

---

---

## NOTAS DE LABORATORIO

### FRACTURA DE DUPUYTREN, CON FRACTURA MARGINAL DE LA TIBIA

Dres. F. A. Gutiérrez Solís y C. Trujillo Venegas.

Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Urgencia.

Nombre de la enferma: C. A.

Edad: 26 años. Profesión: Oficios domésticos.

Natural de Pacho. Viene de Bogotá.

Entrada el 18 de febrero de 1933. Salida .....

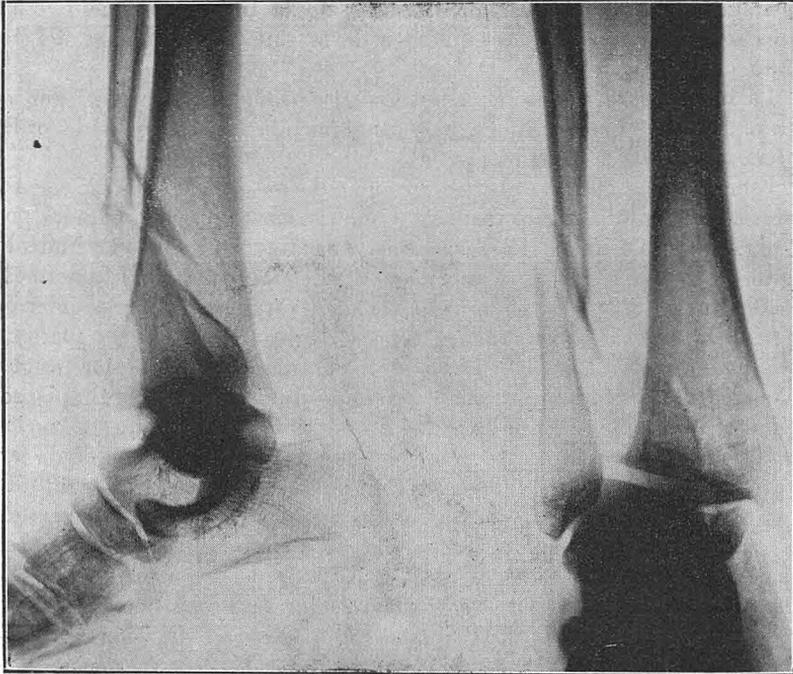
La enferma cuenta que el día 18 de febrero recibió un fuerte golpe al ser atropellada por un vehículo. No puede dar ninguna relación detallada del accidente, pues perdió el conocimiento.

Fue conducida al Hospital de San Juan de Dios el mismo día, y al examinarla se encontró lo siguiente:

*Interrogatorio.* La enferma se queja de grandes dolores en toda la extremidad inferior de la pierna derecha, y manifiesta que le es imposible caminar o ponerse de pie.

*Inspección.* En la pierna derecha se nota un gran equimosis alrededor del cuello del pie; la piel en su parte antero-inferior, como a 6 centímetros por encima del cuello del pie, está desprendida, presentando una superficie cruenta, superficial, sin protrusión de huesos. Dicha pierna está bastante aumentada de volumen con relación a la opuesta; el pie está desviado hacia afuera.

*Palpación.* La enferma acusa grandes dolores al ser examinada, pero procediendo metódicamente, se observa que experimenta dolor violento al hacer presión sobre el maléolo interno, el cual se muestra irregular y como separado de su base de implantación en la tibia. La cámara anterior del reborde articular de la extremidad inferior de la tibia, también acusa gran sensibilidad cuando se le comprime y se percibe una ligera crepitación. Palpando el peroné se encuentra una solución de continuidad en su tercio inferior, a 9 centímetros del borde inferior del maléolo externo; este punto es muy doloroso y también se aprecia allí crepitación. Los movimientos pasivos de la articulación del



Antes de la operación.

cuello del pie son externamente dolorosos y bastante limitados. Movimientos activos completamente nulos; por lo tanto, la enferma tiene una impotencia funcional absoluta de la pierna derecha.

Hecho el diagnóstico clínico de fracturas de la tibia y peroné, la enferma es enviada al departamento de Radiología, para darse cuenta exacta de la posición de los fragmentos y corroborar el diagnóstico clínico. Los exámenes radiográficos dan el siguiente resultado: fractura conminutiva del tercio inferior del peroné, 9 centímetros por encima del borde inferior del maléolo externo; el fragmento inferior está desalojado hacia afuera y adelante, formando con el superior un ángulo de vértice anterior; entre los dos fragmentos diafisarios se observa una esquirla de  $4\frac{1}{2}$  centímetros de longitud. La extremidad inferior de la tibia presenta las siguientes particularidades radiológicas: una fractura marginal anterior y externa del reborde articular, que se extiende sobre la cara anterior del hueso y mide aproximadamente 3 a 4 centímetros de diámetro; este fragmento está desalojado hacia arriba, adelante y afuera. Otra fractura que corresponde más o menos a la base de implantación del maléolo interno, el cual se encuentra completamente separado y desalojado hacia abajo, casi en completo contacto con

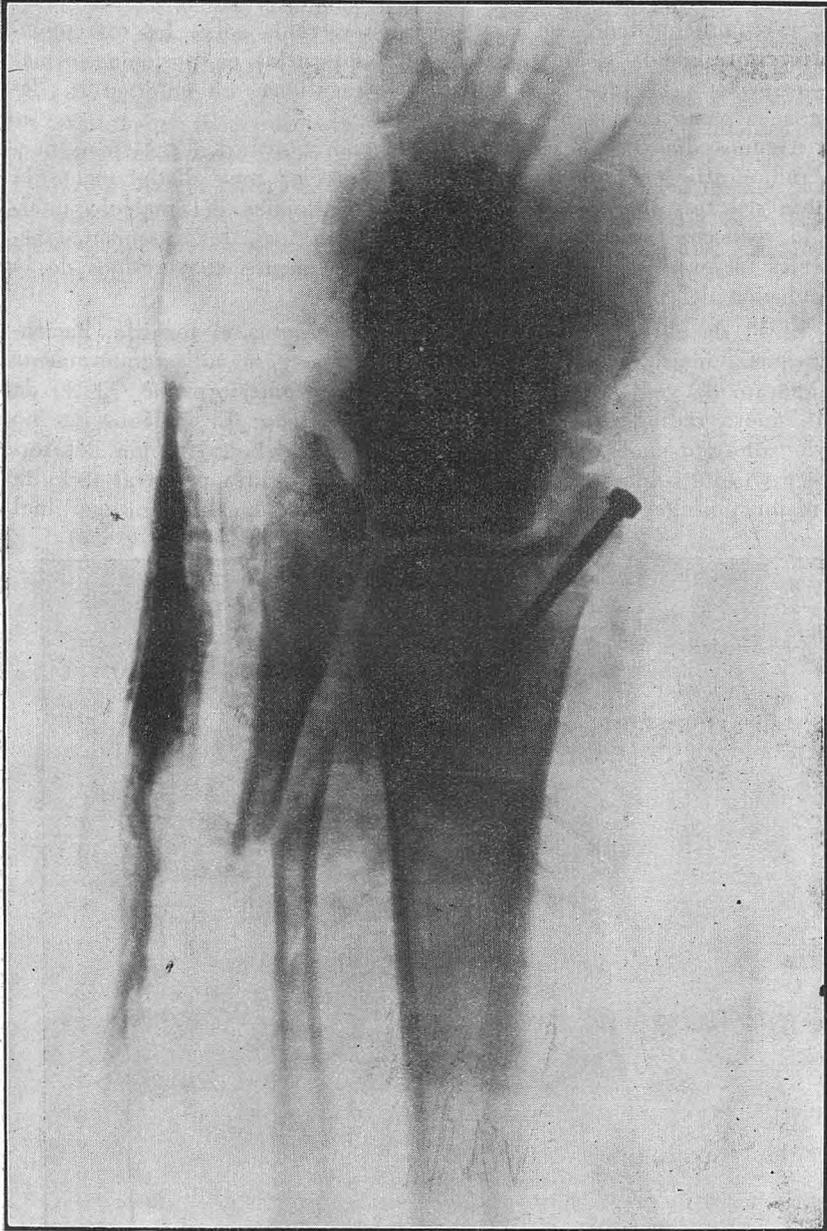
el astrágalo. Existe además una diastasis de la tibia y peroné y estos huesos se hallan ligeramente separados de la superficie articular del astrágalo.

La enferma, el día de su admisión al hospital, es atendida por el interno de turno que le aplica una canal metálica posterior y le ordena reposo absoluto en la cama.

Esta enferma fue examinada por uno de nosotros el día 25 de febrero, constatando todo lo expuesto anteriormente y corroborado por las placas radiográficas. Las fracturas eran tres, a saber: 1º Maléolo interno en su base de implantación. 2º Reborde marginal antero-externa de la superficie articular inferior de la tibia. 3º Tercio inferior del peroné. Además existía una diastasis de los huesos de la pierna.

*Tratamiento quirúrgico.* Dado que el fragmento maleolar estaba sumamente desplazado y por tanto era imposible esperar una simple reducción por simple manipulación, la que acarrearía trastornos serios para la marcha normal, y a pesar de que la piel estaba lacerada en la cara antero-interna del tercio inferior de la pierna derecha, tan sólo a dos traveses de dedos de la fractura maleolar, se decidió la intervención para el día siguiente, pues sabido es que toda fractura debe ser tratada lo más inmediatamente posible después del accidente, por facilitarse más la intervención y ser mucho mejor el pronóstico.

*Intervención quirúrgica.* Bajo anestesia general. Incisión longitudinal sobre la cara interna del pie, partiendo a 1½ centímetros por encima de la interlínea articular tibio-tarsiana; luego, desviada hacia abajo y adelante, formando en su conjunto una línea curva a concavidad anterior y midiendo en su totalidad aproximadamente unos seis centímetros. Incisión de los planos superficiales y se llega sobre la extremidad inferior de la tibia, en la que se halla una superficie cruenta, que corresponde a la base de implantación del maléolo interno; a este nivel está abierta la articulación del cuello del pie, observándose distintamente las superficies articulares de la extremidad inferior de la tibia y la cara superior del astrágalo, procediendo luego a disecar metódicamente en busca del maléolo interno desplazado, se le encuentra muy hacia abajo y adelante, en íntimo contacto con el astrágalo, su superficie cruenta mirando francamente hacia arriba. Después de fijarlo con una pinza muy fuerte se le trae hacia arriba y atrás, sin modificar en absoluto su dirección. Las superficies cruentas del fragmento superior y del maléolo interno, se les ponen en contacto y se les fijan sólidamente mediante un tornillo. Sutura por planos y de la piel. Se aplica un aparato de yeso desde los dedos del pie hasta media pierna, en equino-varus. Esta posición en equino-varus fue dada con el objeto de suprimir el tiramiento del ligamento lateral interno y desprender el maléolo fijado, y también como maniobra para la reducción de la fractura marginal antero-externa; esta misma posición favorece la fractu-

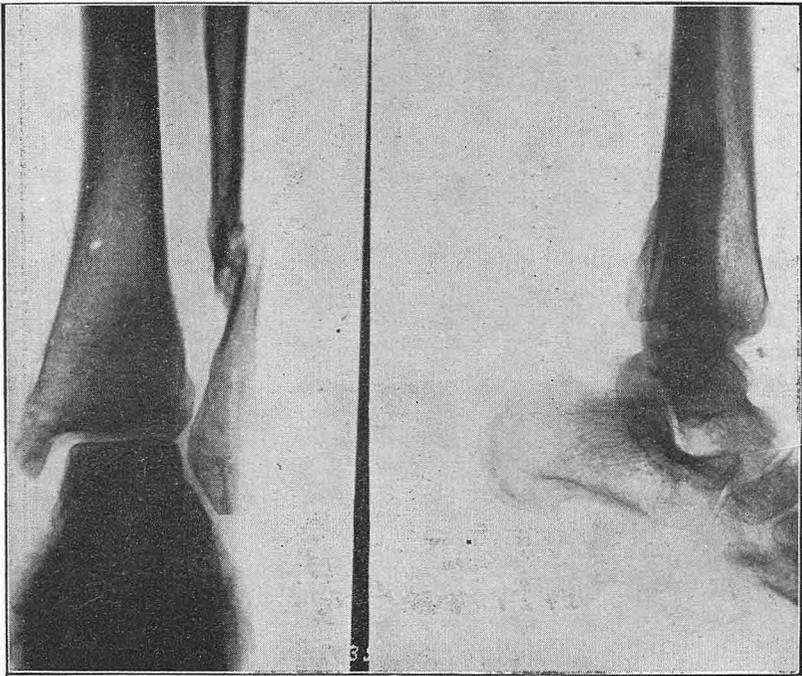


Operación.

ra peroneal, haciendo tracción sobre el fragmento inferior desalojado. Esto es complementado con cierta presión ejercida sobre las extremidades inferiores de la tibia y peroné para colocarlos en posición normal con respecto a la superficie articular astragaliana. La enferma es llevada a su cama en magnífico estado general.

Algunos días después de la intervención quirúrgica se toman nuevas radiografías, en las que se pueden apreciar muy distintamente la sombra del tornillo, la perfecta posición anatómica del maléolo interno, la reducción completa de la fractura marginal, los fragmentos peroneales mejorados en su orientación. Los elementos constitutivos de la articulación del pie, en sus relaciones entre sí.

El 11 de abril, bajo raqui-anestesia, se elimina el tornillo, haciendo pequeña incisión sobre el maléolo interno, y se coloca nuevamente un aparato de yeso en la misma posición que anteriormente. El 20 de abril, nueva radiografía con el siguiente resultado: El maléolo interno quedó colocado en excelente posición después de la extracción del tornillo y ya está soldado en parte a la tibia. La fractura peroneal se halla en mejor posición que en la radiografía inicial. La fractura marginal



Después de la operación.

en perfecta aposición y soldada de manera que difícilmente se aprecia que existiese fractura en dicho sitio. Los huesos de la pierna están en relación normal entre sí y con respecto al astrágalo.

El 26 de abril se eliminó totalmente el aparato de yeso y se instituyó tratamiento fisioterápico: diatermia y masajes, movilización pasiva y luego activa del pie.

Actualmente la enferma se encuentra caminando perfectamente, sin dolores, posición normal del pie, no hay exuberancia de callo óseo. Los movimientos activos de la mortaza tibio-tarsiana son normales. Marcha normal e indolora.

