

Instituto Traumatológico

LA FRACTURA EN "PICO DE PATO" DEL CALCÁNEO (*)

Dr. Hebert Cagnoli

En 1945 presentamos en colaboración con el Dr. José L. Bado una comunicación en la que hacíamos consideraciones patológicas y terapéuticas sobre las fracturas del ángulo pósterior superior del calcáneo.

En ese trabajo se establecían las siguientes conclusiones:

1º El aplastamiento y la contusión directa es el mecanismo productor de estas fracturas. Aceptábamos así una acción traumática directa y rechazábamos la acción de arrancamiento del tendón de Aquiles.

2º Las fracturas cuyo trazo comienza en la base del tálamo o en su vecindad inmediata presentan un carácter anatómico-patológico de gran importancia: el **encajamiento**. Las fracturas cuyo trazo comienza por detrás del tálamo no son encajadas.

Las fracturas en "pico de pato" del calcáneo deben clasificarse con o sin encajamiento.

3º El factor encajamiento es el que va a orientar la terapéutica. Esta noción de indiscutible valor práctico nos enseña que si no hay encajamiento las maniobras incruentas directas sobre el fragmento, previa flexión plantar del pie, o la tracción transquelética con alambre son suficientes para lograr la reducción. En cambio, si la fractura presenta radiográficamente el elemento encajamiento es necesario ir a la reducción cruenta que busca la eliminación de ese encajamiento para obtener la reducción. En ningún caso es necesaria la tenotomía del tendón de Aquiles.

La observación clínica que presentamos confirma la realidad de esas consideraciones.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 2 de junio de 1948.

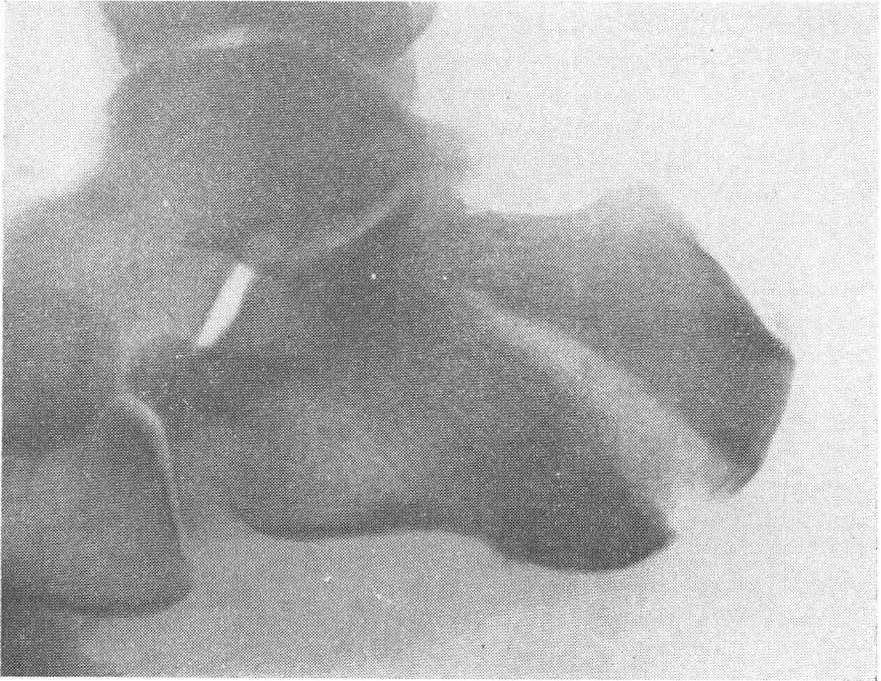


FIG. 1

Historia clínica 38477. — Hombre de 62 años. Marzo 15 de 1948. Cae de 3 metros de altura en posición parado, tomando contacto con el suelo con el talón derecho. Al examen clínico tumefacción difusa de la región y dolor exquisito en la región calcaneana. La radiografía muestra una fractura en "pico de pato" del calcáneo encajada, cuyo trazo partiendo de la zona talámica llega al ángulo pósterior inferior (Figura 1).

Marzo 24. — Intervención Dres. Bado y Cagnoli. Anestesia raquídea. novocaína 0 gr. 15. Incisión externa arciforme que partiendo paralelamente al tendón de Aquiles se horizontaliza para seguir la línea de la planta. Se rugina la cara externa del calcáneo. Se comprueba la marcada separación interfragmentaria y pese a relajar el tendón de Aquiles flexionando la rodilla y llevando el pie en equino no es posible lograr con maniobras manuales la reducción. Se realiza un golpe de escoplo que elimina la zona de encajamiento fragmentario y es recién entonces que con toda facilidad se puede reducir el fragmento separado. Perforando el fragmento inferior se realiza un "hemicerclage" con catgut cromado que mantiene la perfecta reducción fragmentaria. Yeso de pierna con el pie en ligero equino.