

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO SUPERIOR DEL FEMUR.

POR EL DR. PABLO MENDIZABAL.

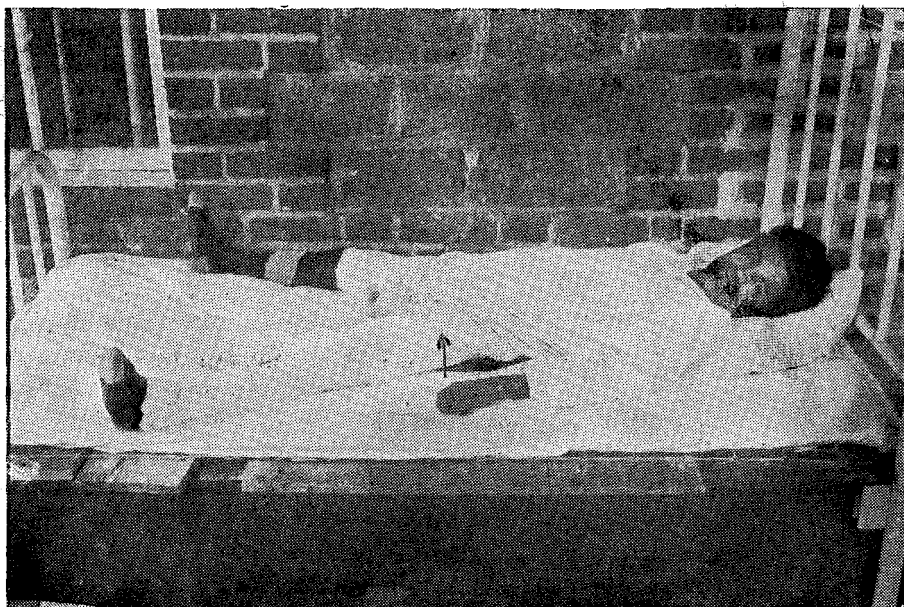
LA cirugía, con el transcurso del tiempo, ha evolucionado grandemente invadiendo todas las regiones del cuerpo humano, valiéndose para ello, de múltiples y variados procedimientos, por cuya práctica se logran las indicaciones en todas las modalidades patológicas. Pero, dentro de la riqueza de procedimientos que se recomiendan para cada caso, es indudable que alguno o algunos nos llevan más constantemente a la realización del fin deseado. Uno de estos fines, puede ser la reconstrucción anatómica y fisiológica de porciones del cuerpo, regiones, sistemas ú órganos. Semejante propósito aparece frecuentemente en Traumatología, y en ella, la lesión de cuyo tratamiento me voy a ocupar, constituye un serio problema que debe resolver la cirugía con indicaciones precisas.

Las fracturas del tercio superior del fémur deben tratarse por osteosíntesis; la vía de acceso anterior a través del músculo cuádriceps es más cómoda y de más fácil manipulación que la externa; la operación debe siempre practicarse en una mesa especial (Albee, Hawley u otras); el material de sutura huesosa, resistente, pero siempre la menor cantidad de cuerpo extraño. El miembro pélvico afectado se colocará en abducción y ligera flexión. Un vendaje enyesado hasta los bordes condrocostales por arriba, y que incluya el muslo sano, más extensión continua con pesos moderados, mantendrán los fragmentos en buena orientación y equilibrada la tonicidad muscular:

Los lineamientos antes mencionados los he venido poniendo en práctica desde hace ocho años en mi servicio de traumatología del Hospital Colonia, habiéndome dado satisfactorios resultados. Para su realización procedo de la manera siguiente:

1º—Se practica la raquicocainización.

2º—Adopto el dispositivo de tracción con telas adhesivas, y en lo sucesivo por él se transmitirán las acciones de la mesa para coaptar los fragmentos.



3º—Por una incisión, de unos quince centímetros de longitud, en la cara anterior del muslo, a la altura de la lesión, se abordan fácilmente los cabos del hueso. El cabo superior va al encuentro del bisturi y aparece en la herida, el inferior se exterioriza con palancas, maniobra que se facilita grandemente aflojando el miembro.

4º—Sin quitar el periostio se perforan los cabos y se pasa el alambre que servirá para la síntesis, cuando por el estiramiento que se obtiene por el mecanismo de la mesa y la coaptación manual, los fragmentos quedan repuestos en su sitio.

5º—Una gasa hasta el foco de fractura, canalizará el escurrimiento serosanguíneo durante cuarenta y ocho horas únicamente.

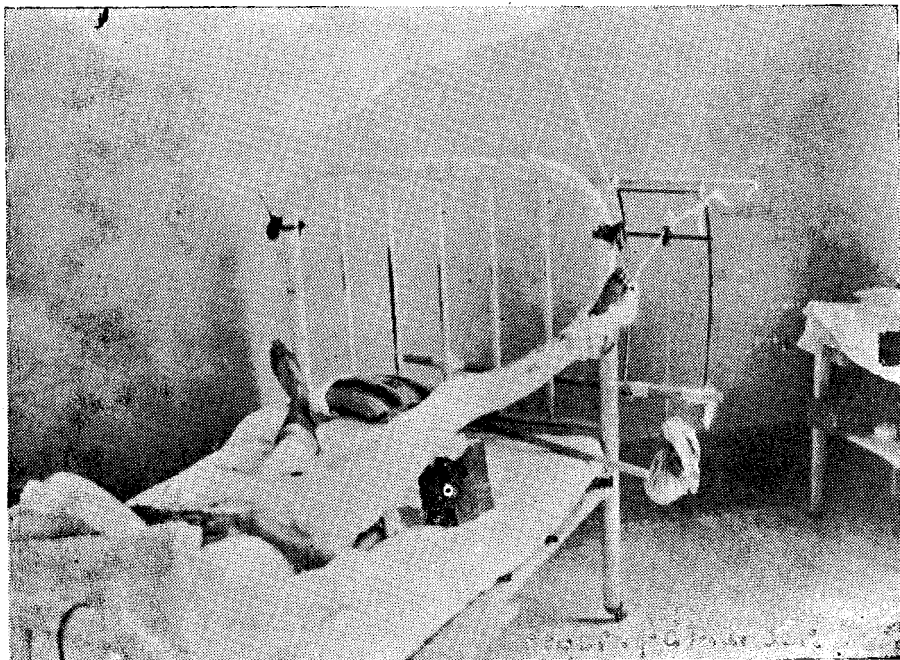
La herida se cierra en todos sus planos.

En la misma mesa se procede a colocar un vendaje enyesado tal como aparece en las fotografías.

Debo hacer observar, que, al tener acceso al fémur por la cara anterior del muslo, se incinden algunas ramitas del fémoro-cutáneo, o algunas



de las cutáneas del nervio crural; sin embargo, la sección de éstas no interrumpe los impulsos nerviosos, pues se anastomosan entre sí ampliamente. Se incide además la aponeurosis, el músculo recto anterior y el crural. Las ramificaciones del nervio crural que penetran al cuádriceps (nervio del cuádriceps), son numerosas y siguen una dirección casi paralela a la línea operatoria, por lo que pueden evitarse. Cuando se cortan algunos nervios terminales siempre son pocos y nunca comprometen la función del músculo.



Los vasos no son gruesos ni numerosos en dicha región, sólo en la parte más alta del muslo, para abordar las fracturas subtrocantéricas, se pueden seccionar la arteria circunfleja anterior y ramas de la arteria del cuádriceps.

El dispositivo de fijación se retira de los cuarenta a los cincuenta días; quedando el enfermo sujeto a estrecha vigilancia para evitar angulaciones del foco de fractura. El masaje y la movilización de las articulaciones del miembro afectado integran el tratamiento quirúrgico.

La evolución completa del callo varía de ochenta a cien días. Cuando se practica la osteosíntesis en un antiguo foco de fractura, después de separar los fragmentos defectuosamente coaptados, la evolución del callo es

más larga. Este hecho por sí sólo constituye una complicación, frecuente por cierto, y que no sólo se debe a la lentitud de la función osteogénica del periostio, sino a fenómenos de rarefacción de los cabos, como resultado de la decalcificación causada por la excesiva labor osteolítica de los osteoclastos, para quienes el traumatismo ha roto su equilibrio biológico, obligándolos a entrar en intensa campaña de adaptación, creando canales con nueva orientación en la zona que corresponde a la unión de los cabos. Pero al final el proceso de osteogénesis completa su evolución quedando el callo firme y resistente.

Sin embargo hay casos en que el trabajo de reparación huesosa se detiene; los cabos se hipotrofian quedando unidos por un tejido fibroso en el cual desaparece todo vestigio de osteogénesis. Semejante fenómeno afortunadamente es muy raro, y se debe a ciertas perturbaciones constitucionales; a la interposición de masas musculares (que no es frecuente); y al despegamiento excesivo con laceración del periostio, hecho antibiológico que compromete parcial o totalmente la vida del hueso.

Abril de 1928.

