

Fractura aislada del gran Trocanter Femoral

Por el doctor Manuel Albo

Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil.

Cirujano del Hospital Maciel.

(Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía de Montevideo)
el 3 de Junio de 1929.)

Las fracturas aisladas del gran trocanter no son corrientes de observar no obstante la riqueza de traumatismos de la vida actual en donde los accidentes de auto y de las máquinas han aumentado considerablemente el material clínico.

Tajnton cita los trabajos de Cooper de Hamilton Krüger — Nec Grunne — Ferrieu en 1909 anota doce casos en la literatura — 3 de autopsia — 9 casos clínicos y agrega seis de observación personal.

Moorhead, en su obra Traumatic Surgery de 1918, dice: “muy pocos casos de estos han sido relatados, no más de una docena entre todos según Stimson.

Estos breves comentarios justifican que distraiga la atención de los colegas con el siguiente caso personal:

Rubens C., 23 años, uruguayo, soltero, jornalero. Ingresa al Hospital Pasteur el 11 de Mayo de 1929, por un traumatismo de la cadera derecha.

Estando de pie recibe una coz de caballo que, golpeándolo en la cadera lo proyecta por tierra. No pudo ya incorporarse por sus propias fuerzas, siendo en tales condiciones recogido y trasladado al Hospital, donde previa desinfección a la tintura de yodo de la región contusa y vendaje, se le inyectan 20 c. c. 3 de suero antitetánico, siendo destinado a la Sala 23, entonces a mi cargo.

Examen. — Desde el punto de vista general nada digno de observarse, sujeto alto, grande, con buen desarrollo muscular.

La región glútea derecha tumefacta y dolorosa presenta una equimosis grande que en parte se prolonga sobre el muslo y teniendo a la altura del trocanter una pequeña herida contusa.

Todo el miembro se halla colocado en ligera flexión-rotación interna y adducción. Impotencia funcional completa y absoluta. Los movimientos pasivos pueden efectuarse, aunque muy limitados por el dolor. La

palpitación al nivel del trocanter además de un dolor exquisito dá sensación de crepitación sanguínea.

Radiografía: fractura aislada del gran trocanter con desplazamiento considerable.

Frente a esta situación de desplazamiento y de gran infiltración sanguínea, decido intervenir para buscar la reintegración anatómica y funcional, preparo el paciente con 2 dosis repetidas de propidon de 1 c. c. 3 con 4 días de intervalo, espero la cicatrización de la piel e intervengo a los 9 días del ingreso.

Intervención. — Wasserman negativo. Orina normal. Raqui anestesia con novocaina 0 gr. 08 entre IV y V. Lumbar. Anestesia perfecta, Operadores Albo, Capurro y Roglia. Incisión en tabaquera de Ollier, exploración del foco de fractura se extraen los coágulos poniéndose en evidencia las superficies de fractura. Se pasa una mecha al nivel de la base del trocanter en el sentido antero posterior y a través del orificio un tendón de Kanguro que servirá luego para hacer el hemicerclage del trocanter desplazado. Coaptación exacta del fragmento, y luego sutura de la envoltura fibro periostica al nivel del trocanter fracturado, usando para esto catgut cromico. Inmovilización en abducción.

Post operatorio normal e intolerancia frente al catgut cromico que se elimina a los diez días. Movilización pasiva desde el 8.º día. Masaje y movilización de los músculos del muslo y de la pierna desde esa fecha. Levantar a los 20 días. Alta a los 29 días con una gran atrofía del cuadriceps.

Anoto esta última particularidad cuya explicación parecería ligada a un mecanismo de reflejo trófico provocado por la lesión, como se observa en los traumas de la rodilla.

Hago notar la intolerancia del organismo frente al tens gut que he observado repetidamente fuera de toda infección que la explique, y que me ha conducido a no emplearlo.