

Instituto Traumatológico. — Director: Dr. José Luis Bado

FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR CON LUXACION DE LA EPIFISIS

Dr. Hebert Cagnoli
Cirujano de Guardia

Sr. Prudencio de Pena
Practicante interno

La luxación de la epífisis humeral en las fracturas de la extremidad superior del húmero es una complicación mencionada por todos los autores y que en nuestra práctica la hemos encontrado seis veces en un total de 305 casos.

En cambio, en el sector homólogo del miembro inferior no obstante existir una muy copiosa bibliografía sobre las fracturas del cuello del fémur, no conocemos ningún caso de fractura con luxación de la epífisis.

Es por ello que el haber atendido en el Instituto Traumatológico un caso tan excepcional nos ha parecido que justificaba el distraer la atención de los Señores Consocios. Pero la rareza no es una razón suficientemente justificada como para solicitar vuestra atención, sino que la terapéutica realizada y el resultado obtenido nos ofrecen sugerencias que le prestan singular interés a nuestro caso.

En algunos casos excepcionales de fractura del cuello del fémur la epífisis femoral parece encontrarse libre en la cavidad articular y gira perdiendo su orientación habitual; pero siempre se mantiene en el ambiente articular relacionándose con la cavidad cotiloidea. La práctica del enclavijado ha puesto bien en evidencia este hecho y Valls y Lagomarsino en su libro dicen: "Pareciera que la cabeza se halla completamente libre y rota como una bola de billar al ser tocada por la prótesis".

En nuestro enfermo se fractura el cuello del fémur y el segmento proximal, epífisis y muñón de cuello, abandona la cavidad cotiloidea y se luxa hacia adelante. Seguramente que ha existido

un amplio desgarró de la cápsula para permitir este excepcional desplazamiento. ¿Y que porvenir le esperaba a esta epífisis? Sin ninguna duda, la necrosis isquémica. En este caso no se presta a discusión si en esa necrosis, que se comprobó operatoriamente y se pronosticó previamente, la importancia capital de la muerte del hueso reside en el círculo arterial circunflejo o en la arteria del ligamento redondo.

El gran desgarró sinovial y capsular y el desplazamiento epifisario justifican la falta de integridad de los arcos cérvico-cefálicos que son subsinoviales y como final lógico la muerte de ese segmento óseo.

La resección de la epífisis luxada fué la terapéutica instituída. En otros dos casos realizados en el Instituto Traumatológico, por un tumor amiloide y por una hidatidosis, pudimos comprobar el excelente resultado funcional que es capaz de ofrecernos. De ahí que confiamos en el futuro resultado de cuya bondad podrán juzgar los Señores Consocios.

He aquí la historia clínica de nuestro enfermo:

A B 36 a. — Ingresa al Instituto Traumatológico el 11 de febrero de 1945. Pocos momentos antes de su ingreso al cruzar la calzada corriendo es arrollado por un ómnibus.

A su llegada presenta un importante cuadro de shock del que sale rápidamente después de su tratamiento.

Examen. — Amplia herida lácerócontusa de región frontal; fractura expuesta de los huesos propios de la nariz.

Tórax y abdomen. — Sin particularidades.

Columna. — Gibosidad que asienta a nivel de la XII dorsal y 1. lumbar, exquisito dolor a ese nivel.

Miembro inferior derecho. — Acortado y en rotación externa — gran tumefacción de la raíz del miembro. Exquisito dolor a nivel del triángulo de Scarpa que se presenta ocupado por una tumoración dura. Impotencia para movilizar el miembro.

Miembro inferior izquierdo. — Impotencia absoluta para movilizar su miembro.

Se hace tratamiento general del enfermo (Tonicárdiacos-suero-calor), se le hace reposar en cama dura y se le vigila cada hora.

A las 5 horas de su ingreso aparece una defensa abdominal generalizada predominando en Hipocondrio izquierdo.



FIG. 1

Al día siguiente mejora el estado general pero persiste la defensa abdominal.

Clinicamente se trata de un paciente que recibió un brutal traumatismo que le produce fractura de columna dorsolumbar con paraplejía y contractura abdominal refleja y fractura de la extremidad superior de fémur derecho.

Febrero 15. (Examen neurológico Dr. Soriano).

Paraplejía flácida. — Areflexia profunda en ambos miembros infe-

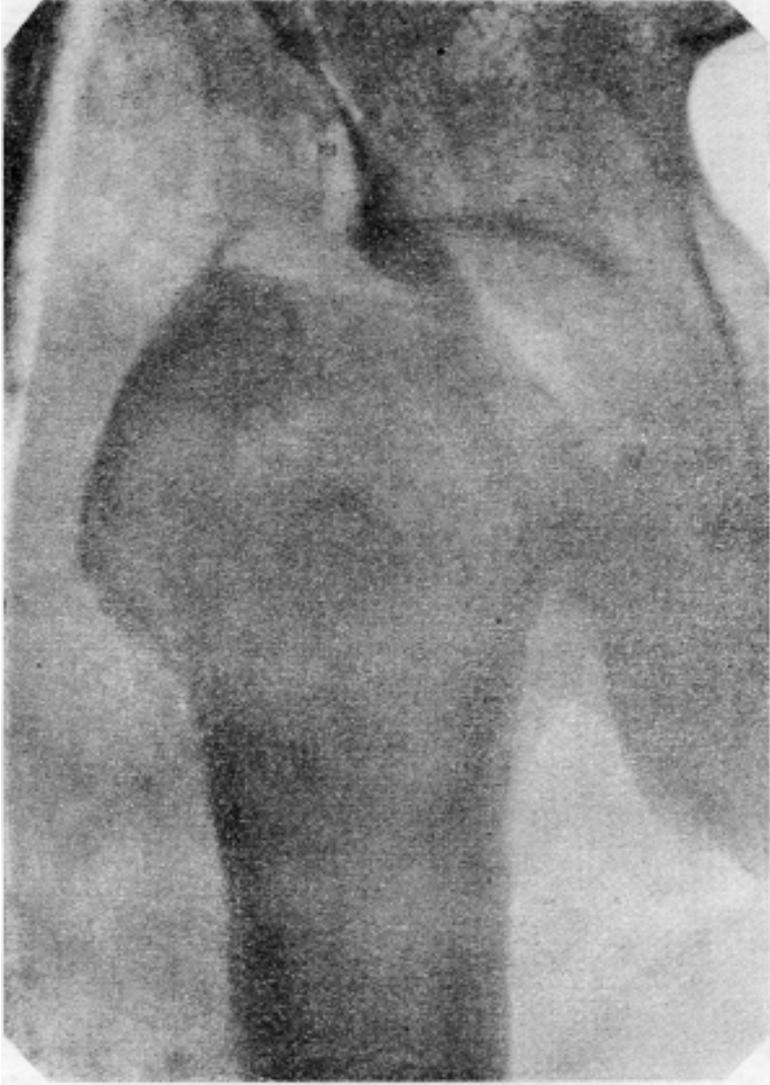


FIG. 2

riores. Sensibilidades táctil, térmica y dolorosa se hallan disminuídas desde la rodilla hacia abajo sin llegar a la anestesia.

Cutáneos plantares indiferentes. No hay trastornos vesicales. Depositiones bien.

Punciones lumbar y suboccipital.



FIG. 3

Lumbar: Líquido claro. Quenskestead positivo.

No hay disociación albúmina citológica.

Suboccipital. — Sin particularidades.

Radiografía: fractura de la 1ª lumbar con subluxación de las articulaciones interapofisarias.

Fractura del cuello del fémur con luxación de la epífisis (fig. 1).

En Marzo 5 comienza a contraer los músculos de los miembros inferiores y a movilizar dedos del pie y flexionar sus rodillas. 10 grados.

En síntesis. — Grave politraumatizado con fractura de columna con paraplejía sin síndrome de compresión medular y con una excepcional fractura de cuello de fémur con luxación de la epífisis.

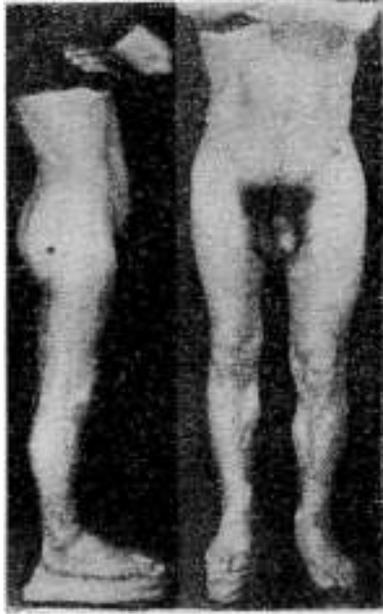


FIG. 4

Marzo 21 de 1945. — Decidimos hacer la extirpación de la epífisis femoral.

Intervención. — Drs. Bado, Cagnoli. Anestesia local con novocaína al 1 %. Incisión oblicua de espina iliaca ánterosuperior a cara interna de muslo siguiendo la dirección del sartorio. Se busca el borde interno de este músculo y por debajo de él se halla la cabeza femoral con la fovea capitis mirando hacia adelante y afuera; es decir, toda la superficie esférica de la cabeza mira hacia adelante. La epífisis y el cuello están necrosados y su extirpación se realiza fácilmente. Cierre por planos; crin en piel. El miembro operado se tracciona con un Tillaux.

Marzo 22. — Radiografía de control: el muñón del cuello del fémur está enfrentado al cotilo.

Mayo 12. — Desde hace un mes comienza a movilizar sus miembros inferiores.

Miembro inferior derecho: Acortado 3 cms. Actitud indiferente del miembro. Moviliza perfectamente el pie. Flexiona 20 grados la rodilla pero no logra desprender el miembro del plano de la cama. Sensibilidad conservada.

Miembro inferior izquierdo. — Movilidad completa. Sensibilidad conservada.

El muslo derecho presenta una movilidad en "pistón" si se coloca en adducción y rotación externa pero esa movilidad anormal desaparece

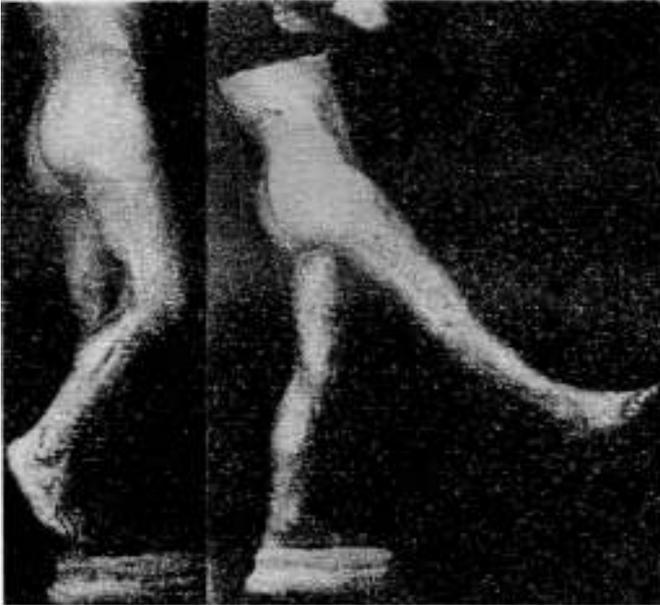


FIG. 5

si se lleva al muslo en abducción y rotación interna. Hacemos yeso pelvipedio en esta última posición para comenzar la deambulacion.

Junio 7. — El enfermo se levanta y camina con ayuda de muletas.

Control radiográfico. El muñón del cuello del fémur está metido en el cotilo. (fig. 2).

Setiembre 4 de 1945 (7 meses después del trauma). Camina perfectamente con un bastón.

Retiramos el aparato de yeso pelvipedio.

Miembro inferior derecho: En rectitud. Acortamiento de 3 cms. Cadera muy móvil yendo de 180 grados a 150 grados.

Radiografía. — El muñón del cuello femoral está enfrentado al cotilo pareciendo tener tendencia a formar una neoartrosis. Se comienza a hacer fisioterapia.

Setiembre 18. — El enfermo camina perfectamente con ayuda de un bastón. El “pistón” que ejecutaba durante el apoyo del miembro ya no lo realiza. Se corrige el acortamiento con un realce en el calzado.



FIG. 6

El enfermo que presentamos tiene de interés la rareza de su lesión y la excelente evolución que siguió a pesar de su gravedad. Si consideramos al traumatizado en su totalidad vemos que pasa bien el estado de shock; que la paraplejía que acompañaba a su fractura de columna cura, tal como lo hacía suponer el estudio manométrico, biológico y lipiodolado que se hizo del canal dural. Al no existir una compresión medular la conducta expectante que seguimos era la indicada y bastó para darnos la cura. Finalmente logramos un excelente resultado funcional gracias a la recuperación que obtuvimos a nivel de su cadera.

En cuanto a la fractura del cuello del fémur con luxación de la epífisis es una lesión que como ya dijimos no hemos encon-

trado descripta en la bibliografía y es el primer caso que tenemos en 300 fracturas del cuello del fémur y 40 luxaciones de cadera.

El traumatismo que produjo la lesión ha sido de una violencia inusitada.

La importancia de nuestro caso radica no sólo en su rareza sino también en el diagnóstico radiológico y en el pronóstico que anotó la evolución de la epifisis hacia la necrosis. Además es de interés hacer resaltar la indicación de extirpar la epifisis y la posición de abducción y rotación interna del miembro en forma que el muñón del fémur afronte la cavidad cotiloidea. El resultado funcional ha sido excelente y en cuanto a la evolución ulterior de ese miembro existe la probabilidad del ascenso del fémur.

A este inconveniente podemos siempre ofrecerle una terapéutica útil puesto que nos encontramos en condiciones similares a las de la luxación congénita de la cadera, con la ventaja de tener un cotilo profundo.

La indicación quirúrgica sería entonces una osteotomía subtrocantérica llevando el segmento distal del miembro en gran abducción, en forma que el ángulo que forme con el segmento proximal penetre en el cotilo.

Se presenta el enfermo que camina sin ayuda y moviliza ampliamente su miembro inferior derecho. (Ver figuras 4, 5 y 6).