

LUXACIÓN VIEJA DEL HOMBRO

Su valor funcional

Pedro - V. PEDEMONTE

En la luxación vieja del hombro, la conducta casi unánime de los cirujanos es la activa. No confundir activa con intervencionista.

La terapéutica más aceptada es la reducción. El punto en discusión, la manera de reducir: muchos prefieren la reducción incruenta; otros muchos la reducción a cielo abierto. Hay también, bastantes partidarios de la resección cefálica.

Sobre todo esto se ha dicho mucho y discutido bastante, pero hay un punto sobre el cual se ha hablado poco o nada. Es a mi parecer de verdadera importancia. Es el que se refiere al valor funcional de la luxación vieja del hombro.

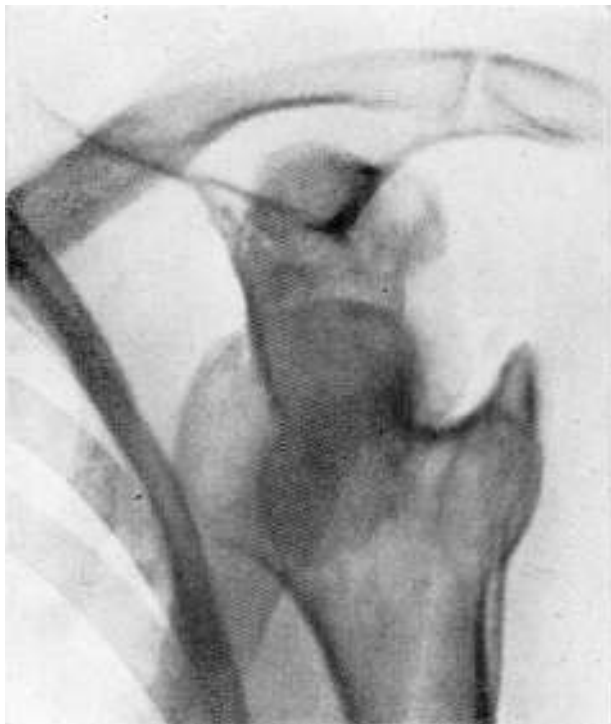
Una luxación escápulo-humeral puede con el correr del tiempo recuperar un grado de movilidad muy grande, bastando, con la suplencia del omoplato, a los movimientos habituales de esta articulación.

Una prueba de esto son los documentos fotográficos, en la imposibilidad de traer al enfermo, que pongo a la consideración de ustedes.

Se trata de un hombre de 67 años de edad, que hace 10, es decir a los 57, se cayó de una altura de tres metros, ocasionándose la luxación sub-coracoidea del hombro izquierdo. El trauma no debió haber sido muy intenso ya que el enfermo no consultó médico, en el momento del accidente. Sus consecuencias tampoco debieron ser muy molestas pues tampoco consultó médico después. Pasó unos 15 días un poco molestado, volviendo a sus tareas de hojalatero al cabo de ellos. La funcionalidad del hombro la fué recuperando bastante rápidamente ya que a los

3 ó 4 meses movía el brazo con movimientos casi tan extensos como los actuales.

Como puede apreciarse por las fotografías el grado de funcionalidad es considerable. Siempre fué indolora y las fuerzas casi completamente recuperadas. Indudablemente, una articula-



Radiografía de la luxación sub-coracoidea.

ción bien suficiente; prueba de ello fué que el enfermo se gana la vida con su oficio de hojalatero, bastante rudo.

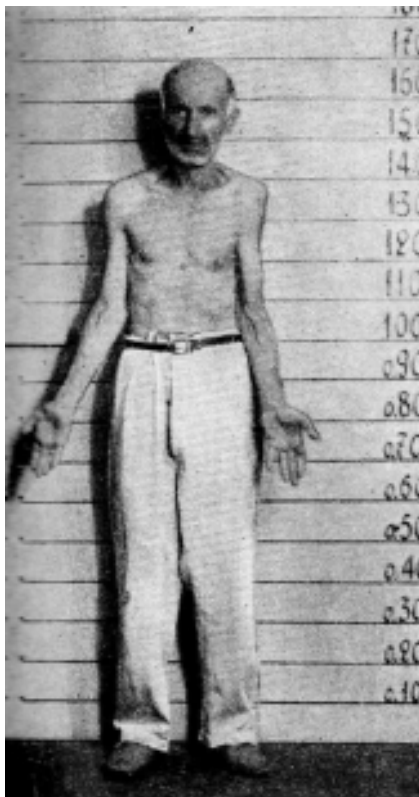
El enfermo está completamente satisfecho con su brazo luxado.

En cambio, no todos los enfermos que han sido tratados activamente, sea por el procedimiento que sea, podrían decir lo mismo.

Tanto con la reducción incruenta, como con la quirúrgica como con la resección epifisaria un porcentaje grande de enfermos recuperan un grado de funcionalidad mucho menor que el

que presenta nuestro enfermo en el cual ninguna terapéutica le ha sido aplicada.

Me apresuro a decir que esto no quiere significar que sea aconsejable la actitud pasiva, inactiva frente a todas las luxaciones viejas del hombro, pues también se sabe que el porcen-



taje de este tipo de luxaciones, que abandonadas a su suerte, recuperan, gran movilidad, es muy reducido.

Quiero significar solamente la complejidad del problema y no hago más que analizar un hecho clínico que considero de gran valor especulativo.

En la actualidad carecemos de medios valederos para juzgar con certeza del porvenir de una luxación del hombro. Algunas van a la rigidez total, otras hacen una neoartrosis de excelente valor funcional. ¿Qué medios nos permitirían suponer esta

excelente evolución? Creo, pueden tenerse en cuenta estos tres factores, presentes en nuestro enfermo y que sería conveniente analizar en casos semejantes.

Estos tres factores son, la calidad del trauma, la calidad del individuo y la calidad de la luxación.



En cuanto a la calidad del trauma, tenemos que es probable que sean las luxaciones consecutivas a traumas mínimos, si grandes desgarros musculares, capsulares o tendinosos, sin arrancamientos óseos, o sin grandes derrames sanguíneos las que dan más amplias neartrosis. En nuestro enfermo creo ha sucedido así, ya que si el trauma hubiera sido muy violento, hubiera indudablemente recurrido a los servicios de un médico.

En relación con la calidad del individuo, puede suponerse que sean las luxaciones de los viejos, de sujetos de escasa mus-

atura y de baja tonicidad muscular las que den más elevado grado de funcionalidad, contrariamente a aquellas de los sujetos jóvenes, de gran masa muscular y de gran tono de los músculos.

En nuestro enfermo se encuentran reunidas estas condiciones. Hace su luxación a los 57 años en pleno descenso de la



vida, acentuado por un proceso de bacilosis pulmonar crónico padecido desde su juventud que le permitía llevar una vida apenas discretamente activa. Sus músculos nunca fueron mayormente desarrollados y nunca bien tónicos.

Por último es lógico pensar que las luxaciones extra o subcoracoideas son de un porvenir funcional mejor que las intra-coracoideas.

Para terminar quiero resaltar que no son estas conclusiones definitivas, sino simples deducciones lógicas de un hecho clínico. Sería conveniente que casos similares fueran estudiados desde

este punto de vista en particular, para acumular experiencia y así poco a poco ir haciendo luz en la misteriosa fisiopatología de la articulación del hombro.

Dr. A. Lamas. — Es interesante la observación del doctor Pedemonte y real; yo recuerdo un caso de un hombre de campo que tenía ambos hombros luxados y que sin embargo realizaba todas las tareas de peón de estancia: enlazar, domar, etc., etc. No sabemos las condiciones o mejor dicho el conjunto de circunstancias que conducen a ese fin y los datos que nos presenta el comunicante, sin tener carácter absoluto, pueden ser de valor.

El doctor Chifflet recordará conmigo otro caso asistido en mi Servicio del H. Maciel.

Dr. Chifflet. — Recuerdo perfectamente el caso citado por el Prof. Lamas. Tuve oportunidad formando parte del cuerpo médico de ese Servicio, de estudiarlo en vida y luego de hacerle la autopsia ya que falleció en el Servicio, de causa muy ajena al asunto que nos interesa. Se trataba de una luxación, intracoracoidea lo que viene a estar un poco en contraposición con lo que nos expone el doctor Pedemonte ya que él cree que las sub o extracoracoideas serían las más móviles abandonadas a sí mismas.

Pero quería referirme en particular a los primeros párrafos de la comunicación del doctor Pedemonte. En ellos deja establecido que la conducta actualmente más aceptada en las luxaciones viejas de hombro es la terapéutica activa y dentro de esta terapéutica la reducción incruenta.

Recuerdo que, cuando con motivo del Concurso de Agregación puse al día este tema, en el año 1933, el criterio dominante era el de Gangolphe, que sustentaba que frente a una luxación vieja del hombro era fundamental estudiar cuidadosamente el estado del miembro luxado determinando si hay o no trastornos nerviosos o vasculares ya que ellos son los que condicionan la terapéutica activa o pasiva. En ausencia de trastornos vasculares o nerviosos, el criterio predominante era el de abstención o el de la reducción cruenta.

Dr. D. Prat. — El doctor Pedemonte parece decirnos en su comunicación que la actitud que hay que tomar frente a una lu-

xación vieja de hombro es la pasiva, es decir no hacer nada. Soy contrario a ese criterio y siempre sostuve que frente a una luxación de hombro cualquiera sea el tiempo transcurrido, dentro de plazos razonables, debe tentarse la reducción incruenta por maniobras manuales, pero guardando ciertos cuidados especiales. Con esta conducta se logrará éxito en la gran mayoría de los casos. Recuerdo haber actuado en 5 casos, de tiempo, variando entre 2 y 7 meses y en todos la reducción fué lograda. Para tener éxito hay que hacer una profunda anestesia general para obtener una resolución muscular completa, y emplear combinadamente las maniobras de Mothe o de Kocher. Si se trata de una luxación intracoracoidea se hace en un primer tiempo la maniobra de Mothe que lleva la cabeza hacia afuera colocándola en posición de sub o extracoracoidea y entonces en un 2º tiempo reducir por la maniobra de Kocher. Emplear de entrada el Kocher sería peligroso por el gran brazo de palanca que representa el húmero al actuar sobre el codo, habiendo un punto de apoyo muy cerca de la cabeza humeral; puede producirse así fracturas del cuello quirúrgico.

Dr. Stajano. — Recuerdo un caso de luxación vieja de la cabeza humeral que fué tratada, como opina el doctor Chifflet, por tratamiento quirúrgico. La operación fué lo más dificultosa y el cirujano después de haber luchado un buen rato con la articulación terminó por seccionar en un movimiento intempestivo la vena axilar. Esto viene en apoyo de que antes de decidirse a resolver el problema de la luxación vieja del hombro por la vía cruenta, conviene tratar de solucionarlo por la incruenta.

Dr. Etchegorry. — Yo creo que para poder entendernos respecto al tratamiento a seguir frente a las luxaciones viejas de hombro es necesario comenzar por entenderse sobre la significación de este término. Yo no considero vieja una luxación de dos o tres meses y creo es necesario un lapso de tiempo mayor para que una articulación luxada tome las características anatómicas y clínicas de las luxaciones envejecidas.

Frente a este tipo de luxación creo que la reducción manual debe ser la regla aunque en muchos casos no se tenga éxito y haya entonces que ir a la reducción cruenta o a la resección de la cabeza humeral.

Dr. Prat (D.). — Sr. Presidente, por reglamento interno de nuestra Sociedad nos está vedado tomar la palabra más de una vez en el curso de una discusión si esta no es declarada por la asamblea como discusión libre. Dado el interés del tema pido a la mesa que se declare este punto en discusión libre para poder seguir exponiendo nuestras ideas al respecto.

Aprobado.

Dr. Prat (D.). — Yo creo que mis casos estaban dentro de la categoría de las luxaciones viejas ya que maniobras comunes de reducción manual no habían logrado la reducción y ya que había transcurrido un tiempo suficiente como para considerarlas como tales.

Vuelvo a repetir, que considero en tales casos, a la reducción manual, en las condiciones por mí ya establecidas como el mejor tratamiento y el que debe tentarse siempre antes de cualquiera otra maniobra.

Como una conclusión práctica a sacar de este punto y dirigida para aquellos que leen nuestros Boletines, es que una luxación cualquiera es fácilmente reducida en los primeros momentos de producirse y que abandonada a sí misma las condiciones anatomopatológicas son tan distintas que su tratamiento se agrava considerablemente. No por mucho conocido conviene pues repetir que las luxaciones deben ser tratadas lo más pronto posible del momento de su producción.

Dr. Chifflet. — Yo creo que la noción tiempo no es tan fundamental para determinar el carácter de envejecimiento de una luxación, ya que no podemos establecer un lapso de tiempo fijo para clasificarlas en recientes o antiguas.

Hay luxaciones que a pesar de haber transcurrido un tiempo bastante grande del momento de su producción pueden ser fácilmente reducidas y no se las puede llamar a éstas, luxaciones envejecidas, mientras en cambio hay otras que al cabo de pocos días y a veces de horas son ya realmente irreductibles por las maniobras habituales de reducción. Estas sí, sin ser verdaderamente viejas, son terapéuticamente envejecidas. De manera que si alguna noción hay que establecer como enseñanza general, no es que una luxación puede ser vieja al cabo de unos días, sino al cabo no mas de horas y por lo tanto las luxaciones deben me-

recer un tratamiento realmente urgente, inmediatamente de producidas.

Sigo sosteniendo que la abstención completa o la reducción quirúrgica, eran según mis estudios las normas más aceptadas por el año 1933. No creo que la cita del doctor Stajano sea argumento poderoso contra este parecer ya que si el cirujano cortó la vena axilar con el bisturí en la tentativa de reducción quirúrgica, posiblemente la hubiera también roto en las maniobras de reducción manual.

Dr. Pedemonte. — Me va a ser difícil tener en cuenta todas las observaciones expuestas por los que tomaron la palabra en la discusión de este punto, ya que se ha salido muy fuera de la cuestión y considerado no el aspecto fundamental de mi comunicación, sino sus puntos accesorios. Por eso tendré en cuenta solamente las principales.

El doctor D. Prat, dice que yo establezco que frente a una luxación antigua del hombro no hay que hacer nada. No es tal. Hay un parágrafo de mi trabajo que dice: "Me apresuro a decir" que esto no quiere significar que sea aconsejable la actitud "pasiva, inactiva frente a todas las luxaciones viejas del hombro," pues también se sabe que el porcentaje de este tipo de luxaciones que abandonadas a su suerte recuperan gran movilidad, "es muy reducido". Yo no establezco en mi trabajo mi criterio personal frente a estas lesiones. Sólo me propuse por el examen detenido de un caso, deducir factores probables de presunción del porvenir de una articulación luxada.

No hago más que señalar la calidad del trauma, la calidad del individuo y la calidad de la luxación como elementos a tener en cuenta en casos de luxaciones viejas para presumir su porvenir funcional y de indicar la conveniencia de buscarlos en casos semejantes al mío para comprobar su exactitud o su inexactitud. Ya que se ha hablado del criterio a seguir frente a las luxaciones viejas voy a exponer mi parecer, hecho de un poco de experiencia personal y mucho de lecturas al respecto.

En el año 1933 según el doctor Chifflet, el criterio general era el de la abstención absoluta o el de la reducción cruenta, pero ahora en el año 1939, puedo asegurar que la mayoría de los cirujanos están por la actitud activa y de ésta la más aceptada,

es la reducción incruenta. Tal es la conclusión establecida en una comunicación del Prof. Jorge a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, en una de sus últimas sesiones del año pasado.

La tentativa de reducción manual debe ser siempre ensayada y en las condiciones de rigurosidad establecidas por el doctor Prat; es decir, anestesia general profunda a la cual podría agregarse como complemento la termo y masoterapia pre - operatoria y la movilización "in situ" de la cabeza humeral, una vez dormido el enfermo, hasta lograr romper sus adherencias a los planos vecinos.

Obtenido esto, maniobras de reducción. ¿Cuáles? No tengo experiencia personal suficiente como para inclinarme por uno u otro método. Tanto el Kocher, como el Mothe o la maniobra del talón, tienen sus defensores y sus detractores dando la impresión por las lecturas que en buenas manos cualquiera de ellos es bueno y en malas, malo.

No logrado el éxito puede tentarse la reducción cruenta o la resección cefálica de la que no tengo tan mala impresión como suele leerse en la bibliografía al respecto.

Por último me referiré a un punto que ha tocado el Dr. Etchegorry y que es el que se refiere al término de luxación vieja. Estoy, en esto de completo acuerdo con lo expuesto por el doctor Chifflet. Lo fundamental, en luxaciones, no es el tiempo sino la calidad del individuo. Hay individuos cuyas luxaciones envejecen rápidamente en días, más aún en horas y otros en los que cualquiera sea el tiempo transcurrido no dan rigidez articular sino por el contrario excelente funcionalidad. ¿De qué depende esto? ¿Del factor tiempo? De ninguna manera, de las condiciones biológicas particulares de cada individuo y que aun los medios científicos no nos permiten determinarlas. Cada individuo reacciona frente al traumatismo de una manera personal, lo difícil es presumir la evolución ulterior de ese accidente ya que depende de factores completamente ignorados por nosotros.