

Instituto Traumatológico

*FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR TRATADA POR  
EL ENCLAVAJE MEDULAR DE KUNTSCHER (\*)*

*Dr. Hebert Cagnoli*

Enferma de 28 años que nos llega de campaña con una fractura envejecida de diáfisis femoral, datando de un mes y medio. Los fragmentos fracturarios están cabalgados unos 4 ctms. y angulados, englobados por discreta sombra de callo (Fig. 1).

Como es un callo maleable hacemos una tracción transcondi-leana en el plano inclinado como tiempo preparatorio de la reducción cruenta e indicamos la inmovilización por un clavo intra-medular de Kuntscher, que en este caso encuentra una precisa indicación por presentar la enferma un embarazo de siete meses.

Se interviene el 14 de enero. Rodeando al foco hay abundante tejido escleroso interfragmentario que se reseca por ser un obstáculo para la reducción. Se enhebra en el canal medular del fragmento proximal un clavo de Kuntscher; se reduce la fractura y se pasa el clavo en forma que tome el fragmento distal.

Excelente post-operatorio. La radiografía muestra una perfecta reducción (Fig. 2). A los 18 días de operada se le hace rodillera de yeso con la que comienza a caminar.

El 7 de mayo — unos días antes de los 4 meses de operada — llega a nosotros caminando sin yeso, sin claudicar. Hace 1 mes se le retiró el yeso para tener un parto normal.

(Se presenta la enferma que muestra un resultado anatómico perfecto y una completa movilidad de cadera y rodilla.)

El procedimiento de osteosíntesis que traemos a la consideración de los colegas se ha realizado en el Instituto Traumatológico en 6 casos de fractura de fémur. Es un excelente procedi-

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de mayo de 1948.

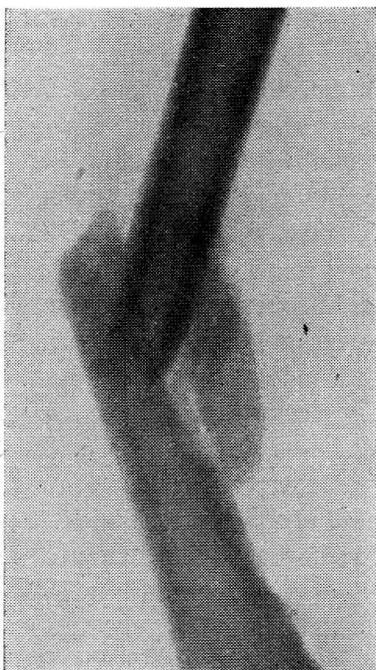


FIG. 1

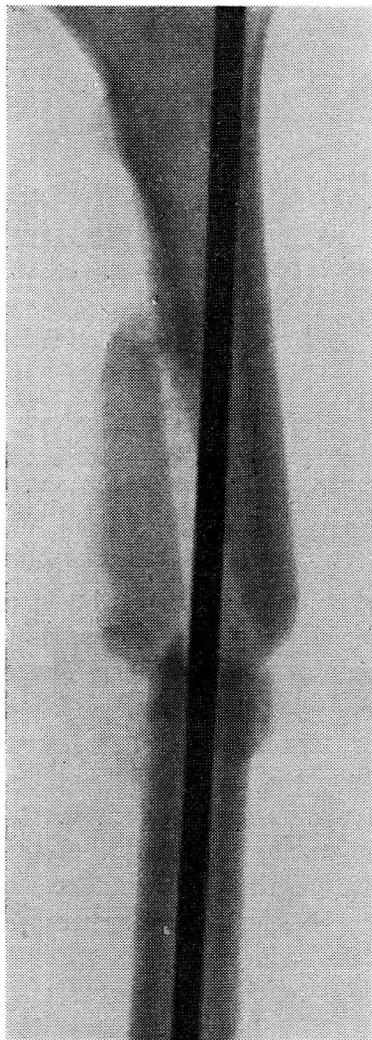


FIG. 2

miento siempre que no se realice sistemáticamente en toda fractura diafisaria sino que se seleccione perfectamente la indicación. En nuestro caso particular se trataba de una embarazada de 7 meses con una fractura desplazada de diáfisis femoral.

La osteosíntesis metálica sólo la realizamos en contados casos, habiendo sustituido el tornillo o clavo en las fracturas del

cuello del fémur por el injerto óseo; la indicamos en casos perfectamente precisos de fracturas diafisarias con el Kuntscher y el clavo de Moore en ciertas fracturas intertrocantéricas.

### Métodos axiales de osteosíntesis.

Son conocidos desde hace mucho tiempo. Lambotte fué el primero en proponerlo en 1910 en las fracturas de clavícula. Joly en 1935 lo indica en la clavícula, las falanges y los metacarpianos. Lambrinudi en Londres en 1940 presenta sus experiencias que realiza con alambres de Kirschner pero poco entusiasmo impone al no tener la aprobación de Watson Jones.

Kuntscher presentó su trabajo en el Congreso Alemán de Cirugía de marzo de 1940. Realizaba el enclavaje por la vía extra-articular sin exponer el foco de fractura y enhebrando su clavo por maniobras externas.

Se le llamó método antifisiológico, pero las necesidades de la guerra hicieron que el método adquiriera gran boga en los países de Europa Central.

En Francia los cirujanos fueron tocados en su atención cuando los heridos operados en Alemania volvían solicitando la extracción de la prótesis. Mondor y Nardi publican un trabajo en la Academie de Chirurgie en 1942 y Soeur de Bélgica en 1946 en el Journal of Bone and Joint Surgery. En el Río de la Plata, Valls, Ferré y Castillo Odena divulgan el método.

Los inconvenientes que se imputaban eran:

1º Producía destrucción de tejido medular. Este tejido hematopoiético no interviene en la formación del calló y no influye en la hematopoesis.

2º Riesgo de embolia grasosa. En 55 casos operados, Soeur sólo la encontró en 1 enfermo.

3º Posibilidades de infección. Inconveniente que en un buen ambiente quirúrgico tiene poco valor.

Las ventajas que posee son:

1º La intervención es generalmente poco traumatizante y al paciente le disminuye los sufrimientos del tratamiento.

2º Es una prótesis de simple colocación y que no plantea problemas de fijación del miembro después de la reducción.

3º Lleva rápidamente a la consolidación, mismo antes que

en tiempos normales porque reduce bien e inmoviliza perfectamente.

4° Permite una rápida movilización, con todas las ventajas que ello significa.

**En síntesis:** Es un método que tiene precisas indicaciones; fracturas difíciles de reducir incruentamente con dos focos diafisarios, asociada a otras fracturas o como en nuestro caso en una embarazada que planteaba el problema de la inmovilización.

En cuanto el enfermo es intervenido lo dejamos en cama para realizar la perfecta movilización de sus articulaciones. Para realizar la deambulacion, que se permite al poco tiempo, ejecutamos una rodillera de yeso pues la prótesis por sí sola no es suficiente, necesitando de la solidez del callo. En caso que no se tomen esas precauciones el clavo y el foco pueden angularse. Ya hemos dicho que la prótesis no interfiere en la consolidación.

La técnica que realizamos es abordando en primer término el foco de fractura, enhebrando el canal medular del fragmento proximal y reduciendo la fractura para completar el enhebrado diafisario que nos ofrecerá una perfecta inmovilización.