

LA FRACTURA DE LA DIAFISIS FEMORAL EN EL NIÑO *

Dr. GUIDO TORRES LARCEBO

Vamos a presentar a ustedes las consideraciones que surgen del estudio de 283 casos de fractura de la diáfisis femoral en pacientes menores de 15 años, asistidos en el Instituto de Traumatología desde 1941 hasta diciembre de 1954.

El número 283, sobre un total de 864 fracturas de diáfisis femoral, significa que el 32 % de esta lesión se presenta en menores de 15 años.

Gran predominancia de los varones sobre las niñas en la relación de 3 a 1.

Igual para los lados derecho e izquierdo, con 10 casos en que la fractura fue bilateral.

Siete veces se trataba de fracturas patológicas:

Ósteocondroma	1
Enfermedad de Lobstein	2
Quistes óseos	2
Displasias fibrosas	"

Diez casos eran de fracturas expuestas; por lo general, la exposición era pequeña, producida de adentro a afuera con mínima contaminación y evolucionaron como cerradas sin ningún signo de infección; de nuestras 10 fracturas expuestas 9 se comportaron de este modo y sólo una, producida por herida de bala, dio supuración y osteítis que se prolongó dos años y medio, luego de consolidar la fractura en cuatro meses.

* Instituto de Ortopedia y Traumatología. Director: Prof. José Luis Bado.

Treinta veces la fractura de la diáfisis femoral estaba asociada con otras lesiones de importancia como para modificar el plan terapéutico; estas lesiones se presentaron siempre en arrollados por vehículos o caídas de gran altura y se distribuían así:

Catorce traumatismos craneoencefálicos de entidad variable; un paciente de nueve años tenía un hematoma extradural que operado evolucionó bien.

Cuatro fracturas de pierna.

Cinco fracturas de pelvis producida por choque, caída de 10 metros de altura y arrollados por vehículo. Todos presentaron shock más o menos intenso que no se ve en la fractura de diáfisis femoral sola.

Otras asociaciones fueron fracturas de antebrazo, de puño y de diáfisis humeral.

A consecuencia de estas asociaciones, 4 enfermos fallecieron de 6, 11, 13 y 14 años de edad, arrollados por vehículos; 1 tenía fractura de pelvis y gran herida lumbo ilíaca con ruptura de colon y falleció en la mesa de operaciones; otro operado por ruptura de hígado, falleció también en la mesa; el tercero y el cuarto con fractura bilateral, contusión cerebral y shock, fallecieron a las pocas horas del ingreso. *Son éstas las únicas muertes producidas en estos 283 casos.*

Dieciséis casos eran de fracturas envejecidas de más de 10 días, con un estado de consolidación más o menos avanzado, que los apartaba de la terapéutica habitual.

A los efectos del tratamiento consideramos sólo aquellos pacientes que hicieron su asistencia total en el Instituto, es decir que se dieron de alta cuando fueron considerados curados.

Tres grupos hacemos para el tratamiento, según la edad del paciente e, indirectamente, según el tipo de fracturas.

a) Hasta los 3 años de edad las lesiones son generalmente producidas por caída de su altura o de los brazos de la madre o de un escalón; traumatismos mínimos que solicitan la rotación de miembro; se producen así fracturas espiroideas u oblicuas largas con mínimo desplazamiento.

Tratamos estos casos con tracción de partes blandas al cenit durante 18 a 21 días. La posición es cómoda para la higiene del niño; actúa a pesar de sus movimientos en el lecho; es eficaz

para corregir pequeños cabalgamientos, permite el control radiográfico sin mover al paciente, y basta el plazo indicado de 18 a 21 días seguido de otros tantos sin apoyar, para lograr una consolidación suficiente.

Se han tratado 10 casos pertenecientes a este grupo que curaron sin ninguna secuela en el plazo antes indicado.

b) Entre los 3 y 10 años de edad el tratamiento que usamos es la reducción inmediata en mesa ortopédica, seguida de inmovilización en aparato de yeso pelvipedio por un tiempo que varía alrededor de los 60 días, según la edad y el tipo de fractura; las tres primeras semanas recomendamos la permanencia en el lecho y en los días restantes aconsejamos la deambulacion y el apoyo. Quitado el yeso la consolidación se ha obtenido; la movilidad de cadera y de rodilla es completa en los más chicos; apenas limitada en los otros que recuperan en pocos días la función completa con sólo dejarlos en libertad de movimiento.

Veintidós casos forman este grupo, que continuaron la asistencia hasta que se les dio el alta; y de estos 22, dos quedaron con acortamiento de 1 cm. por cabalgamiento en un caso y angulación en el otro; todos recuperaron la movilidad completa de la rodilla y cadera, y el tiempo de tratamiento fue de dos meses y medio.

c) Pacientes más grandes, entre 10 y 15 años de edad, sufren habitualmente fracturas más graves por traumas violentos y reciben tratamiento semejante al del adulto.

- 1) Tracción esquelética transcondílea en el plano inclinado de Z. P. los días suficientes para corregir el desplazamiento y para obtener una consolidación tal que permita colocarlos en la mesa ortopédica sin riesgos de perder la reducción obtenida; en general, este plazo es de 8 a 15 días.
- 2) En la mesa ortopédica se les hace yeso pelvipedio que llevarán entre dos y tres meses y con el cual deben caminar apoyando pasadas las tres o cuatro primeras semanas.

Al quitar el yeso por lo general hay discreta rigidez de rodilla que cede con 8 a 10 días de fisioterapia.

Ochenta y tres pacientes pertenecientes a este grupo recibieron el tratamiento total en el Instituto: 5 quedaron con acortamiento de 1 a 2 cms. por defecto de la reducción; 1 paciente hizo una osteítis consecutiva a infección de los orificios de tracción; 3 pacientes sufrieron refracturas por nuevos traumatismos cuando llevaban dos meses, nueve meses y sesenta y nueve días respectivamente de la primera lesión.

Cinco pacientes correspondientes a este grupo entre 10 y 15 años de edad, fueron sometidos a reducción cruenta:

Uno de 10 años, estando en tracción esquelética presentaba un desplazamiento lateral no reducible; se hizo reducción cruenta y continuó el tratamiento habitual, es decir tracción y yeso.

El segundo, de 12 años, que tampoco se reducía en tracción esquelética, mostrando gran movilidad sin crepitación de los fragmentos, fue sometido a intervención que mostró interposición muscular; se hizo reducción y se colocó un clavo de Küntscher.

El tercero, de 14 años, tenía una fractura bilateral y por tal motivo se operó un lado colocándose un clavo de Küntscher para evitar el Z. P. y el yeso pelvipedio bilateral.

El cuarto caso, de 10 años de edad, se trató con tracción esquelética y yeso; el control mostró un desplazamiento lateral importante; se hizo reducción cruenta a través de una ventana, según el método de Quesada.

El quinto caso, por último, igual al segundo, de 15 años de edad, presentaba un desplazamiento lateral no corregible que se redujo e inmovilizó con un clavo de Küntscher.

Teniendo en cuenta el número elevado de pacientes asistidos y los resultados logrados, creemos poder afirmar que la fractura de la diáfisis femoral en el niño es pertenencia exclusiva del tratamiento ortopédico que sólo por excepción cederá algún caso a la reducción cruenta.

Y esto lo decimos no sólo a los cirujanos generales sino también contra la opinión de autorizados especialistas que con el pretexto de disminuir el tiempo de inmovilización o de hospitalización, o por el infundado temor a retardos de consolidación que no existen a esta edad, prodigan intervenciones, clavos de Kuntscher, placas y tornillos con resultados que muy a menudo están por debajo de lo prometido y que son siempre inferiores a los obtenidos por el método incruento.