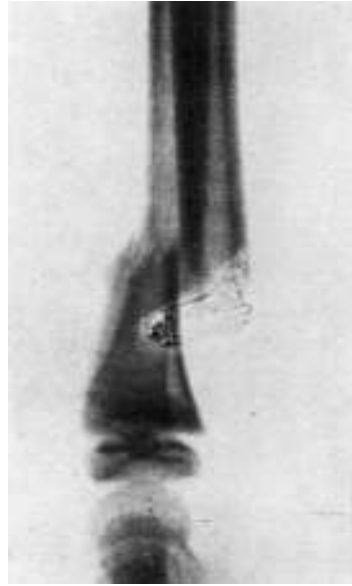
técnica habitual anestesia local, reducción. No hay interposición. Reducción. Bout a bout. Yeso. Control: Reducción anatómica, 20 días después, alta.

Caso N° 6. — H. P. — H. C. F., 19 años. Enero de 1937. En diciembre 28 de 1936, recibe una cornada en el antebrazo derecho. Visto en H. de campaña constatan fractura de ambos huesos del antebrazo y se le practica tentativa de reducción y yeso, que mantiene durante 27 días al cabo de los cuales quitado el yeso, se constata movilidad anormal en el foco de fractura, por cuya razón es enviado a nuestro servicio a donde ingresa a los 31 días del accidente. La radiografía acusa: fractura de ambos huesos del antebrazo con cabalgamiento de un centímetro y medio y angulación a vértice palmar. No hay sombra de callo.

Intervención. — Anestesia focal. Técnica habitual. Incisión sobre el borde radial. Reducción de la fractura. El cúbito no se ha reducido y lo dejamos para un segundo tiempo, pues si intentamos hacerlo simultáneamente en el mismo acto, podríamos tal vez desplazar el radio reducido. Cierre de la herida, yeso. Control: reducción del radio óptima. 11 días más tarde anestesia del plexo braquial, se abre una ventana en la parte cubital del yeso. Incisión sobre el foco de fractura cubital. Reducción de los fragmentos cabalgados. Cierre de la herida, se cierra la ventana con



Fotog. N.º 5. — Caso 2
Frente antes de la reducción.



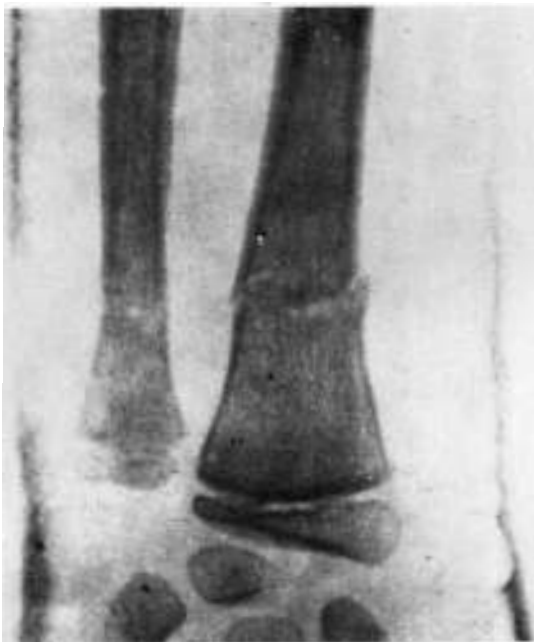
Fotog. N.º 6 — Caso 2
Perfil antes de la reducción.

una venda de yeso. Control: buena reducción. A los 42 días de la intervención y a los 30 de la segunda, se abre el yeso constatándose movilidad a nivel de ambos focos de fractura. Manguito de yeso. Un mes más tarde consolidación completa. Alta.

Caso N.º 7. — H. P. — J. C. B., 18 años. Ingresa a la Sala 11 del H. Pasteur a los once días de una fractura de ambos huesos del antebrazo izquierdo, a la cual practicaron dos tentativas de reducción, una de ellas bajo la pantalla y yeso, sin lograr la reducción. Radiografía después de 11 días. Fractura de ambos huesos del antebrazo en su tercio inferior con desplazamiento dorsal externo de los fragmentos distales. Fragmento cubital colocado en el espacio interóseo. Cabalgamiento. Intervención. Anestesia, evipán sódico, reducción con la maniobra descrita del radio

solamente. Había interposición cuadrado pronador. Yeso. Control: reducción excelente de los dos huesos. A los 21 días de operado se quita el yeso, callo. Movilidad del puño y dedos normales. Alta definitiva.

Caso N° 8. — H. P. R. — A. R., 12 años. Fractura de los dos huesos del antebrazo derecho. A los 2 días de la fractura, tentativa de reducción sin resultado. Al otro día, tentativa de reducción bajo anestesia general, con nuevo fracaso. Radiografía: fractura de ambos huesos del antebrazo.



Fotog. N.º 7. — CASO 2
Frente después de la reducción.

Desplazamiento posterior del fragmento inferior. Cabalgamiento. Intervención al 5º día de la fractura. Anestesia general. Técnica habitual. No hay interposición. Reducción "bout a bout". Yeso. Control: reducción perfecta. A los 18 días se quita el yeso, etc.

Caso N° 9. — H. P. — A. R. G., 14 años. Fractura de ambos huesos del antebrazo izquierdo, consecutivo a una caída sobre la mano en hiperextensión. Radiografía: cabalgamiento, etc., etc. Tentativa de reducción hecha en la puerta del Hospital sin resultado. Intervención. Técnica habitual. Reducción, yeso, control: reducción perfecta. A los 30 días se quita el yeso. Callo blando, se deja férula posterior 10 días. Callo sólido. Alta, etc.

Caso N° 10. — H. P. — W. P., 11 años. Fracturas de ambos huesos del antebrazo, desplazamiento posterior con cabalgamiento del fragmento distal del radio. Cúbito poco desplazado. Tentativa de reducción, previa anestesia focal. Yeso. Control. No hay reducción. Intervención. Técnica habitual: reducción, yeso, control: excelente reducción.

Caso N° 11. — C. P. — E. M., 15 años. Caída sobre la palma de la mano en hiperextensión, visto a la media hora. Fractura de ambos huesos del antebrazo en su tercio inferior. Desplazamiento posterior y lateral de los fragmentos distales con angulación a vértice interno. Cabalgamiento.

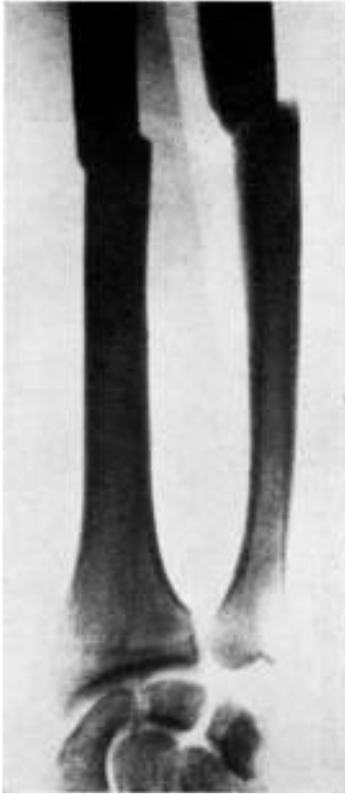


Fotog. N.º 8. — Caso 2
Perfil después de la reducción.

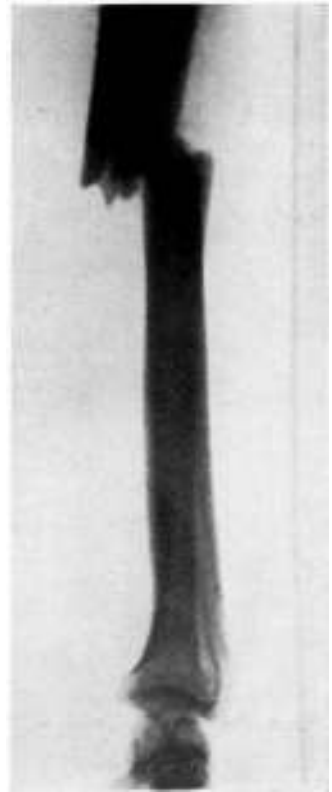
Bajo la pantalla, tentativa de reducción que fracasa. Solo se corrige la angulación y el desplazamiento lateral. Intervención: anestesia local, técnica habitual. Reducción, yeso, control: reducción perfecta. A los 25 días e quita el yeso. Callo sólido.

Caso N° 12. — A. E. — W. E., 13 años. Fractura de ambos huesos del antebrazo con enorme infiltración hemática del tercio inferior del antebrazo y puño. Radiografía: fractura desplazamiento, gran cabalgamiento. Visto a las 24 horas de la fractura, decidimos dado el gran cabalgamiento y la infiltración, reducción cruenta. Técnica habitual. Anestesia local. Reducción, yeso, control: excelente reducción. A los 20 días de operado se quita el yeso. Callo sólido. Alta.

Caso N° 13. — H. P. R. — M. A. A., 8 años. Febrero 28 de 1935. Fractura de ambos huesos del antebrazo, con tentativa de reducción fracasada. Viene a los 8 días con gran cabalgamiento. Intervención. Reducción cruenta del radio. Sutura. Yeso. Control: reducción excelente. A los



Fotog. N.º 9. — CASO 6
Frente antes de la reducción.



Fotog. N.º 10. — CASO 6
Perfil antes de la reducción.

20 días se quita el yeso. Callo sólido. Movilidad del puño y dedos completa. Alta definitiva.

Caso N° 14. — H. P. R. — R. O., 9 años. Fractura de los dos huesos del antebrazo con cabalgamiento. Tentativa de reducción bajo anestesia general sin resultado Intervención, reducción, yeso, etc. Control. Reducción perfecta. Alta definitiva a los 20 días. Este caso fué operado por el Dr. J. R. Curbelo Urroz.

Caso N° 15. — H. P. R. — N. A., 10 años. Fractura de ambos huesos del antebrazo con gran cabalgamiento. Tentativa de reducción fracasada.

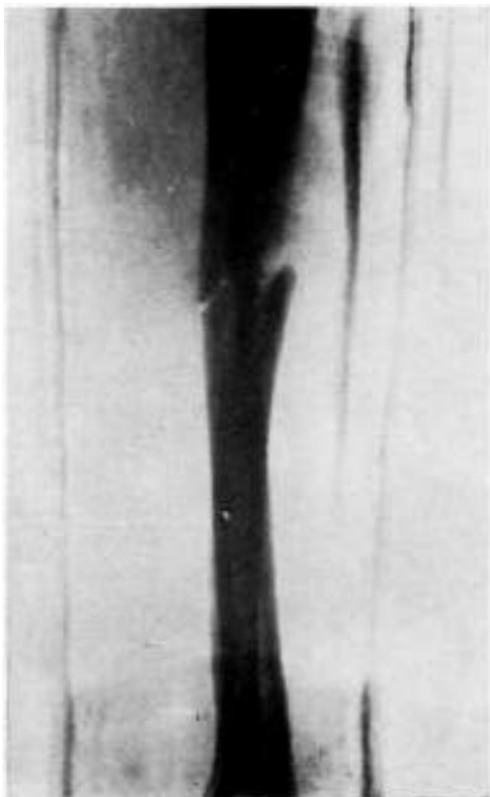
Intervención, reducción, yeso. Control: reducción perfecta. Alta definitiva a los 22 días. Caso del Dr. Curbelo Urroz.

Caso N° 16. — C. P. — E. M., 7 años. Fractura de ambos huesos del antebrazo con cabalgamiento de los fragmentos. Visto inmediatamente por médico. Tentativa de reducción y vendaje con férula de cartón. Enviado



Fotog. N.º 11. — CASO 6
Frente después de la reducción.

a Montevideo dos días después de la fractura. Radiografía: cabalgamiento de los fragmentos. Anestesia local, tentativa de reducción contracción y contracción fija. Yeso, control. Persiste el cabalgamiento como antes, por lo cual decidimos la intervención. Anestesia local. Reducción. Control: reducción excelente. A los 21 días se quita el yeso. Movilidad de dedos y puño, normales. Alta definitiva.



Fotog. N.º 12. — CASO 6
Perfil después de la reducción.

Dr. Loubejac. — Mi corta experiencia me autoriza a afirmar las conclusiones generales expuestas por el comunicante. Yo he tratado dos casos: un joven de 18 años, al cual se le pudo hacer tratamiento completo y otro enfermo politraumatizado que falleció a consecuencia de bronconeumonía en el cual sólo se hicieron, sin resultado, tentativas de reducción manual.

En el primer caso además de tentativas inmediatas de reducción manual fracasadas, efectuamos tracción esquelética con contracción también esquelética en el tractor de Böhler y tal cual lo aconseja este autor. No obtuvimos éxito y redujimos entonces cruentamente el radio, obteniendo muy buen éxito como lo muestra la radiografía. Presenta radiografías.

No efectuamos una 2ª intervención para reducir el cúbito por

dos razones: 1º porque el desplazamiento de los fragmentos era pequeño y 2º porque ya había callo radiográfico entre los fragmentos.

Como se ve en las radiografías que presento, el resultado inmediato ha sido excelente, pero desgraciadamente, en el momento de confeccionar el yeso o durante su permanencia en él se han producido desplazamientos secundarios. Este incidente nos hace pensar en la necesidad de reducir cruentamente estas fracturas en el tractor de Böhler lo que permitiría confeccionar el manguito de yeso con comodidad y en la entera seguridad que no se producirían esos desplazamientos secundarios, en el momento de su elaboración.

Dr. Rodríguez Castro. — Yo creo que la intervención quirúrgica no tiene tan frecuentes indicaciones, en los niños como en los adultos, pues en aquéllos, aun cuando el resultado anatómico no sea absolutamente perfecto las facultades de readaptación del niño y el crecimiento le permiten adquirir una funcionalidad excelente. Es imprescindible obtener la conservación de los ejes del hueso y evitar las angulaciones. Creo, al mismo tiempo, de mucho valor, el número de horas transcurridas entre el momento del trauma y el de su tratamiento, noción por otra parte de todos conocida.

Dr. Larghero. — Hace un año tuve oportunidad de tratar en colaboración con el Dr. Vázquez Rolfi un enfermo con fractura de los dos huesos del antebrazo que había sido sometido a repetidas tentativas de reducción manual, las cuales originaron un gran edema y hematoma del antebrazo. Quirúrgicamente la reducción fué instantánea y excelente. Creo este método eficaz, inocuo y simple y por lo tanto considero utilísimo su empleo en tales fracturas. Debemos esforzarnos por lograr la reducción anatómica y a un método tan sencillo no hay porque oponerle reparos.

Dr. E. Lamas. — Se declara partidario de la reducción anatómica y por la vía quirúrgica.

Dr. Bado. — Idem porque la reducción anatómica, no solo ne a la fractura en las mejores condiciones fisiológicas para pararse sino que se gana además en factor tiempo. Fracturas e incompletamente reducidas dan resultados funcionales bue-

nos al cabo de 2 ó 3 meses, lo darían excelentes en un mes o en mucho menos tiempo.

Dr. Vázquez Rolfi. — Veo que mi comunicación ha despertado interés entre los miembros de esta sociedad y me complace que así sea ya que constituye un tipo de fracturas de difícil tratamiento.

Al Dr. Loubéjac le diré que no usamos el tractor de Böhler porque es más engorroso que eficaz: la reducción en él se logra, cuando se logra después de muchas maniobras y días de tratamiento. No lo creo tampoco necesario para confeccionar el yeso, el cual hacemos encargando el brazo del enfermo en el momento de hacerlo, a un ayudante perpicaz y responsable que nos lo mantiene absolutamente inmovilizado mientras dura la elaboración del vendaje enyesado. La buena calidad del yeso, nos permite obtener una rápida consolidación de éste en pocos minutos, de tal manera que no hay que tener en cuenta el factor cansancio de parte de los ayudantes.

Como lo he señalado en la comunicación y de acuerdo con los argumentos agregados por los Drs. Larghero, Lamas y Bado, creo que debe obtenerse para todas las fracturas la reducción anatómica, y por el método más sencillo, que para las de los huesos del antebrazo, estamos convencidos es el quirúrgico.