

Instituto Traumatología. — Director: Dr. José Luis Bado.

*EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CUELLO DE FEMUR CON EL INJERTO OSEO (\*)*

*Dr. José L. Bado*

En mayo de 1947 presentamos los resultados obtenidos en el tratamiento de las fracturas de cuello de fémur, utilizando el injerto óseo, y analizamos treinta casos, de los cuales solamente diez habíamos podido seguir a través de un período de tiempo de hasta dos años.

Durante el lapso entre aquella época y la actualidad, hemos tenido oportunidad de operar 50 casos más, lo que hace un total de 80 operados empleando la misma técnica. Además, el tiempo transcurriendo, nos ha permitido revisar los resultados alejados de hasta 3 años, siguiendo la evolución de los casos primitivamente presentados a esta Sociedad. En aquella oportunidad, entre los distintos comentarios que suscitó la presentación de nuestro trabajo, recordamos las frases del entonces Presidente, el Prof. Agdo. Dr. Andreón, que alentándonos a continuar con nuestras observaciones, nos sugería la conveniencia que existía para los cirujanos generales enterarse del estado de nuestras observaciones y de las conclusiones que de ellas se desprendían.

Es así que cumpliendo con la promesa que hicimos en aquel momento, traemos ahora a la consideración de la Sociedad el análisis de los resultados obtenidos en 80 casos, muchos de ellos a través de un período de observación de más de 3 años.

Se ha comprendido mal el problema del tratamiento de la fractura de cuello de fémur. Cuando se trata una fractura con otra localización, que no sea la del cuello femoral en particular, se pretende que la fractura cure en el sentido de la consolidación,

---

(\*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 10 de noviembre de 1948.

sin dejar otro trastorno ni en la morfología ni en la función del miembro. Y un tratamiento será tanto más aconsejable, cuanto sea capaz de ofrecer este resultado favorable en un período de tiempo menor que otros que se tienen en consideración.

La *pseudoartrosis*, es decir, la ausencia de consolidación, es el fracaso más rotundo en la cura de una fractura. En la fractura de cuello de fémur en cambio, en la evolución de su cura, empleando el procedimiento de la prótesis metálica, el porcentaje de la pseudoartrosis observado no juzga en realidad, el método, ya que por el contrario lo hace aparecer como un buen procedimiento.

Las estadísticas más modernas muestran, en efecto, que solamente 15 a 18 % de las fracturas de cuello de fémur tratadas por la síntesis metálica, van a la pseudoartrosis. Pero, y esto es lo que interesa destacar, el resto, es decir el 85 u 82 %, no cura en el sentido de la restitución anatómica y funcional. Es que de 100 fracturas, 30 o 35 sufren una evolución particular que las conduce a través de la necrosis aséptica de la epífisis, a la artrosis o artritis degenerativa de la cadera y a su rigidez más o menos completa. Y esto tanto más cuanto más joven es el fracturado.

Quiere decir entonces, que si sumamos las cifras de la pseudoartrosis más las de la necrosis, solamente el 50 % de las fracturas de cuello de fémur tratadas curan en el sentido amplio del término. O lo que es lo mismo, de 10 fracturas de cuello de fémur tratadas con síntesis metálica, 5 curan y 5 no curan, o lo hacen dejando tras de sí una secuela grave como es la rigidez de la cadera y la artrosis.

Ahora bien: estas afirmaciones no son caprichosas ni están inspiradas en una orientación tendenciosa; son el reflejo de los hechos analizados a través de estudios estadísticos absolutamente imparciales y en base a abundante documentación. Por otra parte, es una opinión universal, y todos los que tienen experiencia en el tratamiento de estas fracturas están de acuerdo con esto.

Pero todavía hay más: a poco que analicemos los hechos de más cerca, nos encontramos con otro elemento al que es necesario darle cierto valor en el estudio analítico general, y es el siguiente: la fractura de cuello de fémur es una fractura común en deter-

minada época de la vida, muy frecuente en los viejos, que por sus mismas condiciones de edad, y aún por razones ajenas a ella, pero en relación con ella, están en condiciones orgánicas precarias, de déficit, que hacen de manera que un fracturado de cuello de fémur en estas condiciones deba ser considerado un enfermo grave que no puede ser sometido a una intervención quirúrgica, por pequeña que sea, que tenga por objeto el tratamiento de su fractura. Quiere decir, en otros términos, que existe un cierto número de fracturados del cuello de fémur, que por sus condiciones funcionales y orgánicas en relación con la edad y por su edad misma, no pueden ser sometidos a ningún tratamiento de su fractura, por lo menos en los primeros momentos que siguen a su producción.

Esto que hace que no pueda considerarse el tratamiento de la fractura del cuello de fémur como un tratamiento de urgencia, trae, además, como consecuencia, la necesidad de la abstención como tratamiento activo de la fractura en determinado número de casos, que en nuestra estadística alcanza más o menos un 25 %.

Por consiguiente, si de 100 fracturados de cuello de fémur 25 no pueden ser sometidos a ningún tratamiento por sus condiciones generales ya que la tercera parte de ellos muere en el curso de la segunda a cuarta semana) y el 15 % de los tratados va a la pseudoartrosis, y el 30 o 35 % a través de la necrosis aséptica a la pérdida de la función de la cadera por la artrosis, se ve cuan pocos son, en realidad, los fracturados del cuello de fémur a los que se puede considerar curados gracias al tratamiento empleado; menos del 35 %. Y esto sin contar la mortalidad operatoria, que para algunos procedimientos y en algunas estadísticas alcanza hasta un 10 %.

El problema planteado así, a base de números, que se desprenden del estudio de la estadística, presenta dos partes fundamentales que es necesario hacer destacar.

El primero, es que existe una cantidad de fracturados de cuello de fémur cuyas condiciones generales hacen difícil la intervención dirigida hacia el tratamiento de su fractura. Y, segundo, existe un número todavía mayor de fracturados de cuello de fémur en donde el tratamiento empleado (síntesis metálica)

conduce a través de la evolución de la necrosis aséptica a la instalación de un trastorno grave de la función de la cadera.

Los enfermos del primer grupo son enfermos de edad avanzada con taras funcionales graves; los del segundo grupo son enfermos jóvenes, sin taras funcionales, sorprendidos por la fractura en plena labor, y en donde no existe problema de tratamiento en relación con la posibilidad de su aplicación. La práctica general, aún hoy, es la de adoptar para los dos grupos de enfermos, el mismo tratamiento: la síntesis metálica. Nosotros creemos que fué precisamente la generalización de esta práctica, la que ha hecho que se observaran cada vez con mayor frecuencia los fenómenos de necrosis aséptica, al mismo tiempo que disminuían las observaciones de la pseudoartrosis. Consideramos también que no puede aplicarse a estos dos grupos de enfermos el mismo procedimiento y aconsejamos y realizamos desde hace algún tiempo dos procedimientos diferentes. En los fracturados de menos de 60 años y aún en aquellos de mayor edad pero en buenas condiciones generales, en donde la necrosis puede ser una eventualidad evolutiva a temer, el procedimiento empleado debe de tener en cuenta sobre todo esta eventualidad para evitarla. En aquellos, en cambio, de más de 60 años y en condiciones orgánicas y funcionales deficientes, el procedimiento empleado debe tener en cuenta sobre todo la necesidad de suprimir de una manera precoz los inconvenientes que supone la fractura (reposo en cama).

Para los primeros empleamos el injerto óseo de acuerdo con la técnica descrita ya, que ustedes conocen. Para los segundos reservamos el uso de la síntesis metálica. En los enfermos de este último grupo no interesa la necrosis aséptica ni la rigidez de la cadera consecutiva; interesa sobre todo y fundamentalmente la conservación de la vida. En los del segundo grupo, el problema de la conservación de la vida no entra en consideración en la elección del tratamiento, sino el de la conservación de la morfología y de la función. En los primeros interesa la vida sobre todo, en los últimos no es la vida lo que está en juego, sino la función.

La técnica de ambos procedimientos es prácticamente la misma; el riesgo operatorio análogo y absolutamente superponible. ¿Por qué entonces esta diferencia ? Pues simplemente

porque una de ellas exige una inmovilización enyesada de 3 meses y la otra no. Y hay enfermos precisamente aquellos que nosotros colocamos en el grupo de los de más de 60 años, que no soportan los riesgos de una inmovilización enyesada prolongada.

Pero hay otro elemento sobre el cual queremos llamar una vez más la atención de ustedes y es el siguiente: cuando se habla de buenos resultados obtenidos con la síntesis metálica o con cualquier otro procedimiento, es necesario que haya transcurrido el tiempo suficiente para estar seguro de que la necrosis no aparecerá. Y es así como muchos casos tratados por la síntesis metálica y catalogados como buenos resultados después de una observación de uno o dos años, vistos a una distancia de tiempo mayor, se observa la aparición de la necrosis aséptica, y el buen resultado se transforma así en un resultado pobre.

Esta posibilidad evolutiva, aún a través de un período de tiempo largo, no se observa en los casos tratados con injerto óseo. A la incertidumbre evolutiva de los tratados con prótesis metálica, se opone la seguridad en la evolución progresiva hacia una mejoría, cada vez más consolidada y más segura en los casos tratados con injerto óseo.

Los hechos observados por nosotros a través de una experiencia cada vez más numerosa, nos permiten llegar a una serie de condiciones cuya timidez se transformaría en afirmación rotunda, si ustedes, después de asistir a los mismos hechos, le prestan el veredicto de su aprobación. Y es con este afán que hemos traído para exponerlos delante de ustedes, los mismos hechos que han inspirado en nosotros esas conclusiones, para ponerlos a prueba y comprobar o no si conducen a ustedes a la misma afirmación.

Creemos que el injerto óseo es el método de elección para el tratamiento de las fracturas de cuello de fémur, observadas en sujetos por debajo de 60 años y con buen estado general. Puede utilizársele también más allá de este límite de edad, cuando las condiciones generales del fracturado permiten correr el riesgo de la inmovilización enyesada durante tres meses.

Está contraindicado, por consiguiente, en los fracturados cuyas condiciones generales no permiten su inmovilización en un aparato de yeso.

Existe otra contraindicación del procedimiento, y ésta formal, aún para los fracturados jóvenes, y es la imposibilidad de obtener una reducción anatómica del foco de fractura.

Frente a una fractura de cuello de fémur, en un sujeto joven y en buenas condiciones generales, solamente la imposibilidad de obtener una buena reducción, controlada radiográficamente, hará desistir de la utilización del injerto, y esto debe considerarse como una eventualidad excepcional.

La síntesis metálica es un procedimiento que debe ser reservado a aquellos casos de fractura de cuello de fémur que por la edad del fracturado o por las condiciones generales (déficits orgánicos de diferente naturaleza) no pueden correr el riesgo de una inmovilización prolongada.

En cuanto a la osteotomía, como tratamiento de las fracturas del cuello de fémur recientes, tiene para nosotros solamente una indicación: la imposibilidad de la reducción de la fractura. Conserva para sí otras indicaciones, pero no ya primitivas, sino secundarias: el fracaso de la síntesis metálica o del injerto y las fracturas envejecidas o las pseudoartrosis.

En lo que se refiere a la mortalidad operatoria, podemos afirmar que en nuestros 80 casos operados no hemos observado ningún caso de muerte imputable al acto operatorio, o más o menos inmediato a él, a pesar de haber empleado el procedimiento en enfermos de hasta 80 años de edad.

Por último, permítasenos repetir lo que decíamos en la sesión de mayo de 1947: estamos muy lejos del tratamiento sistemático, del único tratamiento, cualquiera que sea la fractura y cualquiera que sea el fracturado. Y más lejos aún de la situación en que nos encontrábamos hace algunos años, cuando frente a la inseguridad de los resultados obtenidos por la prótesis metálica, considerábamos a la osteotomía como de indicación primitiva y de elección en el tratamiento de las fracturas del cuello de fémur.

**Dr. Carlos Stajano.** — Como siempre las comunicaciones del Dr. Bado son de grandes enseñanzas por cuanto expresan la experiencia adquirida en una gran cantidad de casos y a través del tiempo, y de los años en un medio bien servido y organizado como el que dirige. Para los que no hacemos esa cirugía pero seguimos y vemos la experiencia de otros para tomar ejemplos, nos es dado observar esa evolución desarrollada en los últimos años hasta el momento actual.

Hace pocos años oímos las comunicaciones presentadas en esta Sociedad por el Instituto de Traumatología del Dr. Bado y sus colaboradores y los resultados obtenidos por el enclavamiento con el tallo de Peterson, es decir la síntesis metálica sus indicaciones y sus resultados. Ahora, a través del tiempo, vemos que esas síntesis metálicas tienen los mismos inconvenientes y producen los mismos procesos de osteolisis como en el resto de las prótesis metálicas en otras fracturas. Y si el resultado inmediato de los 2, 5, 7 meses es admirable, después aparecen las rarefacciones óseas, las lisis alrededor de la prótesis metálica, o alrededor del clavo, con todas las consecuencias que el Dr. Bado nos ha expresado. Ahora estamos pues, en la etapa segunda, en la etapa de experiencia del injerto que es más fisiológico y que está de acuerdo con lo que del resto de la Patología ósea se conoce. Esta comunicación del Dr. Bado nos muestra un gran progreso realizado en estos 3 a 4 años, en que considerábase insuperable a la prótesis metálica. Hoy se nos muestra que el injerto óseo, multiplica los resultados favorables en una forma considerable, mismo hasta en los casos desfavorables con las indicaciones y contra-indicaciones de su intervención.

Me alegro mucho de haber oído esta comunicación y felicito al Dr. Bado por cuanto trasmite al medio quirúrgico, la evolución de conceptos terapéuticos sazonados por la observación estricta y el ajuste técnico adecuado.

**Dr. Enzo Mourigán.** — Antes que nada quiero felicitar al Dr. Bado por su brillante comunicación tan bien documentada. Yo no me voy a referir al tema en sí, en concreto, pero quería preguntar al Dr. Bado si no ha probado en esas lisis fracturarias en esas alteraciones óseas post operatorias, si no ha probado la infiltración del simpático lumbar con aceites novocainados o con novocaina y alcohol. Quería hacer esta pregunta.

**Dr. José L. Bado.** — Al Dr. Mourigán, después de agradecerle sus palabras de aliento, debo confesarle que no, que no hemos hecho infiltraciones simpáticas, pero que la rarefacción, la lisis observada no es post-operatoria. La lisis precede a la fractura y se observa en las radiografías tomadas cuando se va a hacer diagnóstico de fractura. La lisis es una enfermedad que tiene el sujeto, que lo conduce a la fractura seguramente con un traumatismo mínimo. La lisis precede a la fractura, la lisis no es post-operatoria, y continúa cuando por error en los primeros casos, hacíamos la operación de injerto en la primera semana después de observada la fractura. En la actualidad no lo hacemos más, esperamos que pasen 4 ó 5 semanas y después hacemos el injerto y en los casos que hemos actuado así ustedes vieron los resultados. No sabemos qué clase de lisis es y a qué obedece; estamos orientando nuestra investigación en el sentido de descubrir cuál es su etiología y origen. Vamos a tener bien en cuenta la sugestión del Dr. Mourigán. En cuanto al Dr. Stajano agradezco sus palabras de estímulo y a la Sociedad de Cirugía la benevolencia de habernos escuchado.