
LECCION CLINICA ORTOPEDICA

Prof. *Lisandro Leiva Pereira.*

Historia Clínica Nº 14247.

Servicio de Ortopedia y Cirugía de Urgencia.

Sala de Mujeres.

Lección clínica dictada por el Profesor L. Leyva Pereira el 23 de junio de 1939. (Versión taquigráfica de la señorita Sara Elvia Calderón, mecano-taquígrafa de dicha Clínica).

“Nombre de la enferma: Leonor Peña.

Edad: 60 años.

Estado civil: Viuda.

Entró al Servicio el 28 de diciembre de 1938.

Antecedentes personales y hereditarios: Sin importancia.

Historia de la enfermedad actual: El 26 de septiembre fué arrollada por un automóvil, en una población cercana y hospitalizada en dicha ciudad (se suprime, al transcribir la historia, el nombre de la población por razones obvias). A consecuencia de este traumatismo violento, sufrió una fractura del tercio superior del fémur derecho. En el hospital donde fué atendido el caso, según dice la enferma, se le colocó en una extensión continua, siguiendo todas las reglas que tales lesiones requieren, solamente la extensión no fué lo suficientemente prolongada, pues, por exigencias de la enferma, le fué retirada treinta días después, lo que motivó la consolidación de los fragmentos en angulación.

A su llegada al Servicio se nota un acortamiento del miembro lesionado, así como también los signos clínicos de una consolidación defectuosa de la fractura.

El 18 de enero de 1939 se le practicó una intervención consistente en romper con el cincel el callo óseo, para colocar la fractura en mejor po-

sición, sometiéndola después a la extensión continua con tracción esquelética hecha sobre el calcáneo. La extensión se suprimió en marzo.

Se hace notar que, con motivo del trasteo del Servicio y por carecer de Cinesiterapia, los resultados no son satisfactorios”.

Tal es la historia clínica del caso que los señores doctores Eduardo Cubides Pardo, Gustavo Guerrero Izquierdo, así como la Directora del Servicio de Cinesiterapia señorita Isabel Camacho Carreño, someten a mi consideración para ver la manera de corregir, si aquéllo fuera posible, los defectos que hoy anoto y que me sirven para esta lección, pues demuestran la necesidad de no olvidar o mejor, de no prescindir de ninguno de los detalles que se anotan en el tratamiento de las fracturas, detalles digo, destinados a evitar fracasos como éste.

Medidas desde las espinas ilíacas anteriores y superiores, hasta los maléolos internos, los dos miembros inferiores de esta enferma, aparece el lado derecho con un acortamiento de diez centímetros. Ahora, si medimos fraccionadamente, es decir el muslo separado y la pierna también, vemos que de la cima del trocánter del lado derecho al borde del cóndilo externo femoral, la longitud es de 46 centímetros, al par que en el lado izquierdo esta medida es de 56, es decir, que el acortamiento corresponde al fémur, pues las piernas dan una medida igual, la una con la otra.

La movilización de la articulación de la cadera, como ustedes pueden ver, está limitada; no tanto como la de la rodilla que clínicamente aparece como completamente anquilosada; también está inmóvil la articulación del cuello del pie con el agravante de que esta anquilosis, o para aplicar el término adecuado, inmovilidad articular (pues es sabido que anquilosis implica soldadura entre dos superficies articulares, definitiva), ha dejado el pie en una posición tan viciosa que para caminar esta enferma, necesitaría hacerlo en la punta o extremidad de los artejos, cosa que sólo ejecutan bailarinas muy bien adiestradas, y esto por cortos momentos.

La radiografía muestra con respecto a las superficies articulares, bastante claridad en sus espacios, es decir, no existe anquilosis ósea. La articulación del cuello del pie aparece muchísimo más opaca que la de la rodilla y la cadera. Un callo exhuberante y una unión término-lateral con un fragmento óseo superior desalojado hacia arriba y hacia afuera, y uno inferior hacia arriba y en abducción, muestran cómo las condiciones que pudiera llamar fisiopatológicas, es decir que se producen regularmente en estos casos, no fueron corregidas por el tratamiento. Durante el curso del año, en los fracturados análogos a éste, pero que llegan al Servicio recientemente después del accidente que las determina la fractura, les he dado las razones de por qué el fragmento superior en toda fractura infra-trocantérica del fémur se dirige hacia arriba y hacia afuera, así los músculos pelvitrocantéricos que actúan normalmente en ese sentido, se contracturan al momento que el hueso pierde su solución de continuidad, y dan esa posición de abducción que siempre tiene el fragmento superior.

Ahora bien, el fragmento inferior en realidad formado por la parte del muslo situada por debajo de la fractura más la pierna y el pie, cae por la acción de la pesantez, sufre un movimiento de rotación hacia afuera, y al mismo tiempo los poderosos músculos abductores así como también todos los encargados de flejar o extender la rodilla, contracturándose, hacen subir la extremidad superior de este fragmento y colocarla en la posición clásica que ustedes pueden anotar en esta radiografía.

También les he explicado las razones de por qué se debe actuar, para corregir los defectos anotados, sobre el sector inferior y no sobre el superior; sencillamente porque movilizar el fragmento inferior formado por la mayor parte del miembro, como antes dije, es muchísimo más fácil que bajar o mejor, colocar en abducción el superior y sobre todo que fabricar el aparato que mantenga esta colocación término-terminal; en cambio es sencillo colocar el miembro en una gotera y atornillar en el aparato de suspensión las poleas, de manera de dar a la abducción toda la amplitud que se necesita; solamente hay que tener presente en el espíritu el hecho de que muchos enfermos, y sobre todo los ancianos más o menos pusilánimes, anulan esta abducción sacando la cabeza fuera del sitio que les corresponde en la cama y acostándose atravesados; ésto se evita colocando juntos miembros, es decir, el sano y el enfermo en abducción. No vaya a creerse que es ésta la posición incómoda para los enfermos, todo lo contrario, los movimientos que necesitan de la suspensión, como son los destinados a favorecer los actos fisiológicos, se facilitan extraordinariamente; por otra parte la extensión del lado sano, no necesita prolongarse por más de cuatro semanas, pues ya para esa época existe un callo de fractura, no lo suficientemente sólido para soportar presión alguna, pero sí para impedir el desalojamiento fragmentario que se produciría antes de este tiempo, como lo demuestra esta enferma que presenta actualmente tales incapacidades funcionales, entre otras cosas, por no haberle colocado abducción en juntos miembros.

La importancia del Servicio de Cinesiterapia (en buena hora establecido y dirigido por la señorita Isabel Camacho Carreño, a quien pido tome nota de este caso para que le sirva de una demostración evidéntísima de la enorme importancia que tiene para los enfermos traumatizados, el papel que ella desempeña tan a cabalidad y que seguramente será la causa de que en el futuro no vuelvan a presentarse en este Servicio) aparece de bulto en esta enferma, si una doble extensión del muslo y de la pierna hubiera permitido la movilización de esta rodilla precozmente, la rigidez no se presentara; la movilización del pie vigilada desde el principio, habrá impedido con seguridad esta posición incompatible con la marcha, y la más difícil de corregir, pues probablemente tendré necesidad de practicar una operación cruenta con sección tendinosa y resecciones óseas para dar al pie una mejor posición. Tal en síntesis constituyen las lesiones que una deficiencia en el tratamiento dejó en esta enferma; quedan también bosquejadas someramente los modos o maneras de que dis-

ponemos para impedir estas complicaciones, que no deben presentarse en un Servicio que conozca medianamente siquiera, las reglas generales que nos sirven para tratar las fracturas, y que son: 1º "Inmovilización de la fractura con movilización después de los diez primeros días de las articulaciones vecinas al foco de fractura".

2º "Cinesiterapia consistente en masajes muy suaves de los músculos que rodean la fractura, destinada a activar la circulación necesarísima para la formación correcta del callo óseo, así como también para evitar las rigideces musculares".

Como tratamiento vamos a hacer lo siguiente en esta enferma:

Ordenar una intensificación en los masajes y en la aplicación de aire caliente, como ya lo está haciendo muy bien la Directora de este Servicio; ésto con el objeto de ver hasta dónde ceden los ligamentos periarticulares de las tres articulaciones; así como también los masajes que tienen por objeto reactivar la circulación y la inervación muscular, todo con el fin de dar mayor vida a todo este miembro cuya atrofia es notoria, y preparar así el terreno para que la o las intervenciones crueñas necesarias que haya que practicar, tengan las mayores probabilidades de éxito. De éstas hay una que se presenta como indispensable y es la osteotomía destinada a romper el callo vicioso que determina la mala posición de los fragmentos, y que la radiografía muestra en un grado de condensación tal, a mi modo de ver incompatible con una osteoclasia por maniobras externas, operación por otra parte que considero infinitamente más peligrosa que la osteotomía bien practicada y donde el cincel está controlado por la vista, así como también el afrontamiento de las extremidades fragmentarias reavivadas. Luégo hay necesidad de colocar una extensión bilateral y en el miembro derecho una doble para que los movimientos articulares puedan efectuarse mientras dure la nueva consolidación de la fractura que, si todo sale normalmente se demorará ciento veinte días por lo menos. Vean ustedes las consecuencias que tiene no cuidar como se debe las fracturas del muslo.

