

LESIONES DE PARTES BLANDAS EN LAS FRACTURAS DE DIAFISIS DE MUSLO

Dres. JORGE DE VECCHI y ESTEBAN NIN

En 864 fracturas de diáfisis de fémur hubieron 25 casos de lesiones graves de partes blandas. Entran en este grupo aquellas lesiones que por su gravedad relegaban la fractura a segundo plano.

CLASIFICACION

- 1º) *Lesiones vasculares (L. V.):* 10 casos, 1 % y 40 % de los casos en general.
- 2º) *Lesiones cutáneas con o sin aponeurosis:* 9 casos, 1 % y 36 % de los casos en general.
- 3º) *Lesiones nerviosas:* 9 casos, 1 %. 36 % del total.
- 4º) *Lesiones venosas:* 1 caso.

La gran mayoría de estos accidentes graves son patogenéticamente simultáneos con la fractura dominando clínicamente la escena. Otras veces, al comienzo no aparecen ni se les sospecha y luego en pocas horas dan el cuadro grave de la oclusión arterial, es lo que ocurre en la contusión arterial.

1) LESIONES DE LOS PLANOS SUPERFICIALES

En esquema vemos dos tipos: la gran y grave herida con lesión o no del paquete V. N. en general anfractuosa y grave, cuyo tratamiento quirúrgico es de todos conocido. En este tipo de lesión el cirujano debe valorar lo más ajustado posible el daño de las masas musculares pues únicamente ellas sirven un

contingente importante de circulación colateral. El segundo tipo de lesión a veces muy grave es el gran scalpe. En uno de nuestros casos requirió la desarticulación de la cadera. Este tipo de lesión se ve con más frecuencia últimamente y es frecuente en los arrollados por ómnibus y trolley.

¿Qué hacer frente a cada tipo de lesión?

De entrada tratar el estado general, la hemorragia y el shock. Localmente tratar siempre estas heridas en sala de operaciones. Somos generosos en la resección de los tejidos necrosados, siendo ésta la única manera de asegurar un buen tejido de granulación. En el scalpe al comienzo es difícil establecer el límite exacto. Por eso, antes de injertar, hacemos dos o tres limpiezas quirúrgicas. En general estas limpiezas e injertos subsiguientes los efectuamos con los enfermos en tracción esquelética.

En el éxito de los injertos de piel, les asignamos gran importancia al D. E. que con el Dr. Pedemonte hemos usado en gran escala, pudiendo, gracias a él, salvar vidas y miembros.

A veces también podemos asociar al injerto colgajos rotados o por deslizamiento.

Con idénticos enfermos y lesiones, con idéntico D. E. un cirujano plástico triunfa y otro fracasa porque lo fundamental es saber esperar el momento óptimo local y general. Injertar enfermos compensados y a heridas limpias y bien granuladas.

2) COMPLICACIONES VASCULARES

Son el 1 % de las complicaciones generales. A su vez son las más graves y de peor pronóstico.

De 10 pacientes que presentaron estas lesiones, 8 fueron amputados a nivel del muslo y 1 a nivel del metatarso. Tan sólo 1 con un hematoma pulsátil pudo salvar la pierna.

Las C. V. son más frecuentes en las F. del tercio medio con el inferior, siendo a su vez las más graves pues la A. P. da 37 % de necrosis en oposición a la femoral común que da el 21 % y la superficial tan sólo el 10 %.

Desde el punto de vista lesional se puede ir del estupor a la rotura de la arteria como lesiones anatómicas como podemos encontrarnos frente a un espasmo por una lesión de trombosis venosa con arteria indemne.

Las lesiones vasculares son más graves en los viejos que ya tenían lesiones previas del árbol arterial y a cualquier edad ensombrece terriblemente el pronóstico la grave atricción muscular suprimiendo el caudal circulatorio colateral, única fuente de irrigación al suprimir la vía principal.

Nuestra estadística, a fuer de sincera, no puede ser más sombría y por lo tanto nos parece interesante resumir lo que se admite actualmente como fundamental frente a una lesión vascular.

Para ello es necesario primero encasillarla clínicamente.

- a) El estupor arterial es una lesión de vasoespasmo, inmediato a la lesión sin hemorragia que modifiquen volumétricamente al miembro y que mejora con antiespasmódicos, papaverina intravenosa cada tres horas en la dosis de 10 a 20 cms. y anestesia del simpático lumbar.
- b) La contusión arterial caracterizada por el intervalo libre, a veces de días, tenemos un caso y luego la trombosis y la isquemia producida por la trombosis y eventuales embolias.
- c) La rotura arterial produciendo con herida externa la infiltración difusa del miembro o el hematoma pulsátil.

Estas dos últimas eventualidades requieren tratamientos quirúrgicos urgentes que puede ir del más modesto como puede ser la sección completa y ligadura de los dos cabos pasando por la sutura término terminal cuando no hay pérdida de sustancia o al injerto vascular cuando lo hay.

A nivel de la femoral superficial se puede tentar siempre la sección y ligadura. Lo que no debe hacerse nunca es el pinzamiento lateral y la ligadura pues esto crea hacia abajo intenso vasoespasmo y necrosis.

Nosotros estamos actualmente preparando un banco de arterias y el día que lo tengamos, la mayoría de estos problemas de heridas arteriales, se podrán resolver satisfactoriamente aún de urgencia.

No obstante, en la ausencia de arterias, se puede tentar el injerto con la vena homóloga, lo que en manos experimentadas

ha dado buen resultado debido a la lentitud de la corriente venosa y a la fuerte presión que la posición ortostática hace sufrir a la pared de la vena, el régimen arterial circulatorio mucho más; veloz compensa la diferencia de espesor de la pared y al final la vena se adapta perfectamente.

Prácticamente frente a un paciente con herida de la arteria femoral el cirujano práctico debe proceder de la siguiente manera:

1º) Seccionar y ligar los cabos arteriales. Si la vena está íntegra respetarla.

2º) Tratar shock y anemia con generosas transfusiones para que rápidamente se alcance el nivel tensional normal del enfermo y desaparezca la anoxemia relativa producida por la anemia aguda.

3º) Colocar el miembro en declive para que la estasis circulatoria producida haga que el oxígeno sea aprovechado al máximo por los tejidos.

4º) Disminuir al máximo las necesidades metabólicas de estos tejidos para lo cual se procederá a rodear el miembro con bolsas de hielo pudiendo poner el horno en el miembro opuesto.

5º) Mejorar la circulación arteriolar colateral para lo cual se harán antiespasmódicos y anestesia del simpático lumbar.

6º) Frente a una herida del tronco principal y a grave atrición muscular es mejor proceder de entrada a la amputación a nivel de la fractura o por encima de acuerdo con el balance general de las lesiones.

3) COMPLICACIONES NERVIOSAS

Hemos visto 9, lo que constituye el 1 % del total y el 36 % de las lesiones de partes blandas.

Siempre lo que hemos visto es la parálisis del músculo poplíteo externo con su clásica banda de anestesia y los clásicos trastornos de la marcha por todos conocida.

En seis oportunidades tuvimos que efectuar artrodesis para corregir estas lesiones. En otras se utilizó como tratamiento paliativo la férula de Codivilla.

En ningún caso fue explorada quirúrgicamente la complicación nerviosa.

4) COMPLICACIONES VENOSAS

Tenemos un caso en que fue necesario amputar por lesión isquémica aguda, habiéndose encontrado indemne el árbol arterial y una tromboflebitis venosa profunda.

Esto no es, por otra parte, ninguna novedad, haciendo ya muchos años que Martorell insiste sobre esta entidad clínica por demás apasionante.