

Trabajo de la clínica del Prof. D. Prat

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS DE LA PIERNA

Eugenio PRAT

En 191 fracturas del esqueleto tratadas en la clínica, en el período comprendido desde junio de 1935 hasta el 30 de noviembre de 1936, hemos tenido oportunidad de estudiar y tratar 25 fracturas de los huesos de la pierna de distintos tipos.

Tres fracturas expuestas. Obs. 11 - 190 - 149.

Cinco fracturas oblicuas de la unión del tercio medio e inferior de la tibia y tercio superior de peroné. Observac. 6 - 27 - 31. 181 - 190.

Dos fracturas de tibia en la unión del tercio medio e inferior. Obs. 53 - 192.

Dos pseudoartrosis. Obs. 84 - 191.

Siete fracturas de tercio medio de tibia y peroné.

Una fractura de la unión del tercio medio y superior de tibia y peroné.

Siete fracturas de tercio superior de tibia y peroné.

Hemos utilizado los distintos procedimientos clásicos en el tratamiento de estas fracturas, y a medida que aumentaba nuestra práctica y entrenamiento con la experiencia de los distintos casos, hemos introducido algunas modificaciones en el procedimiento. En el momento actual en la clínica mencionada empleamos corrientemente la técnica siguiente:

FRACTURAS RECIENTES, SIN DESPLAZAMIENTO O CON MUY POCO DESPLAZAMIENTO, SOBRE TODO LAS FRACTURAS TRANSVERSALES. — Cuando hace poco tiempo de producida la fractura y cuando no existe gran hematoma o tumefacción de las partes blandas pro-

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 21 de abril de 1937.

cedemos así: estas fracturas son vistas rápidamente a radioscopia ya que tenemos alguna dificultad para obtener radiografías, lo que sería el ideal.

En seguida realizamos una anestesia focal con novocaína al 2 %. Se coloca al enfermo sentado en una mesa alta con los miembros inferiores colgando, pierna en ángulo recto sobre el muslo, para relajar los músculos. Un ayudante se encarga de la correcta mantención del eje de la pierna, cosa fácil de constatar ya sea por la vista o por la palpación de la cresta anterior de la tibia mientras el operador hace la bota enyesada circular con vendas enyesadas. Hemos utilizado las atelas en U y la posterior como lo hace Böhler pero actualmente la hemos abandonado haciéndola simplemente circular porque es más liviana y es más fácil de modelar. Recubrir la pierna con las vendas de yeso desde la tuberosidad tibial anterior hasta la punta de los dedos. Antes de que fragüe el yeso se realiza un modelado cuidadoso sobre las salientes óseas y a nivel del foco de fractura. Utilizamos pocas vendas para que la bota quede de débil espesor y permita así adaptarse mejor a la pierna.

Se recorta el borde superior de la bota donde tuvimos la precaución de adaptar una delgada capa de algodón para evitar que el roce lastime y erosione las partes blandas. Recortado del yeso al nivel de la cara dorsal de los dedos hasta la articulación metatarso falángica conservando la plantilla enyesada. Lo más pronto posible, contralor radiográfico; si está en buena posición se coloca un estribo de marcha del tipo que usa Böhler pero doblando la parte que toca al suelo en ángulo recto para así ofrecer un apoyo más amplio y facilitar la marcha. Mientras se espera la realización del control radiográfico y la puesta del estribo de marcha, que por lo general se hace al día siguiente, se coloca el miembro en un aparato de Braune para facilitar la circulación y evitar el edema, vigilando al mismo tiempo la posible compresión del aparato, cosa que se pondrá en evidencia por el edema de los dedos del pie o los hormigueos y enfriamiento de los mismos.

Al día siguiente hacemos caminar al enfermo más bien dicho, lo obligamos a caminar porque por lo general se niegan a realizar la marcha porque le temen al dolor. Se inicia la marcha con muletas, luego muleta y bastón, más tarde con bastón solo y por último sin nada.

Esto último no se obtiene siempre sobre todo en las personas de edad avanzada; los jóvenes caminan perfectamente sin bastón. Estos enfermos vuelven a su domicilio después de dos o tres días de estada en el hospital; a veces se retardan más tiempo debido al inconveniente de obtener placas con la rapidez exigida. En esta forma hemos tratado las observaciones Nos. 173, 181, 170, 168, 165, 142, 141, 101, 192.

Dejamos estos enfermos enyesados un tiempo variable de 60 a 80 días sin cambiar el aparato de yeso. Si el enfermo camina bien y bastante, el aparato no puede quedar grande porque hay entonces muy poca atrofia muscular. Quitado el aparato enyesado indicamos baños calientes salados durante cinco días para poner la piel en buenas condiciones. Indicamos al enfermo que camine pero previniéndole que su pierna se va a hinchar al fin del día. Alrededor de los cinco días de haberse quitado el yeso le pedimos al enfermo que venga al Hospital, recién levantado de la cama, caminando poco a fin de que no se edematice su miembro y colocamos una bota elástica con pasta de Unna que dejamos hasta que se rompa; si continúa el edema colocamos otra bota. Con este procedimiento hemos obtenido buenos resultados.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE PIERNA A TRAZOS OBLICUOS CON DESPLAZAMIENTOS Y FRACTURAS CON HORAS O DÍAS DE EVOLUCIÓN. — En este tipo de fracturas sobre todo cuando llevan algún tiempo de producidas con gran hematoma e hinchazón del miembro, empleamos la tracción continua esquelética con hilo de acero inoxidable o pinzas de Böhler. Radiografía de frente y perfil. Luego se coloca sobre lecho duro un aparato de Braune sobre el cual se apoya el miembro fracturado teniendo la precaución al colocar las vendas en el aparato de Braune, incluir entre ellas un rodete de algodón en el sitio que corresponde al hueco poplíteo para así facilitar la extensión al aislar en parte la masa muscular posterior de la pierna y hacer menor el contacto con la parte horizontal de Braune. Con anestesia local de novocaína al $\frac{1}{2}$ por ciento que practicamos debajo de ambos malleolos, interno y externo, se transfixiona el calcáneo con un hilo de acero inoxidable de dos milímetros de espesor utilizando el perforador eléctrico o a mano.

Se aplica el estribo tensor de Kirschner. Hemos empleado

las pinzas tractoras de Böhler que si bien tienen la ventaja de poderse quitar con más facilidad una vez hecho el yeso, los enfermos las toleran mal, se quejan de dolores en el talón y varias veces tuvimos que sustituirlas por el hilo de acero; actualmente sólo usamos el hilo de acero. Una vez colocado el estribo se establece la tracción con cuatro a cinco kilos y aumentando el peso según la musculatura del sujeto, el tiempo que hace que se produjo el accidente y el grado de cabalgamiento. La contraextensión se establece levantando las patas posteriores de la cama con tacos de madera de 30 centímetros de alto. Dejamos la tracción continua hasta reducción completa que contraloreamos con la radiografía. A veces se hacen necesarios la corrección de desplazamientos laterales o anteroposteriores que efectuamos previa anestesia focal, con la mano o bien estableciendo tracciones laterales. Obtenida la reducción perfecta en que se tarda un tiempo variable de 3 a 7 días generalmente, pasamos al enyesado manteniendo siempre la extensión. Olvidábamos decir que cuando se emplea la extensión continua se hace la suspensión del pie fijándolo a la rama transversal del Braune para conservarlo en buena posición y el talón no actúe de freno al rozar contra las vendas.

Para el enyesado se cortan las vendas correspondientes a la parte horizontal del Braunε hasta la región poplítea, manteniendo siempre el pie suspendido, colocamos una bota enyesada igual a la que describimos en las fracturas sin desplazamiento. Quitamos el estribo tractor dejando aún el hilo de acero, por si en las maniobras para colocar el yeso se hubiere modificado la buena reducción y poder así establecer una nueva tracción y corregir la corrección ósea defectuosa cortando circularmente al yeso para luego reconstruirlo una vez obtenida una correcta coaptación.

Inmediatamente, contralor radiográfico. Si el radiograma muestra una buena reducción se quita el hilo de acero y se coloca el estribo de marcha haciéndolo caminar al día siguiente. Procedemos en adelante exactamente igual como describimos anteriormente; marcha precoz y continuada, etc. Tenemos tendencia a dejar los siniestrados en extensión continua tanto tiempo, 6 a 7 días, para que así disminuya el edema a fin de que el yeso no quede grande y que éste permita el desplazamiento de los fragmentos. Hemos tratado fracturas muy oblicuas del tercio infe-

rior sin que se desplazaran los fragmentos dentro del yeso; sin embargo una fractura (Obs. N° 107) dada sus características de oblicuidad que hacían presumir un fácil desplazamiento y cabalgamiento hemos empleado el procedimiento preconizado por Zeno es decir, transfixión de la tuberosidad anterior de la tibia por un clavo de 4 milímetros de espesor cuyos extremos fueron incluidos en el yeso. Consolidó bien y se formó un buen callo óseo. Así que en 25 casos sólo una vez creímos conveniente aplicar este procedimiento a pesar de que tratamos muchas fracturas oblicuas.

En la clínica del Prof. Prat anteriormente se usaba como medio regular de tratamiento de las fracturas de piernas el procedimiento ambulatorio del Prof. Delbet, método éste que nos dió muy buenos resultados y del que estábamos plenamente satisfechos. Actualmente en la misma clínica estamos ensayando el método que hemos descripto que es el aceptado y preconizado por la traumatología moderna y a fin de establecer criterio hemos empleado integralmente esta técnica a fin de compararla con los resultados obtenidos con el método ambulatorio de Delbet.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EXPUESTAS DE TIBIA Y PERONÉ. — Hemos tenido casos con pequeñas exposiciones que hemos considerado y tratado como fracturas cerradas pero empleando siempre la tracción esquelética para así poder ver la evolución de la pequeña herida.

Ahora las francamente expuestas son tratadas quirúrgicamente con anestesia raquídea; limpieza quirúrgica cuidadosa del foco como se hace corrientemente y tracción continua en el aparato de Braune. Creo que tiene grandes ventajas el empleo de tracción continua en las fracturas expuestas por que nos permite tener bajo la vista la evolución de una herida a la vez que facilita sus curaciones; cosa que se hace difícil con otros procedimientos, aún con aparatos de yeso en los que se ha abierto una ventana. Se deja en extensión hasta que el peligro de la infección haya desaparecido y la herida esté en vías de cicatrización. Pasándola luego al yeso y procediendo igual que en los casos anteriores.

Resumen. — Nos proponemos hacer notar en este trabajo las ventajas de la tracción continua esquelética en el tratamiento de las fracturas de la pierna, ya sean cerradas o expuestas.

Nosotros hemos obtenido buenos resultados y estamos satisfechos del método que pensamos seguir empleando.

Podríamos adjuntar a este trabajo las historias correspondientes a estos 25 casos con los radiogramas correspondientes, pero alargarían mucho el trabajo y creemos que carecen de interés.

Relator: E. LAMAS POUÉY

Hemos creído de interés traer a nuestra Sociedad las constataciones realizadas en la clínica del Prof. D. Prat por el asistente encargado de la Sección de Traumatología, Dr. Eugenio Prat a propósito de las fracturas de la pierna, tema de interés en nuestro ambiente por la frecuencia con que se presenta y por el deseo cada vez creciente de estudiar los resultados funcionales alejados.

A este respecto debemos consignar las dificultades que se presentan en nuestras clínicas quirúrgicas para seguir los enfermos una vez que son dados de alta, así como para poder constatar el tiempo que tarde en obtenerse el resultado funcional óptimo y su apreciación enfrente a las exigencias de la tarea habitual del traumatizado.

En lo que se refiere al primer grupo de casos considerado por el Dr. E. Prat, fracturas sin desplazamiento o con pequeño desplazamiento, no es el caso de abogar por el tratamiento ambulatorio impuesto en el período inicial, como se trata en el trabajo que relatamos, sino de la forma en que éste se realiza.

En la clínica donde colaboramos, prácticamente el aparato del Profesor Delbet no se usa más. Y en justicia debemos declarar que ese aparato nos ha dado resultados satisfactorios para el tipo de fracturas de que hoy se ocupa el Dr. E. Prat.

Sólo justifica, no diremos el olvido del aparato de Delbet, sino la preferencia por los aparatos ambulatorios actuales, la dificultad que hay en construir el aparato con la corrección suficiente para que el sujeto se someta a la marcha precoz que imponemos. Esa dificultad reside en distintos factores; a veces no disponemos de buen yeso. Además los aparatos colocados previa reducción inmediata al traumatismo no siempre son confiados al personal especializado sino a quien corresponde en la guardia y si bien el aparato que comentamos es sencillo en su construcción, hay ciertos detalles que deben ser cuidados para que permitan la marcha con movilización de la art. tibiotarsiana y sin que ello sea una amenaza a la inmovilización relativa de los fragmentos, sobre todo el distal, que es la base del procedimiento.

Más sencillo es pues aplicar después de la reducción un aparato de yeso circular, vulgarmente llamado bota, que colocado con las precauciones habituales no lo vemos nunca producir la constricción tan temible en ese tipo de vendaje cuando no es correctamente aplicado. Reforzar el aparato circular con atelas enyesadas en forma de U (tal como lo aconseja Böhrler) es

tal vez una solución satisfactoria dado el esfuerzo que se le pide al yeso en un aparato ambulatorio.

Un detalle que merece ser meditado es lo referente al estribo de marcha, preconizado por Böehler y que hoy se tiende a suprimir, remplazándolo ventajosamente por una plantilla reforzada de yeso o de caucho.

Es necesario vigilar en la colocación del estribo la dirección de su eje, que soportará el peso durante el apoyo, para que no produzca una tendencia a la desviación. Además el estribo impone al pie durante el apoyo un cierto grado de equinismo que puede ser inconveniente. El Dr. E. Prat evita esto último aconsejando el uso de una alpargata llevada de manera que la parte posterior de su suela se interponga entre el estribo y el talón de la bota.

En el procedimiento que nos describe el Dr. E. Prat debemos observar en la práctica que los enfermos se van muy precozmente de alta, pero muchos sacan poca ventaja del aparato ambulatorio pues hacen abuso de las muletas y estando fuera de vigilancia no adoptan los ejercicios de marcha que constituyen la verdadera finalidad del método en lo que se refiere a evitar atrofias musculares y en provocar una buena circulación en el segmento fracturado.

Tenemos en el informe del Dr. E. Prat una demostración más de las ventajas de la tracción esquelética en los casos de difícil reducción.

Propongo que se agradezca al autor el envío de este informe y que se publique en nuestros boletines.

