

Sobre un nuevo modelo de Clavo para el enclavijamiento intramedular de las fracturas Diafisarias de Radio

Dr. Octavio Seijas O.*

Al efectuar enclavijamientos intramedulares en fracturas diafisarias de radio, nos encontrábamos con dificultades de técnica, al pretender pasar el clavo a través del fragmento distal, es decir, aquel que va desde el foco de fractura a la estiloides radial. Usábamos prótesis rígidas (clavos de Küntscher o Steimann) o semiflexibles (alambres de Kirschner), bien haciendo el enclavijamiento de foco a estiloides o de ésta a foco (previa realización de una ventana ósea en dicha apófisis) y en ambos, confesamos sinceramente y creemos que muchos especialistas estén de acuerdo con nosotros, se nos hacía dificultoso el acto, al extremo de que teníamos que repetir varias veces las maniobras operatorias hasta lograr el objetivo deseado.

En 1956 tuvimos oportunidad de leer una comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología, por Risolía y Merlo (1) quienes proponen el uso de un nuevo modelo de clavo, por uno de ellos ideado (A. R.), para el enclavijamiento intramedular de las fracturas diafisarias de radio; desde esa fecha hemos operado todos

nuestros casos con ese tipo de clavo, habiendo quedado sorprendidos de los magníficos resultados obtenidos en eficiencia y ahorro de tiempo operatorio, por lo que no vacilamos en darlo a conocer a nuestros colegas venezolanos, en la firme creencia de que su uso ha de proporcionarles un verdadero beneficio.

Las prótesis usadas (clavos de Risolía) son tallos metálicos de acero inoxidable, de sección cuadrangular, fabricados en tres medidas distintas para usarlas de acuerdo a la mayor o menor sección del conducto medular del radio y de un largo de 30 centímetros, aproximadamente, no interesando medidas precisas de longitud, ya que han de ser cortados (Fig. 1).

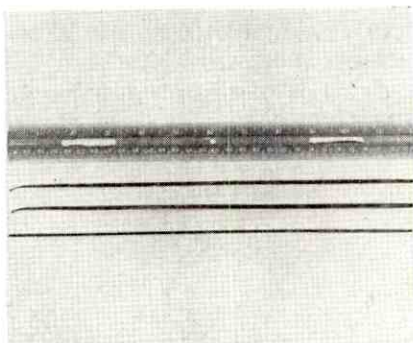


Fig. N° 1.

* Cirujano Traumatólogo del Hospital "Central", Barquisimeto, Venezuela.

La sección del clavo es igual en todo su tamaño, salvo en uno de sus extremos, el que además de afinarse en una longitud de aproximadamente 5 centímetros, lo que le aumenta el índice de flexibilidad a ese nivel, termina encorvando levemente su punta, la que a la vez se afina a expensas de su cara superior e inferior. (Fig. 2).

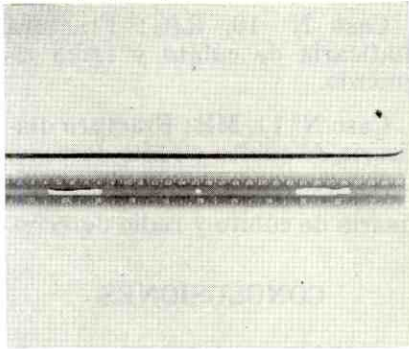


Fig. N° 2.

La técnica operatoria a seguir una vez abordado el foco de fractura y expuestos los extremos fracturados, es la siguiente: se toma el clavo y se introduce por la parte más delgada en el canal medular del fragmento distal, de manera que la inscripción de fábrica del mismo mire hacia arriba, lo que nos permite colocar la dirección de la encorvadura también hacia arriba, es decir hacia la estiloides radial; se hace progresar a golpes de martillo la prótesis, haciendo que un ayudante tome firmemente la mano del paciente, dándole a ésta la máxima inclinación cubital, con lo que percibirá y de acuerdo a la progresión del clavo, la punta del mismo que sale necesariamente por la estiloides del radio, levantando levemente la piel a nivel de la interlínea radiocarpiana. Es de gran interés el manifestar, que en todos los casos

operados por nosotros, este hecho se cumplió con exactitud. Se exterioriza con bisturí la punta del clavo, el que se hace progresar hasta que su extremo proximal sobrepase en dos o tres milímetros el reborde fracturado del segmento distal. (Fig. 3). Hecho lo anterior, se calcula aproximadamente la longitud del segmento del clavo a enclavijar intra-

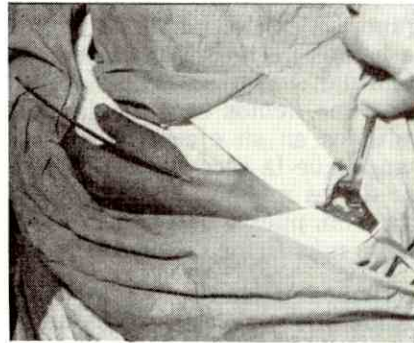


Fig. N° 3.

medularmente y se secciona su extremo distal para obtener el tamaño deseado; se reduce la fractura y se procede al enclavijamiento retrógrado, según la técnica por todos conocida, quedando el punto de sección de la prótesis alojado en los tejidos blandos (Fig. 4).

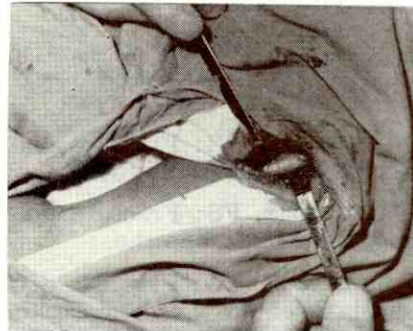


Fig. N° 4.

Personalmente Risolía(2) nos comunicó ligeras modificaciones a la técnica descrita, que aún no

hemos tenido oportunidad de ensayar.

En nuestros casos y para garantizarnos mejores resultados postoperatorios, en especial cuando se trataba de fractura de ambos huesos del antebrazo, enyesamos por un tiempo prudencial a nuestros enfermos, a lo contrario de Risolía(1), que no usa inmovilización postoperatoria alguna. La extracción de los clavos la hemos hecho según la técnica habitual, con unas simples tenazas y no hemos encontrado dificultades en su ejecución, observando que la sección cuadrangular de los mismos facilita su extracción, puesto que permite una presa más firme de ellos.

Hemos operado según esta técnica doce casos, en los cuales las maniobras de reducción incruenta no dieron buenos resultados, cuyas radiografías de seguida presentamos, habiendo quedado tan maravillados de su facilidad de ejecución y de sus resultados, que hoy la presentamos a nuestros colegas de especialidad, con la seguridad, repetimos, de que su uso ha de traerles beneficios a ellos y, por ende a sus enfermos.

CASUÍSTICA

Caso N° 1, PR: Fractura diafisaria de radio izquierdo.

Caso N° 2, FS: Fractura diafisaria de radio derecho.

Caso N° 3, TG: Fractura diafisaria de cúbito y radio derecho.

Caso N° 4, EP: Fractura diafisaria de cúbito y radio derecho.

Caso N° 5, JP: Fractura diafisaria de radio izquierdo.

Caso N° 6, CP: Fractura diafisaria de cúbito y radio izquierdo.

Caso N° 7, TR: Fractura diafisaria de radio derecho.

Caso N° 8, FN: Fractura diafisaria de cúbito y radio izquierdo.

Caso N° 9, AC: Fractura diafisaria de cúbito y radio derecho.

Caso N° 10, RJG: Fractura diafisaria de cúbito y radio izquierdo.

Caso N° 11, MR: Fractura diafisaria de cúbito y radio derecho.

Caso N° 12, MA: Fractura diafisaria de cúbito y radio derecho.

CONCLUSIONES

1) Se presentan doce casos de fracturas diafisarias de radio operados con el clavo de Risolía.

2) Creemos que las dificultades de técnica operatoria en el enclavamiento de las fracturas diafisarias de radio, han desaparecido al usar este nuevo modelo de clavo cuyo uso es en extremo sencillo, acortando considerablemente el tiempo operatorio y evitando dado su sección cuadrangular la rotación entre sí de los fragmentos, alejando el peligro del decalage.

3) No encontramos pseudoartrosis, retardos de consolidación, desplazamientos posteriores de la fractura, intolerancia al material usado, ni ruptura de los clavos, en los controles hechos a nuestros enfermos.

4) En uno de los enfermos (Caso N° 4) el acto quirúrgico se nos dificultó porque el avance de la prótesis hacia el segmento

proximal fue difícil y poco, debido a una estrechez anormal del conducto medular del radio, lo que trajo como consecuencia una sinostosis radio cubital postoperatoria a nivel de las fracturas, que pensamos fue ocasionada por lo prolongado de las maniobras quirúrgicas al querer introducir más el clavo.

AGRADECIMIENTO

Queremos dejar constancia de nuestro más sincero agradecimiento al distinguido profesor Atilio Risolía, quien personalmente nos comunicó parte de su experiencia y en dos oportuni-

des gentilmente nos obsequió los clavos que hemos usado y al doctor Carlos Guillén, quien operó algunos de los casos presentados.

Las fotografías proceden del servicio correspondiente del Hospital "Central", a cargo del señor Kresimir Jurisa.

BIBLIOGRAFIA

1. *Risolía, A. A. y Merlo, F. J.* Nuevo modelo de prótesis para el enclavijamiento intramedular de las fracturas diafisarias del radio. *Bol. Trab. Soc. Arg. Ortop. Traum.* 7:181, 1955.
2. *Risolía, A. A.* Comunicación personal el 9 de diciembre de 1959.