

FRACTURAS CERRADAS DE LA DIAFISIS FEMORAL

Reducción cruenta. Indicaciones. Técnica. Resultados

Dr. OSCAR DEVINCENZI

INDICACIONES

De 864 fracturas de la diáfasis femoral tratadas, han sido resueltas por vía de la reducción cruenta solamente 89, ó sea el 9,7 %.

Las indicaciones han sido:

1º) Imposibilidad de reducción con el método habitual de tracción y maniobras posteriores (60 casos). En 6 de ellos se pudo comprobar que esta dificultad era provocada por interposición muscular.

2º) Pérdida o inestabilidad de la reducción, es decir, aquellos casos en que lograda la reducción ésta se perdía a través del tiempo a pesar de la inmovilización enyesada en aparato pelvipedio, o lograda dicha reducción, ésta era imposible de mantener de inmediato con la inmovilización habitual ya citada.

3º) Senilidad, en que la indicación tiene el carácter de una medida de emergencia dado que libra al anciano en determinadas circunstancias o estados, es decir no sólo por su edad, de una absoluta inmovilización que no toleraría, haciéndose así, al mismo tiempo, la profilaxis de las lesiones de decúbito (12 casos).

4º) Bilateralidad de la lesión (3 casos) en que se evita al paciente una prolongada tracción bilateral y la consiguiente inmovilización enyesada posterior que no toleraría.

5º) Obesidad (3 casos). El grado de adiposidad era una contundente razón que impedía realizar el método de rutina.

6º) Deficiencias del estado general que hacían imposible el citado método (1 por escaras, 1 por decadencia general importante).

7º) Embarazo. El tiempo de gravidez contraindicaba la actitud habitual (1 caso).

8º) Retardo de consolidación: 2 casos.

9º) Asociación lesional con otras fracturas, las más corrientes de rótula, pierna, columna, brazo y traumatismos de otra naturaleza.

Finalmente otras indicaciones aunque menos numerosas son:

- a) lesiones crónicas de la piel (psoriasis, por ejemplo);
- b) estados demenciales (sujeto joven o anciano);
- c) tumores malignos con fractura, en que se facilita el transporte y las aplicaciones de radioterapia indicadas;
- d) fracturas a dos trazos con fragmento intermediario difícil de manejar.

MÉTODOS

De acuerdo a lo realizado podemos esquematizarlos en tres grupos, debiendo manifestar que en ningún caso se emplearon placas o tornillos, asimismo como el hecho de que nunca se intervino a un niño.

1º) Reducción cruenta a través del yeso fenestrado, o sea método de Quesada, seguida o no de síntesis ya sea con alambre (7 casos) o con catgut (3 casos).

2º) Reducción cruenta con el paciente en tracción (14 casos). Después de lograda la reducción el paciente ha seguido en tracción cumpliendo los plazos habituales y ulteriormente se inmoviliza con yeso.

3º) El método de elección, es decir la prótesis intramedular tipo clavo de Künstcher, 70 casos, en que nos ha dado un excelente resultado. En 3 casos se agregó síntesis con alambre y en 1 que presentaba un retardo de consolidación se añadió un injerto sobrepuesto de hueso esponjoso (cresta ilíaca).

El método está tanto más indicado cuando la fractura pertenece al tercio medio o superior.

TECNICA DEL ENCLAVIJADO INTRAMEDULAR SEGUIDA EN EL INSTITUTO

Equipo integrado por cirujanos y dos ayudantes.

Anestesia general o raquídea.

Enfermo en decúbito dorsal lateralizado sobre el lado sano.

Abordaje del foco a través de una amplia incisión de 15 ó 20 cms. de longitud y de topografía diferente según la localización de la lesión. Sección de piel, celular y fascia lata. Búsqueda del tabique intermuscular externo y liberación del vasto externo hacia adelante.

Ruginado subperióstico y liberación de los extremos óseos que se exteriorizan tomándolos con daviers. En otras oportunidades el abordaje se puede realizar pasando a través de las fibras del vasto.

Con un perforador de mano de calibre apropiado, se abre el canal medular en ambos cabos.

Previamente a la intervención se ha determinado la longitud del clavo y el calibre si es posible. Para la longitud lo mejor es tomar una radiografía con el clavo fijado exteriormente con leucoplasto en la mitad de la cara externa del muslo.

Se procede entonces a introducirlo en el cabo proximal mantenido éste firmemente con un davier y llevándolo en aducción y ligera flexión se hace avanzar en forma retrógrada por percusión buscando su salida por encima del macizo trocanteriano. El clavo debe entrar ajustado pero sin presión, razón por la cual conviene que la intrumentista tenga modelos de diferentes calibres.

Cuando se insinúa debajo de la piel, se hace sobre ella una pequeña incisión de 1 ó 2 cms. y se exterioriza de modo tal que

no desborde el extremo distal del cabo proximal. Se reduce la fractura manteniendo la reducción firmemente con daviere. En este momento se debe tener gran precaución de la actitud correcta del sector distal del miembro mantenido por el tercer ayudante.

Se comienza entonces la introducción centrífuga del clavo en el cabo distal percutiendo sobre el extremo que sale por la región trocánterica y buscando la introducción de la prótesis de modo tal que su extremo superior apenas desborde el macizo óseo mencionado. Esto se consigue usando un percutor apropiado. La longitud ideal del clavo es tal que sobrepase $1\frac{1}{2}$ cms. el vértice del gran trocánter, y alcance el macizo metafisario alejado de la interlínea alrededor de unos 3 cms. Es de hacer notar que durante el acto operatorio existe un ayudante entrenado que gobierna el sector distal del miembro facilitando todas las maniobras.

La intervención debe ser hecha con el mínimo de traumatismo posible y con el mínimo de exposición. Cierre por planos teniendo gran cuidado en la hemostasis.

Según los casos y teniendo en cuenta sobre todo la deficiente calidad del acero empleado, se ha inmovilizado o no al sujeto con yeso, y en el caso de hacerlo ha sido una rodillera o un pelvipedio de acuerdo a la localización baja o alta de la fractura. Insistimos en que la colocación del yeso no pertenece en realidad a la técnica de Küntcher y es una maniobra obligada por la mala calidad del acero empleado.

ACCIDENTES

Son pocos y de un modo general cuatro:

1º) El clavo cuya longitud ha sido excesiva pasa a hacerse intraarticular pudiendo aún introducirse en el macizo tibial. Es un error grosero fácil de evitar.

2º) Puede romperse una de las corticales del cabo distal porque el clavo tomó una vía equivocada y quedar su extremo en plena masa muscular.

3º) Cuando se insiste en pretender colocar un clavo de calibre mayor que el adecuado, llega un momento en que éste no

avanza a pesar de las fuertes percusiones. En este momento estamos frente a un verdadero problema dado que de continuar corremos el riesgo de hacer estallar la diáfisis. Es necesario sacarlo, cosa que a veces exige considerables esfuerzos.

4º) Cuando no existiendo a nivel del foco irregularidades que indiquen cuál es la posición exacta de reducción o cuándo ha habido que hacer resección de los extremos quedando superficies lisas, no se presta la atención necesaria a la actitud del segmento distal del miembro y se fije el foco en una actitud viciosa (rotación interna o externa).

COMPLICACIONES

También pocas. En algunos casos y por mala calidad del metal se ha doblado el clavo. En otros se ha dejado el extremo superior excesivamente saliente, lo cual es causa de molestias o necrosis muscular y hematoma localizado. Esto se soluciona posteriormente extrayendo el clavo en su oportunidad abordando dicho extremo y haciendo buena presa sobre él.

En algún caso particular ha habido infección con supuración a nivel del foco, o se ha roto el clavo por causa del paciente (psicópata).

RESULTADOS GENERALES

Referidos a lo morfológico y funcional:

Buenos	63 casos	70,8 %
Regulares (con alguna secuela) ..	17 casos	19,5 %
Malos (fallecidos)	7 casos	8,0 %

RESUMEN

Se pasa revista a los diferentes procedimientos de reducción cruenta y se considera método de elección al enclavijado intramedular.

En nuestra estadística de 89 casos, 70 han sido tratados por este procedimiento.

Hemos observado una mortalidad del 10 %.

En el 90 % de los casos los resultados han sido satisfactorios.

Consideramos que el procedimiento de reducción cruenta seguido de enclavado intramedular con prótesis de Künstcher si bien no constituye el método de elección de las fracturas cerradas de la diáfisis del fémur, debe ser el empleado cuando la reducción cruenta está indicada.