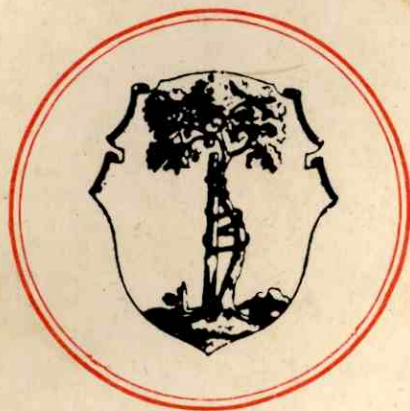


REVISTA DE
ORTOPEDIA
Y
TRAUMATOLOGIA



ORGANO OFICIAL DE LA
SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
FUNDADA EL 23 DE JULIO DE 1949



TOMO XVIII

SEPTIEMBRE 1984
CARACAS - VENEZUELA

FASCICULO 7

GALENO

especialidades médicas c.a.

Calle Madrid, Centro Coromoto, Las Mercedes - Cables: GAESME, Apartado 66.916, Las Américas, Caracas 1060 - Telfs.: 91.22.45 - 91.20.22 - 91.67.91

OFRECE TODAS LAS ALTERNATIVAS DE PRODUCTOS MEDICO-QUIRURGICOS PARA LAS ESPECIALIDADES DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, CIRUGIA DE LA MANO Y CIRUGIA DEL PIE:

- ⊕ Artroscopios de fibra óptica.
- ⊕ Cemento quirúrgico.
- ⊕ Dermatomo de aire, eléctricos y manuales.
- ⊕ Equipos de compresión Europea.
- ⊕ Equipos descartables de succión post-operatoria.
- ⊕ Implantes quirúrgicos de acero, cromo-cobalto y titanium.
- ⊕ Implantes de SILASTIC.
- ⊕ Injertos de huesos.
- ⊕ Instrumental general y especializado. Microcirugía.
- ⊕ Intensificador de imágenes.
- ⊕ Línea blanda (collarines, férulas y fajas)
- ⊕ Material para columna (Cotrel-Dwyer-Harrington y tipo Luque).
- ⊕ Mesas de operaciones Albee y Chick. Mesa de Cotrel.
- ⊕ Sierras para huesos (de aire, eléctricas y a pilas).
- ⊕ Sierras para yesos (con o sin succión).
- ⊕ Sillas de ruedas.
- ⊕ Unidades electroquirúrgicas.

REPRESENTAMOS LAS MARCAS MAS RECONOCIDAS A NIVEL MUNDIAL, ASEGURAMOS PERMANENTE ACTUALIZACION DE TECNICAS QUIRURGICAS E INFORMACION GENERAL PARA LA ESPECIALIDAD.

**JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
DE LA S. V. C. O. T.**

Período 1.982 - 1.984

Presidente:

Dr. ALIRIO MOLINA GARCIA

Vice-Presidente:

Dr. AQUILES SEGOVIA

Secretario:

Dr. ANDRES MENDOZA R.

Tesorero:

Dr. HUMBERTO VALBUENA

Bibliotecario:

Dr. ANTONIO AGUILERA B.

Vocales:

Dr. ANDRES FRANCO MAITA

Dr. ROMULO RAMOS

COMISION DE CREDENCIALES

Dr. EDUARDO PLANCHART M.

Dr. ELIAS SALAZAR A.

Dr. EDUARDO FRANCIS S.

TRIBUNAL DISCIPLINARIO

Principales:

Dr. J. E. ARREAZA A.

Dr. RAFAEL ROMAY

Dr. MIRKO MOLERO

Suplentes:

Dr. ALBERTO PLUMACHERT

Dr. JESUS A. RAMIREZ

Dr. J. D. BOHORQUEZ CORONA

CAPITULO ZULIANO

Presidente:

Dr. LUIS CUENCA PEREZ

SECCIONAL DEL CENTRO

Presidente:

Dr. RAMON GONZALEZ ZERPA

SECCIONAL LARA

Presidente:

Dr. MANUEL SEGOVIA

**SECCIONAL DE LOS LLANOS
OCCIDENTALES**

Presidente:

Dr. JESUS A. RAMIREZ

SECCIONAL DE ORIENTE

Presidente:

Dr. RAUL MAZA MERIDA

SECCIONAL CIUDAD GUAYANA

Presidente:

Dr. ANTONIO BALBI TORO

SECCIONAL ARAGUA

Presidente:

Dr. RAUL TORREALBA

**Presidente del Capítulo Venezolano
de la S. L. A. O. T.**

Dr. ALIRIO MOLINA GARCIA

**Revista
de Ortopedia
y Traumatología**

Tomo XVIII - Fascículo 7
SEPTIEMBRE DE 1984

REVISTA DE ORTOPEdia Y
TRAUMATOLOGIA, es una pu-
blicación de DIVULGACION
CIENTIFICA de la Sociedad
Venezolana de Cirugía Orto-
pédica y Traumatología

DIRECCION

Colegio de Médicos del Estado
Miranda

Urb. El Bosque - Av. El Golf,
CARACAS 1050, VENEZUELA

DISTRIBUCION

Distribución gratuita en todo el país

DIRECTOR:

Dr. Manuel Salaverría M.

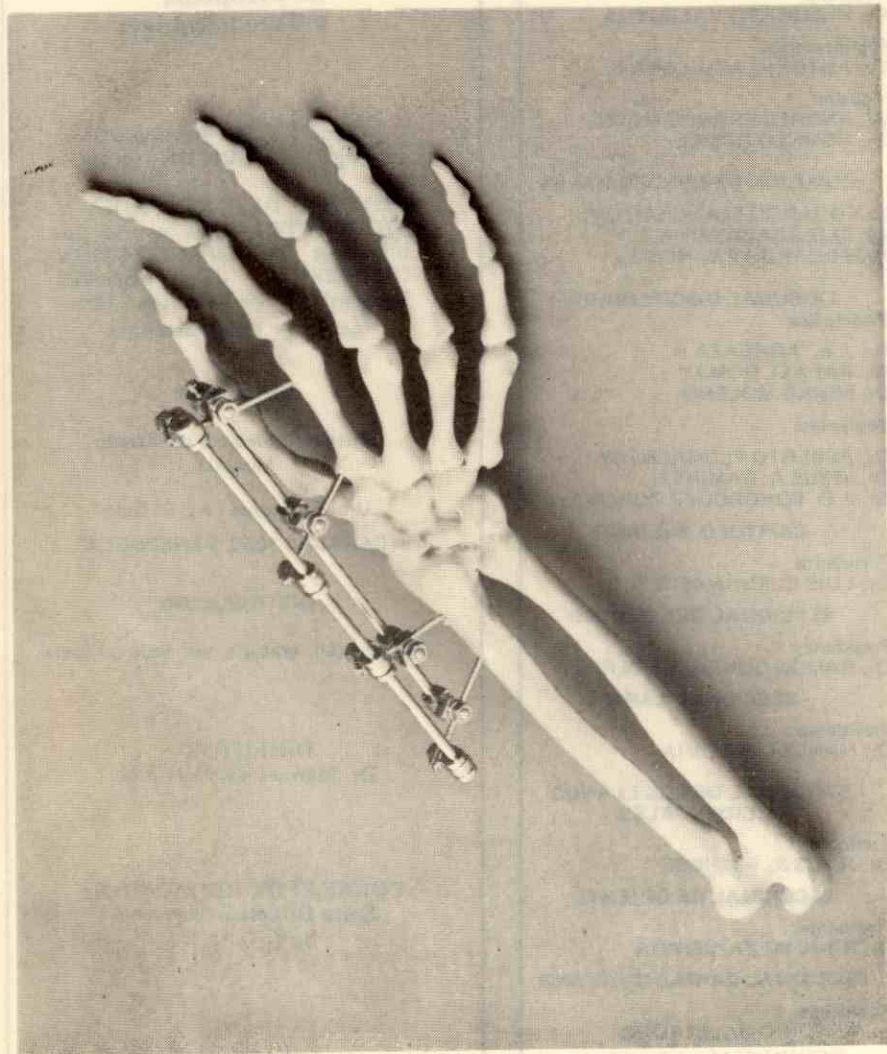
CONSEJO DE REDACCION:
Junta Directiva Nacional
S. V. C. O. T.

Institut Straumann AG



CH-4437 Waldenburg

Pequeño Fijador Externo



Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de Ortopedia y Traumatología, es el órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, y en este sentido representa la ciencia y práctica de la Ortopedia y Traumatología en Venezuela.

Los trabajos deberán ser expuestos en Jornadas, Congresos u otro evento científico de notoriedad.

Los trabajos deberán ser enviados mecanografiados, a doble espacio, por una sola cara y en folios numerados. Dos páginas de este tipo corresponden a una página de la Revista. El texto con las ilustraciones incluidas no deberá sobrepasar 16 páginas de la Revista. Las páginas estarán numeradas. Se requiere el envío de un original y una copia, y se recomienda a los autores conservar para sí una copia. El Comité de Redacción se reserva el derecho de efectuar correcciones literarias.

El título del trabajo deberá señalarse en hoja aparte, procurando que sea conciso, pero lo más informativo posible. En esta misma hoja se hará constar lo siguiente: nombre del autor(es), cargo(s) que desempeña(n), Instituto donde se realizó el trabajo, ciudad, país y dirección completa del Instituto.

Los trabajos se ordenarán de la forma siguiente: título, texto (introducción, material y métodos, conclusiones y resumen), referencias bibliográficas, tablas e ilustraciones (éstas últimas deben ser citadas en el texto en orden numérico).

La Bibliografía se colocará al final del trabajo y se expondrá de la forma siguiente: Cada referencia va numerada y el número corresponde al colocado en el texto en el sitio donde se mencionan los conceptos emitidos en la misma. El número va seguido del apellido del o de los autores y de sus iniciales, título del artículo en su idioma original entre comillas, luego el nombre de la Revista utilizando las abreviaciones indicadas en el INDEX MEDICUS; la cifra que representa la página en donde se inicia el artículo, una coma, y el año de publicación.

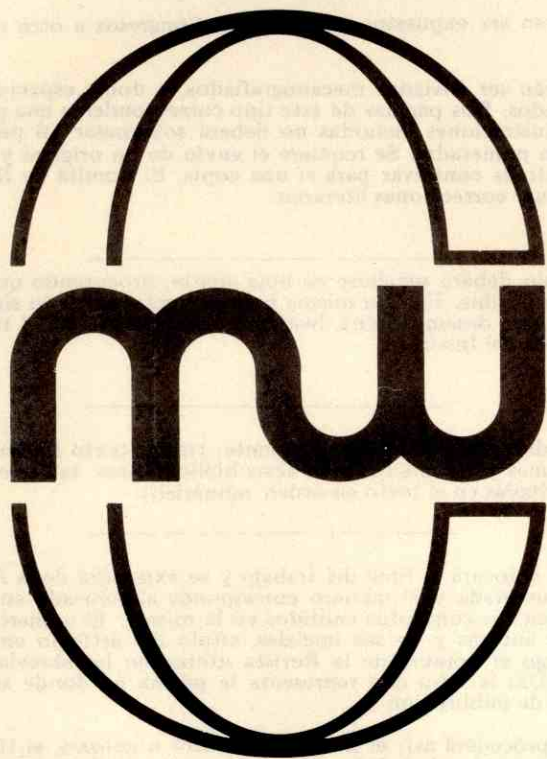
Para los libros se procederá así: el nombre del autor o autores, el título del libro entre comillas, la casa editora, la ciudad de publicación y el año de la impresión, añadiéndose cuando haya varias ediciones la abreviación correspondiente aparte. La Redacción se reserva el derecho de publicación, sin dar explicaciones cuando algún trabajo no se considere de condiciones adecuadas para su publicación.

No se devuelven originales.

El Comité de Redacción seleccionará las ilustraciones a publicarse y sólo serán recibidas aquellas que sean presentadas en forma. Las reproducciones de radiografías y actos operatorios deben enviarse en papel brillante y el tamaño más conveniente es de 9 x 12 centímetros. Deben tener contraste adecuado para mostrar claramente la patología a ilustrarse. Los dibujos deben presentarse en tinta china y sobre papel o cartulina blanca. El excedente de 5 ilustraciones será abonado por él o los autores.

El material que aparece en la Revista, está amparado por la Ley de propiedad literaria. La reproducción de los trabajos no será objetada siempre que sean hechas en órganos de publicidad con solvencia moral y científica, indicando con precisión la fuente.

A. D. INTERNATIONAL



EL SIMBOLO QUE DA CONFIANZA !!!

ClvW Sales — 26-28 Ely Place
London EC1N 6RP
Telephone: (01) 831 7474
Telex: 28455 ADILON G
Cables: Solariego London EC1



CMW Laboratories Limited
Marketing & Sales
Falcon Road,
Sowton Industrial Estate
Exeter, Devon EX2 7NA

Distribuidor Exclusivo para Venezuela: GALENO, Especialidades Médicas C.A.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DOCTOR ALIRIO MOLINA GARCIA
EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, EL DIA 21 DE JULIO DE 1984,
CON MOTIVO DEL XXXV ANIVERSARIO DE LA SOCIEDAD VENEZO-
LANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA.**

Distinguidas Personalidades del Presidium,
Miembros Fundadores de la Sociedad Venezolana de
Cirugía Ortopédica y Traumatológica,
Ex-Presidentes de la Sociedad Venezolana de
Cirugía Ortopédica y Traumatológica,
Compañeros de la Junta Directiva,
Invitados Especiales,
Señoras y Señores:

Todos los Ortopedistas venezolanos, experimentamos en este día una profunda emoción: Se celebra el XXXV Aniversario de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, y siempre al celebrarse un aniversario se reviven los recuerdos de los orígenes. La historia de nuestra Sociedad comienza con un grupo de hombres en número de treinta, que preocupados por el progreso científico y con deseos de superación, se dieron a la tarea de echar al mar una nave de esperanzas, huérfana de anclas y con rumbo al puerto de la realidad. Hoy, nuestra agrupación es un manojo de recias jarcias y de amplios velámenes, dignos representantes de sus fundadores y seguidores de sus ideales.

Era un 23 de Julio del año 1949, en este mismo lugar, el Hospital Vargas, en el Servicio de Ortopedia y Traumatología que honra el nombre del pionero de nuestra especialidad: Dr. Hermán de las Casas; los doctores Andrés Gutiérrez Solís, J. M. Aristimuño, Juan G. Yánes, Andrés Pietri, Juan Colmenares Pacheco, Pablo Izaguirre, Ismael Cárdenas, César Acosta, Luis Corser, Armando Parada, José Antonio

Villegas, Roberto Lucca, Hernán Quintero Uzcátegui, Luis Alberto Lucas, Milton Provenzali Heredia, Luis Capriles Illas, Juvencio Urquiola, Luis Beauperthui, Henry Leroux, J. R. Sánchez Pacheco, Mario Sánchez Figuera, Alberto Matheus, Jorge Figarella, Augusto Diez, A. Cartaya y Vicente Figarella, así dijeron: "Hemos resuelto, después de cambiar ideas sobre el particular, constituir, como en efecto constituimos, una Sociedad Científica que se denominará Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología"; confeccionaron y aprobaron los Estatutos y después de la votación corresuondiente se elige la primera Junta Directiva que quedó constituida así: Presidente, Andrés Gutiérrez Solís; Vice-Presidente, Andrés Pietri; Secretario, Jorge Figarella; Tesorero, Juan G. Yánes; Bibliotecario, César Acosta; Primer Vocal, Armando Parada; Segundo Vocal, José Antonio Villegas.

De esta manera nuestra Sociedad entra en la historia médica del país, y le han sucedido a esa primera, quince Directivas más, presididas por César Acosta, Pablo Izaguirre, Armando Parada, Luis Corser, Alfredo Coronil, Jorge Figarella, Alberto Jacir, José Rubín, Manuel Salavarría, Marcos Rincón, José Arreaza, Eduardo Planchart, Elías Salazar, Andrés Monterola y la actual que tengo el honor de presidir.

Quiero recordar con silente oración, aquellos que hoy no están, aquellos que abordaron la nave del viento y enrumbaron al firmamento para descansar en un mundo de paz, y allí están, cubiertos con un manto celestial. Vivieron cumpliendo con su Sociedad, dejando gratos recuerdos. Muchos partieron prematuramente, en plenitud de facultades. Es el destino inexorable, ya que todo ser humano al margen de otras consideraciones tiene que aceptar su propia temporalidad, como condición básica de su existencia, y citando a José Luis Borges, de su obra "El Inmortal", vaya esta frase: "la muerte hace preciosos y patéticos a los hombres".

Vamos en este acto a rendir a veinte de sus treinta fundadores, el homenaje sincero de la Sociedad que crearon; la historia es infalible, en el reconocimiento a quienes lo merecen y por ser ellos portadores de una evidente modestia, no son aptos para inciensos fervorosos, ni que se les rindan tributos de frases brillantes y por eso, en una sencilla pero sincera placa, les recordamos que a los treinta y cinco años en la Sociedad que fundaron se les considera, se les admira y se les respeta. Que Dios y la Patria os premien.

La Sociedad Venezolana de Ortopedia y Traumatología es una agrupación científica de prestigio, la realización periódica de sus Jornadas y Congresos, así lo evidencian. La literatura médica se enriquece con los trabajos publicados y la generación actual se preocupa por preparar a los que habrán de hacer el relevo. A pesar de muchas dificultades, siguen adelante los cursos de postgrado y es muy estimulante ver que en los eventos científicos que realizamos, la asistencia mayoritaria es de especialistas jóvenes. En el presente período se han realizado cuatro eventos, todos dictados por especialistas venezolanos. El panorama es esperanzador. Una Sociedad como la nuestra, no morirá.

Vivimos el presente con las reminiscencias del pasado, en la obra de los que nos precedieron en esta lucha médica y con el ejemplo que nos legaran. La Medicina moderna ha avanzado, es indudable; la tecnología aún no sabemos donde nos conducirá, pero lo que sí sabemos, es que la medicina humanística, —duele decirlo— bastante ha descendido. Si fusionáramos ambas tendencias, estaríamos muy cerca de la perfección.

Una mujer, es parte de la vida de nuestra Sociedad, la quiere tanto como todos nosotros, su laboriosidad y fidelidad la hacen merecedora de un reconocimiento y hoy vamos a brindárselo; esa mujer es Irma Hurtado. No hay ortopedista en el país que no sepa quién es élla. Es una mujer cuya vida ha estado ligada siempre al trato con médicos y así comparte sus labores en nuestra Sociedad con el trabajo hospitalario y todo ésto lo complementa con su función de madre y es ya una imagen habitual, la de Irma tomada de la mano de su pequeño hijo. Le ofrecemos hoy con todo nuestro cariño, una placa conmemorativa de sus veinte años de servicio; esa placa está forjada en los moldes de la honradez, perfeccionada con el buril acorado de la perseverancia y tallada con la lija de oro de su voluntad.

Me sucederá en el uso de la palabra, uno de los Miembros Fundadores de la Sociedad Venezolana de Ortopedia y Traumatología, quien fuera miembro de la primera Directiva y su primer Bibliotecario, Ex-Presidente y hoy Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología que hoy nos recibe con afecto. El Doctor César Acosta, sin duda, en su intervención nos hará vivir ese pasado glorioso y sentir, como

escribiera Tagore, "las adherencias a un viejo pasado, tiene también su orgullo y su belleza en sus acumulaciones, en la sublimidad de los muros que la rodean y que han sido consagrados por el tiempo".

Agradecemos a nuestro compañero de Sociedad, hoy Director del Hospital de nuestros recuerdos, cuna de nuestro aprendizaje, el Doctor José Medina, quien con mucho entusiasmo ha dispuesto todo lo necesario, para que esta conmemoración tenga el éxito deseado.

Voy a poner fin a mis palabras, haciendo votos por el progreso científico de todos nuestros miembros, hago votos por la unidad, hago votos porque el Todopoderoso nos devuelva en salud las bondades que podamos prodigarle a nuestros semejantes.

Espero haber cumplido hoy, el objetivo que me fuera encomendado y mis últimas frases son: una, para citar al gran estadista inglés Winston Churchill, cuando en 1944, ante el Real Colegio de Médicos de Londres dijera: "cuanto más lejos puedes mirar hacia atrás, más lejos podrás mirar hacia adelante", y otra para hacer este ruego: que en este Hospital, testigo de su fundación, se escuche el eco de una voz ductora y que el recuerdo se convierta en himno.

Señores.



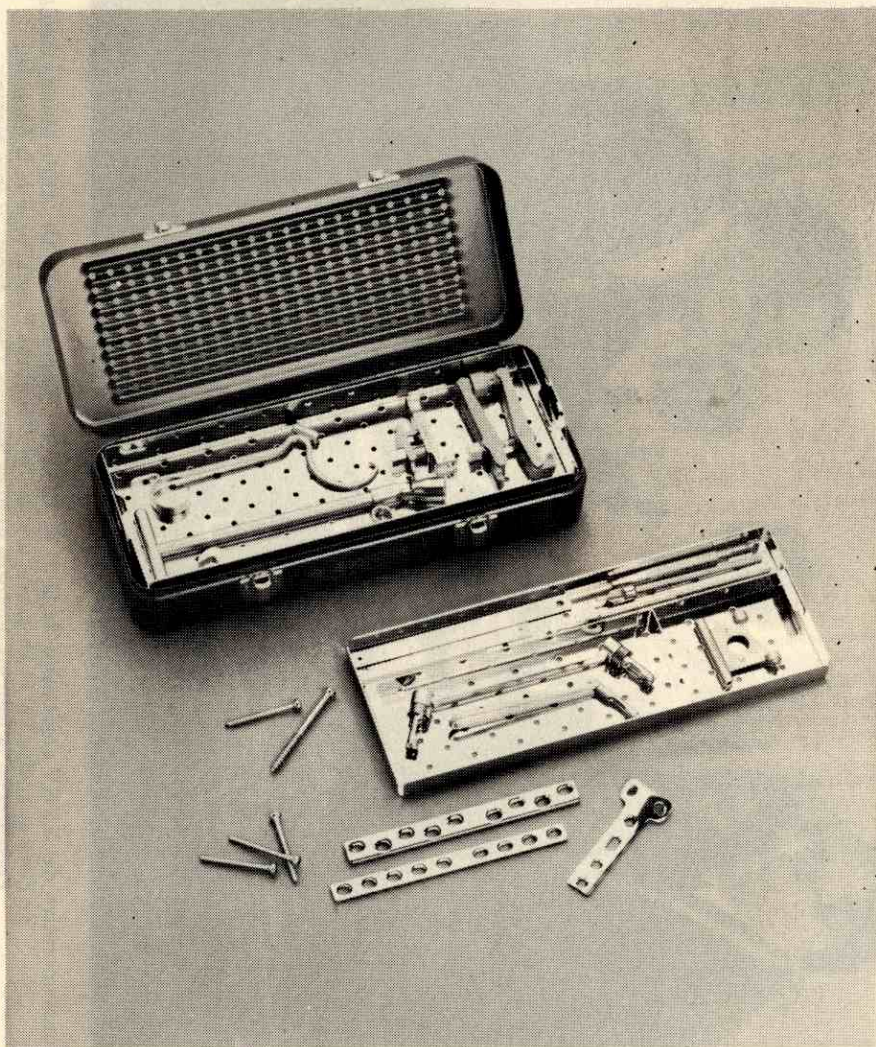
Acto conmemorativo del XXXV aniversario de la S. V. C. O. T. El Presidente, Dr. Alirio Molina García, hace entrega de Placa al doctor Pablo Izaguirre, uno de los Miembros Fundadores de la Sociedad.
Presentes en la foto los doctores Aquiles Segovia, César Acosta y José Medina

Institut Straumann AG



CH-4437 Waldenburg

Instrumental Base para Tornillo y Placas



Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

LUJACION CONGENITA DE ROTULA
CONCEPTOS. PRESENTACION DE UN CASO Y DESCRIPCION
DE UNA TECNICA QUIRURGICA. *

Dr. Alirio Molina *

Dr. Nelson Socorro Medina * *

ASPECTOS HISTORICOS

GALENO, fue el primero en describir sub-lujación de la rótula, la primera serie de sub-lujaciones fue reportada por MALGAIGNE en 1836. A comienzo del siglo XX, las sub-lujaciones fueron divididas en tres categorías: Congénitas, Traumáticas y Patológicas.

La asociación de contractura en flexión de rodilla con dislocación de rótula; fue reportada por GOLDTHWAIT en 1888, por MOUCHET en 1921 y por STOREN en 1956. La dislocación de tipo congénita fue descrita por MALKIN en 1932. STANISAVIJEVIC y MILLER, describieron la variedad congénita de dislocación lateral de la rótula en 1976. JEFFERY'S describió tres casos de lujación recurrente asociada a inserción anormal de la rótula a la cintilla ilirotibial.

CLASIFICACION DE INESTABILIDAD ROTULO-FEMORAL

1.— Dislocación Aguda: La cual puede ser lateral, medial, intra-articular o superior asociada a traumatismos.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo.

** Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario de Maracaibo.

- 2.— Dislocación Recurrente: Asociada siempre con anomalías congénitas o deficiencias adquiridas del mecanismo rótulo-femoral.
- 3.— Sub-lujación: Siempre asociada con una deficiencia congénita predisponente del mecanismo extensor.
- 4.— Dislocación habitual u obligatoria: En la cual la rótula se disloca cada vez que la rodilla se flexiona más de 30 grados, asociada con contractura de cuádriceps. En algunos casos hay antecedentes de inyecciones intramusculares en el cuádriceps, dejando frecuente fibrosis del vasto externo.
- 5.— Dislocación Congénita: Irreducible dislocación lateral la cual es permanente.

LUJACION CONGENITA DE LA ROTULA

Este tipo de dislocación es rara, persistente e irreducible, causada por un desplazamiento del mecanismo extensor de la rodilla, el cual ocurre antes del nacimiento. La rótula es pequeña y no puede ser reducida excepto por operación.

Es muy importante diferenciar este tipo de dislocación de la variedad recurrente o habitual en las cuales hay anomalías congénitas como fallas de desarrollo del cóndilo femoral lateral (SMILLIE, 1939, JEFFERYS, 1936).

ASPECTOS PATOLOGICOS

STERN, ha establecido los criterios para hacer el diagnóstico: el comienzo debe ser antes del nacimiento y la dislocación debe persistir hasta la cirugía; debe ser resistente a todos los esfuerzos por reducirlas cerrados e inclusive bajo anestesia general. La rótula anatómicamente está fuera de su lugar y forma una pseudoarticulación con el epicóndilo femoral lateral, estando entonces encarcelada en un espacio pequeño. Este espacio está limitado medialmente por el fémur, posteriormente con el septum lateral intermuscular en contractura, lateralmente por la cintilla iliotibial contracturada por el tendón del vasto lateral en el cual su músculo puede estar en contractura y tener adherencias a las estructuras vecinas. Inferiormente la rótula está adherida al retináculo lateral contracturado y a la cápsula.

Aunque contracturas en flexión han sido reportadas al nacimiento en la mayor parte de los casos, hay movilidad pasiva completa y puede haber pérdida en la extensión, lo cual se explica desde un punto de vista mecánico, pues la lateralización del aparato extensor permite un desplazamiento de esta unidad posterior al axis de rotación de la rodilla.

EMBRIOLOGIA Y HERENCIA

A menudo familiar y bilateral, la tendencia familiar ha sido reportada por MUNFORD en 1947 y DE PALMA en 1954.

Un factor hereditario ha sido sugerido en muchos casos, otros autores han citado la presencia de otras anomalías congénitas. Para CAMPBELLS puede estar acompañada de anomalías como la artrogriposis y el síndrome de DOWN, pero debe ser diferenciada de éstos.

Para STANISAVLJEVIC, la causa está desde un punto de vista embriológico en que los precursores del músculo cuádriceps y de la Rótula, fallan en rotar internamente durante el primer semestre de vida fetal, permaneciendo por consiguiente estos en el lado anterolateral del muslo con la rótula permanentemente dislocada.

ASPECTOS ANATOMICOS Y CONCEPTOS SOBRE LAS PATOLOGIAS DERIVADAS DE LAS ALTERACIONES DEL MECANISMO EXTENSOR

La rótula tiene estabilizadores estáticos y funcionales. Lo estáticos serían la configuración de la rótula: la cápsula el lecho femoral y los ligamentos (femoro-rotuliano). El más importante estabilizador dinámico es el músculo cuádriceps; siendo su parte más importante el vasto medial descrito por DUCHENE en 1860.

Recientemente PERRY ha demostrado que las fibras más oblicuas son las verdaderas estabilizadoras, teniendo estas una inclinación de 50 a 55 grados, y las otras de 15 a 18 grados.

BOSE y CHONG, de la Universidad de Singapur estudiaron 36 niños con problemas de contractura del mecanismo extensor y los di-

vidieron en dos grupos; un grupo 1 en el cual el componente más afectado estaba en la línea media (recto anterior y vasto intermedio); estos pacientes se presentaron con grados diversos de rigidez de rodilla o con recuatum. En el grupo 2, los componentes eran laterales a la línea media, (vasto lateral y cintilla ilirotibial), estos pacientes se presentaron con dislocación congénita o con dislocación habitual de la rótula.

En ambos grupos los pacientes que no fueron tratados desarrollaron cambios secundarios como sub-lujación de la tibia y genuvalgo.

ASPECTOS CLINICOS Y DIAGNOSTICO

Como consecuencia de la lujación los pacientes desarrollan rotación externa de la tibia y contractura de los elementos posteriores, (cápsula), así como el ya mencionado valgo de rodilla. Atrofia del cuádriceps está presente y puede existir una marcha anormal con una alteración en la fase de balanceo, la rótula se palpa lateralmente lo cual no puede hacerse antes de los tres años de edad por no estar osificada antes de esa edad.

En cuanto a la radiología antes de los tres años se puede observar en la lateral una ausencia de las sombras del cuádriceps y después de los tres años la radiografía axial de la rótula demuestra la dislocación de la misma.

Para los autores BOSE y CHONG la rótula alta, el valgo de rodilla, la rotación lateral de la tibia y la hipoplasia del cóndilo femoral lateral, son todas consecuencias de la anomalía anatómica del cuádriceps.

DESCRIPCION DEL CASO

G. U. paciente de 10 años de edad, fue referido a nosotros por dislocación congénita de rótula; la madre negaba antecedentes familiares de problemas de rodilla; había tenido un desarrollo normal, excepto por la deformidad en valgo de rodilla y la "debilidad" de la misma. El niño se quejaba de dolor ocasional. A pesar de habersele he-



FIGURA No. 2.-
Radiografía axial de la rótula, mostrando a ésta
completamente dislocada



FIGURA No. 1.- Fotografía de la Rodilla mostrando la palpación de la Rótula dislocada (en círculo)

cho el diagnóstico años atrás, el padre se opuso al tratamiento. Su madre no presentó ninguna enfermedad durante el embarazo ni estuvo expuesta a ningún agente físico. Embarazo y parto fueron catalogados como normales. La madre notó el problema de la rodilla cuando tenía 5 años de edad y no había antecedentes de traumatismo. A los 9 años de edad, fue operado realizándose el trabajo quirúrgico en el lado medial y como consecuencia la lujación recidivó. Al examen físico presentaba un valgo de rodilla con cierto grado de rotación externa de la tibia y una rótula que no se podía reducir manualmente (figura No. 1), no presentaba ninguna otra anomalía congénita asociada, había atrofia del cuádriceps, movilidad articular normal y una marcha anormal. La radiografía axial de rótula demostró una hipoplasia del cóndilo femoral lateral, una rótula lujada y de configuración anormal (figura No. 2).

TECNICA QUIRURGICA

El paciente fue llevado a pabellón y bajo isquemia con un torniquete, se realizó incisión pararotulana medial (previa), la cual se prolongó en sentido proximal hacia el lado lateral prolongándose ésta a la mitad del muslo.

Se identificó la rótula adosada al epicóndilo lateral y formando una pseudoarticulación se notaron bandas de tejido entre la rótula y el cóndilo, entre la rótula y la cintilla iliotibial, el vasto lateral estaba contracturado y lateralizado, el vasto medial estaba alargado en sentido lateral y laxo. Existía contractura de retináculo lateral y adherencias a la cápsula lateral y adherencias a la fascia lata. En general todas las estructuras laterales presentaban adherencias entre sí y había una mala rotación lateral del cuádriceps.

Se realizó una incisión lateral sobre la fascia lata con un componente transversal distal. Esta incisión fue prolongada distalmente se liberó la cintilla iliotibial, se abrió la cápsula y la sinovia, liberándose el retináculo lateral. El vasto lateral fue separado del septum y se liberó parcialmente en el sentido proximal. Todas las adherencias y bandas fibrosas de la rótula al vasto lateral y a los tejidos adyacentes fueron cortadas. El vasto lateral fue reinsertado al tendón central más proximamente. Se realizó incisión en el periostio lateral del fé-

mur y se desplazó el cuádriceps medialmente obteniéndose la reducción de la dislocación. Se observó el cóndilo femoral aplanado completamente. Una incisión medial con liberación del vasto interno y plegamiento capsular fue necesario. Luego un avanzamiento del vasto medial (técnica de FEVRE), fue realizada. La rodilla se pudo flexionar y la rótula permaneció en su lugar. No se cubrió el defecto de tejido creado sobre el cóndilo lateral (figuras 3-4-5).

Se colocó cilindro de yeso con la rodilla en 15 grados de flexión. Se inmovilizó la rodilla por 5 semanas, al cabo de las cuales fue enviado a terapia. A los tres meses de postoperatorio el paciente presentaba movimientos normales de la rodilla y la rótula permanecía reducida. La radiografía axial así lo demostró (ver figura No. 6).

DISCUSION

Este tipo de anomalía es rara y su diagnóstico debe hacerse lo más pronto posible a pesar de las limitaciones impuestas por la falta de visualización en la radiografía antes de los tres años de edad. Debe sospecharse en todo recién nacido con contractura en flexión. Aunque no ha sido establecido en la literatura, la edad ideal para la operación es entre dos y tres años, lo cual impide que se desarrollen los efectos secundarios. Si no se opera, a la larga producirá problemas angulares, déficit funcional, acortamiento y finalmente producirá osteoartritis. Antes del cierre de la fisis deben realizarse operaciones de tejido blando solamente, y diferir las operaciones de tipo óseo como trasplante del tubérculo para después del cierre de la fisis.

Las técnicas quirúrgicas descritas hasta ahora son: CONN (1925), SANISAVLJEVIC, MAC CARROL S., y la de GREEN.

En algunos casos, puede ser después de la pubertad, hay que realizar osteotomías para corregir las deformaciones secundarias.

RESUMEN

El caso de un niño de 10 años de edad, con dislocación congénita de rótula es presentado. Se hace énfasis en los hallazgos patológicos y se realiza corrección quirúrgica con una técnica modificada de GREEN - STANISAVLJEVIC - CONN.

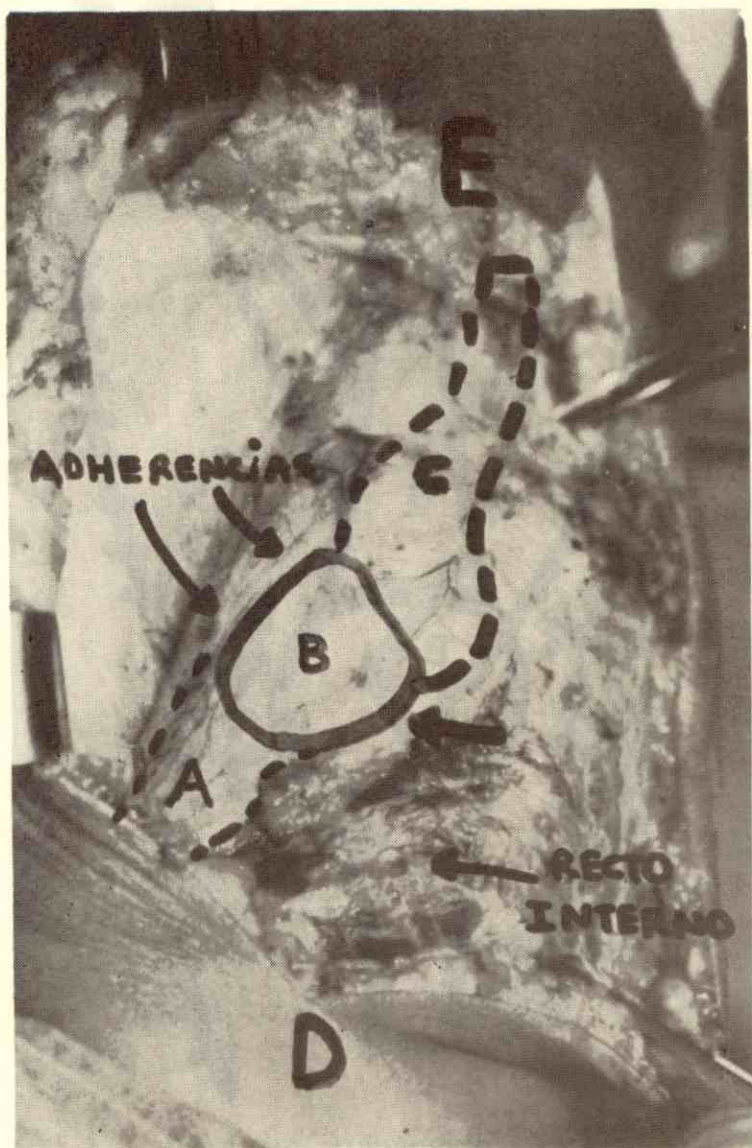


FIGURA No. 3.-

En el acto quirúrgico: A) Tendón del cuádriceps

B) Rótula dislocada lateralmente

C) Tendón Rotuliano

D) Area proximal del miembro

E) Area distal del miembro

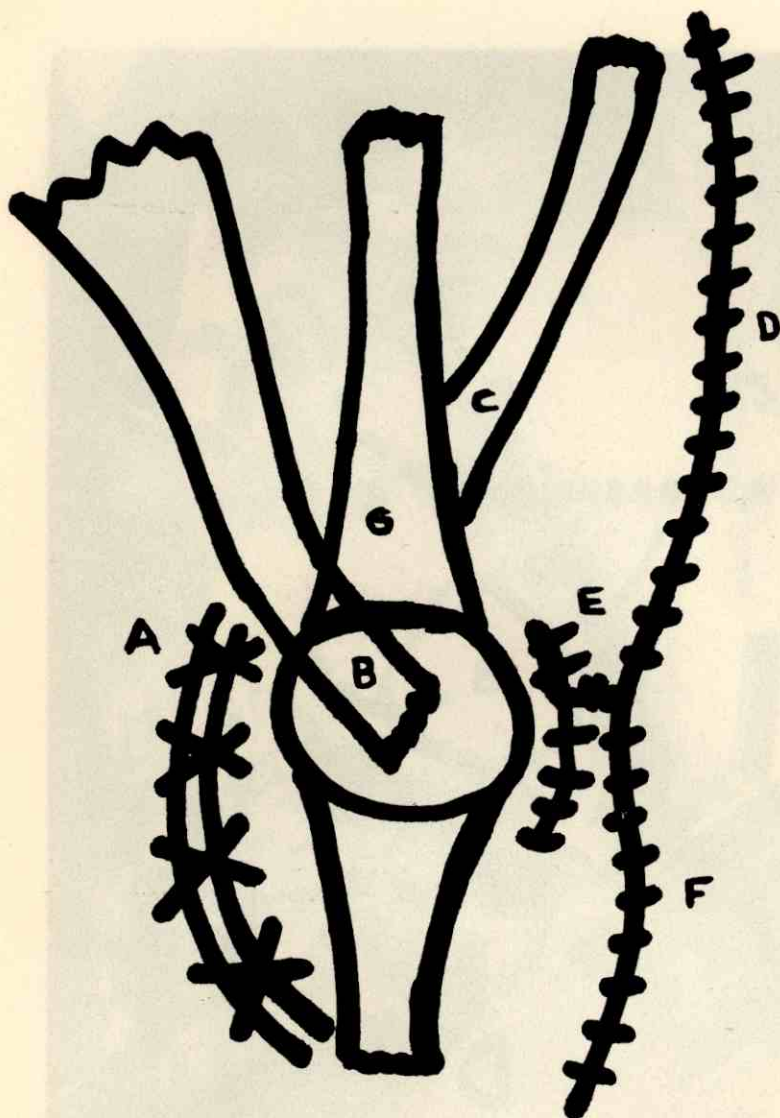


FIGURA 4.-

TECNICA QUIRURGICA. DIAGRAMA

- A. Incisión capsular pararotuliana y plegamiento medial.
- B. Tendón del recto interno liberado y avanzado lateralmente sobre la rótula.-
- C. Tendón del recto externo liberado y reinsertado proximalmente.
- D. Incisión en la fascia lata y cintilla ileotibial.
- E. Incisiones para liberar la rótula de las adherencias fasciales laterales
- F. Incisión en el retináculo, sinovia y cápsula.

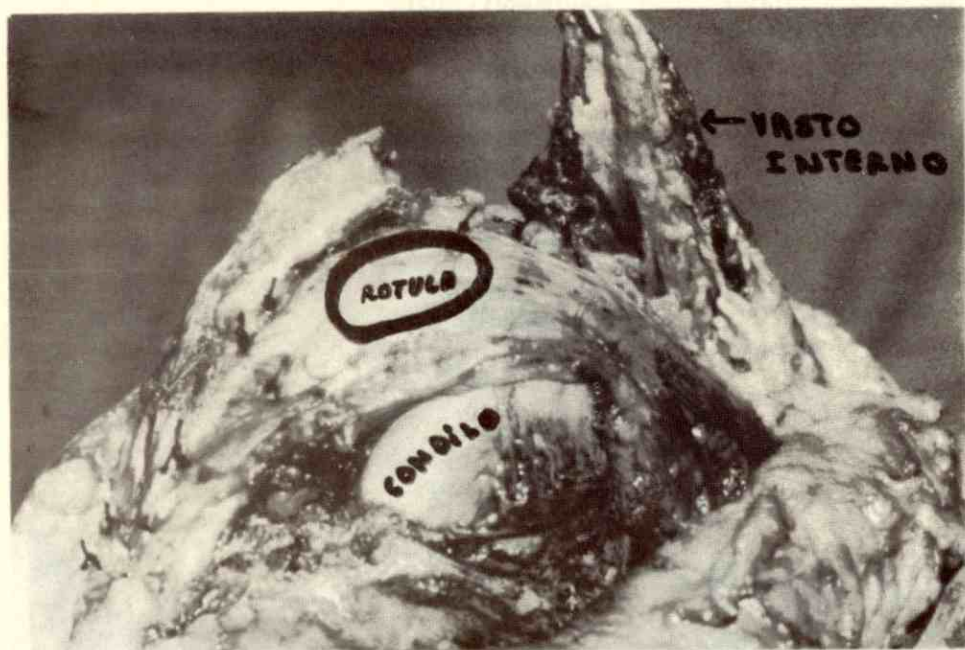


FIGURA No. 5.-

Al final de la operación. El recto interno levantado con una pinza antes de ser avanzado sobre la rótula. Las suturas se encuentran colocadas sobre el plegamiento capsular interno. El defecto de tejido creado sobre el condilo femoral lateral no se cubrió.

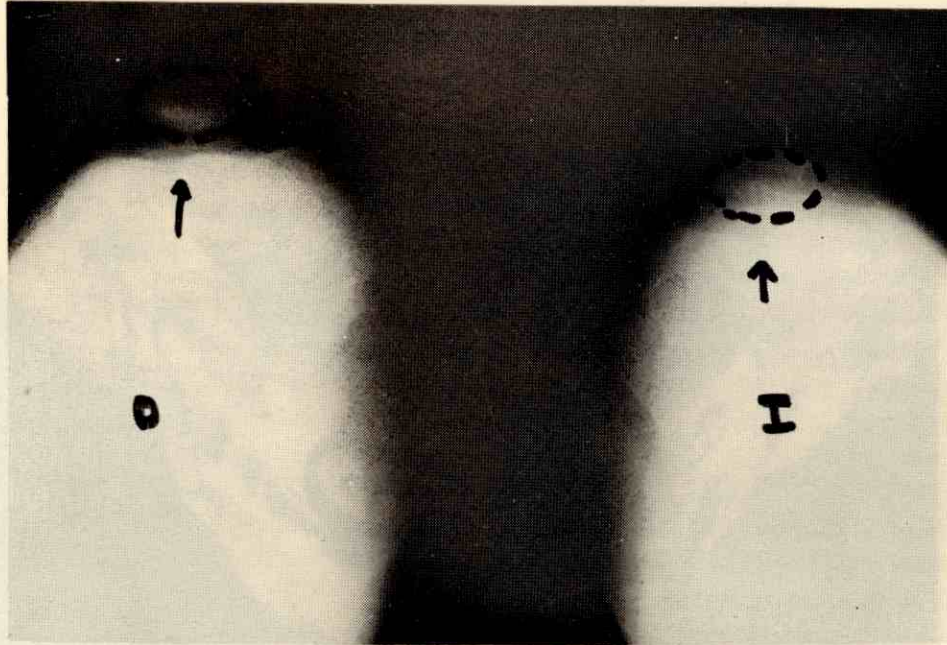


FIGURA No. 6.-
Radiografías de ambas rótula, mostrando las mismas en el lecho femoral
(Post - Operatorio)

SUMMARY

This is a report of a rare neglected congenital dislocation of the patella previously operated on a ten year old boy. It was present since birth, and was finally reduced on a second surgical procedure.

The surgical technique was a modification of the known ones.

A review of the pathology of this problem is presented and emphasis on early diagnoses and treatment is stressed.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.— ZEIER, Congenital Dislocation of the Patella. Clinical Orthopaedics and related research. May, 1980. No. 148. p: 140 - 146.
- 2.— The Injured Adolescent Knee. J. Kennedy. pág. 161.
- 3.— I. S. SMILLE. Enfermedades de la Articulación de la Rodilla. Segunda edición. Pág. 47 - 52.
- 4.— ARTHUR. J. HELFET. Disorders of the Knee. Second edition. Pág. 347 - 353.
- 5.— I. S. SMILLE. — Injuries of the Knee Joint. Fifth edition. Pág. 13 - 61.
- 6.— The Orthopaedics of North America. — Special considerations in sports medicine. Pág. 397 - 402.
- 7.— Campbells. Operative Orthopaedics, Sr. Lous. Mosby. Sixth edition. Pág. 849.
- 8.— STANISAVLJEVIC, MILLER. — Congenital irreducible permanent lateral dislocation of the patella. Clinical orthopaedics 116: 190 - 199, 1976.
- 9.— ZEIR - DISS ANA YAKE. — Congenital Dislocation of Patella. Clinical orthopaedics. Number 148. 140 - 146, may 1980.
- 10.— BAILY. — Congenital and Habitual Dislocation of Patella. JBJS. Vol. 48B: 852. 1966.
- 11.— BOSE - CHONG. Contracture of Extensor Mechanism of the Knee. JBJS. Vol 58B No. 4 november 76.

- 12.— Traumatic Dislocations in Lower Extremity in Children. Orthopaedic clinics of North America, Vol 7, No. 3 July 76.
- 13.— TCHDJIAN, M.: Luxación Congénita de Rodilla. Ortopedia Pediátrica. — Editorial Interamericana. México 197.203. 1976.
- 14.— J. HERRING. — Severe Genu Recurvatum. J. Pediatric Orthopaedics. Vol 2 No. 1. 1982.
- 15.— STERN, M. — Congenital Dislocation of the Knee. JBJS. 50 A 105. 1968.
- 16.— Reconstruction of the Extensor Mechanism for Subluxating patella. The journal of S. M. september 1972. Pág: 6 - 13.
- 17.— CONN, H. R.: A new method of operative reduction of congenital luxation of the patella, J. Bone Joint Surg, 7:370. 1975.
- 18.— DE PALMA, A.F.: Diseases of the knee, Philadelphia, J. B. Lippincott. Co., 1964.
- 19.— FERGUSON, A.B.: Orthopedic Surgery in infancy and childhood. 4th. edition. Baltimore. Williams and Wilkins. Co., 1975.
- 20.— FEVRE, M and Dupuis, D.: Lateral Dislocation of the patella, J.B.J.S. 33 B: 138, 1951.
- 21.— CREEN, J.P.: and WUACH, Congenital Dislocation of the patella, Surg. Gynecol. Obstet. 66:199. 1938.
- 22.— HAUSER, E.E.W.: A new operation for recurrent dislocation of the Patella Surg. Gynecol, Obstet. 66 - 99. 1938.
- 23.— MUNFORD, E.B.: Congenital Dislocation of the patella, J.B.J.S. 29: 1038, 1947.
- 24.— ORR: H. W. Review of the surgical treatment of congenital dislocation, recurrent dislocation and slipping patella. Clín. Orthop. 3:3. 1954.
- 25.— STERN, M. Persistent congenital dislocation of the patella J. Int.: Coll Surg. 41:654. 1946.
- 26.— STOREN: H.: Congenital complete dislocation of patella causing serious disability in childhood: the operative treatment, Acta Orthop. Scand. 36:301, 1965.



SPIRAL IMPLANTS



HEINRICH HEIMANN, Werkstätten für Medizinmechanik 79 ULM-DONAU
Telefon (0731) 60001 · Postfach 4060

GY = Gynaekologie
UR = Urologie
CL = chir. laparot.

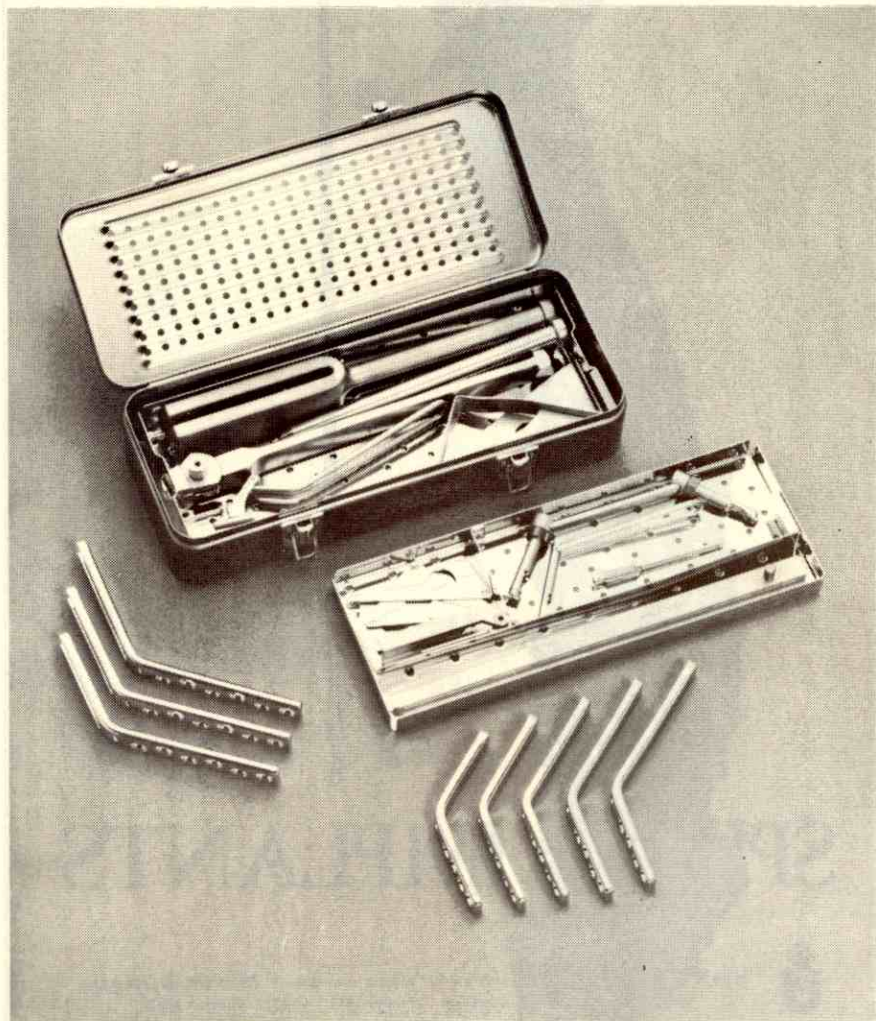
Distribuidor Exclusivo para Venezuela: GALENO, Especialidades Médicas C.A.

Institut Straumann AG



CH-4437 Waldenburg

Instrumental para Placas anguladas



Placas anguladas de 130°

Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LA EPIFISIS HUMERAL INFERIOR

Dr. Roberto Lazzarotto *
Dr. Raúl Torrealba *
Dr. Antonio Aguilera *

INTRODUCCION

Los traumatismos del codo en el niño, son un motivo de consulta muy frecuente en el servicio de traumatología y ortopedia de nuestro hospital, al igual que en todos los hospitales del país. Las lesiones que se diagnostican van desde una contusión simple hasta la fractura supracondílea, por ejemplo, cuyo delicado manejo y complicaciones potencialmente severas son de todos conocidos.

Existe sin embargo una lesión poco conocida de la cual se hace escasa referencia en la literatura y que consiste en un desplazamiento anterior de la epífisis humeral inferior.

BREVE RESEÑA HISTORICA

En 1850, R. W. Smith descubre un desplazamiento epifisario del extremo inferior del húmero en un paciente de doce años y hace énfasis en el diagnóstico diferencial entre fractura supracondílea, luxación y desplazamiento epifisario del codo en los niños.

Poland, en 1893, hace una revisión crítica de seis casos descritos con anterioridad en la literatura. Ashhurst, en 1910 presenta siete casos en una monografía.

* Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General de Maracay.

Marmor y Bechtol, en 1960 presentan una lesión de la fisis tipo I, en el extremo distal del húmero de un niño de dos años.

Donde más se habla de esta lesión y de sus características es en el ya famoso y clásico libro sobre fracturas y heridas articulares de Sir Reginald Watson Jones.

MATERIAL Y METODO

De todos los traumatismos de codo en niños que consultaron al servicio de traumatología y ortopedia de nuestro hospital, sólo fueron diagnosticados cinco casos como desplazamiento anterior de la epífisis humeral inferior, durante el primer semestre del año 1982. En relación al sexo, cuatro pacientes pertenecen al sexo masculino y uno al femenino; en cuanto a la edad: tres pacientes tenían seis años y dos pacientes, once años de edad. En todos ellos se estudió el mecanismo de la lesión, las características clínicas y radiológicas de la misma, haciendo énfasis en el grado de extensión y en la medida del ángulo epifisodiafisario y del codo afecto antes y después de la reducción.

MECANISMO DE LA LESION

En todos los pacientes el mecanismo de la lesión fue un traumatismo directo sobre el codo en flexión por caída de sus pies en cuatro casos y caída de altura (aproximadamente un metro), en un caso.

CLINICA

Esta lesión fácilmente se confunde con una contusión simple del codo; es necesario para llegar al diagnóstico que la exploración física se haga en forma comparativa con el codo sano.

Al examen físico hay edema en grado variable, el triángulo de las eminencias es normal y no hay deformidad. Lo más llamativo e importante es el dolor intenso que se produce cuando se intenta la extensión del codo, sobre todo cuando nos acercamos al final de la amplitud articular completa. Así, en todos los casos encontramos una li-

mitación para la extensión de 10° aproximadamente en comparación con el codo sano. Si el dolor es excesivo, éste último hallazgo puede comprobarse previa anestesia local.

RADIOLOGIA

La proyección antero-posterior es totalmente normal, la proyección lateral aparenta ser normal (Fig. 1 y 2) y el diagnóstico no se puede hacer a menos que guiados por los hallazgos clínicos, pensemos en primer lugar en la existencia de esta lesión y en segundo lugar midamos el ángulo epifiso-diafisario. Un signo radiológico que en oportunidades es visible en la proyección lateral y que puede ser de utilidad para el diagnóstico es la mayor separación del disco epifisario (fisis) en su parte posterior (Caso No. 4).

El ángulo epifiso-diafisario (ángulo E-D) se obtiene trazando una línea que pasa tangente a la cortical anterior del húmero y que corresponde al eje de la diáfisis humeral; y otra línea que pasando a través de la epifisis humeral inferior la divide en dos mitades simétricamente iguales (Fig. No. 3).

Para los efectos del estudio de estos casos, tomamos como valor normal, de acuerdo al criterio de Watson Jones, un ángulo epifiso-diafisario de 25° .

En caso de duda, es aconsejable tomar radiografías del codo sano de forma comparativa.

TRATAMIENTO

En vista de tratarse de una lesión que se produce con el codo flexionado, la reducción se hace colocando previa anestesia local, el codo en extensión completa de esta manera se logra la reducción del desplazamiento, se recupera inmediatamente el rango articular total para la extensión y el valor del ángulo epifiso-diafisario se hace normal. (Fig. No. 4).

La reducción se mantiene colocando una férula posterior por un período de tiempo que debe ser de tres semanas, según el crite-

rio de algunos autores. Nosotros consideramos que a las dos semanas puede cambiarse la férula por un cabestrillo con el codo en 90° ya que esta posición es mucho más beneficiosa desde el punto de vista funcional que la anterior.

DISCUSION

Debido a lo escaso de nuestra casuística no podemos aportar conclusiones definitivas. Queremos, sin embargo, llamar la atención sobre esta patología que consideramos es más importante tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. Creemos que el desplazamiento anterior de la epífisis humeral inferior es una lesión mucho más frecuente y que pasa inadvertida por falta de diagnóstico. Ninguno de estos ha presentado complicaciones inmediatas.

Carecemos de elementos de juicio para definir las complicaciones a largo plazo y suponemos que debido a las características de la lesión, ella puede causar una limitación permanente para la extensión del codo proporcional a la magnitud del desplazamiento epifisario y a la respuesta biológica de la fisis ante el traumatismo.

Nos llama la atención dos de los cinco casos que se presentan; uno de ellos tenía un traumatismo de codo bilateral. El examen clínico del codo derecho fue totalmente negativo exceptuando una pequeña escoriación. No así el codo izquierdo en el cual se obtuvieron los datos clínicos anteriormente mencionados. La medición radiológica del codo izquierdo aportó un valor del ángulo E-D de 54° , mientras que del lado derecho se obtuvo un valor de 43° . Una vez hecha la reducción y medido nuevamente el ángulo ED- obtuvimos un valor de 43° para el codo izquierdo (caso No. 5). El otro caso, en el cual el codo lesionado tenía las características clínicas de una epifisiolosis del extremo distal del húmero, la medición radiológica del ángulo ED- pre-reducción de 40° , mientras que el valor del ángulo E-D post-reducción fue de 30° (caso No. 4).

En ambos casos después de la reducción se recuperó la extensión total del codo afecto que estaba disminuida en comparación con el codo contralateral.

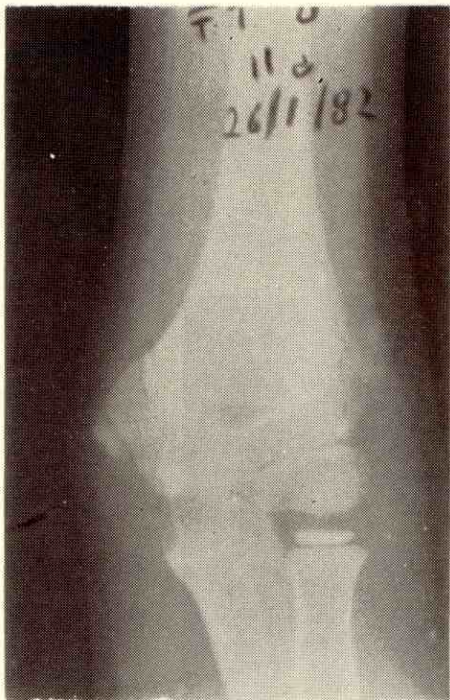


Figura 1



Figura 2

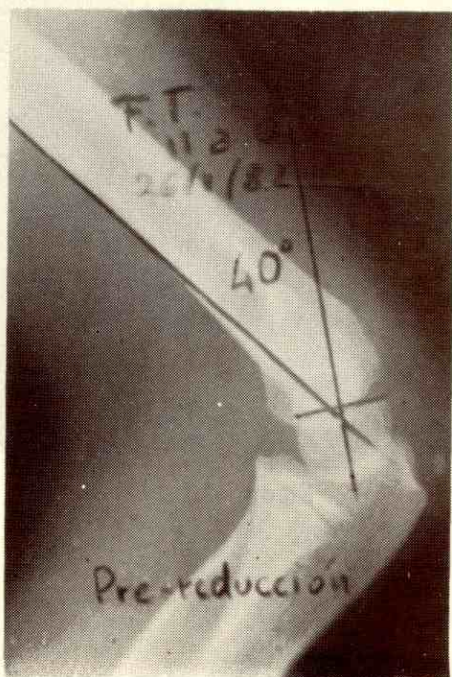


Figura 3

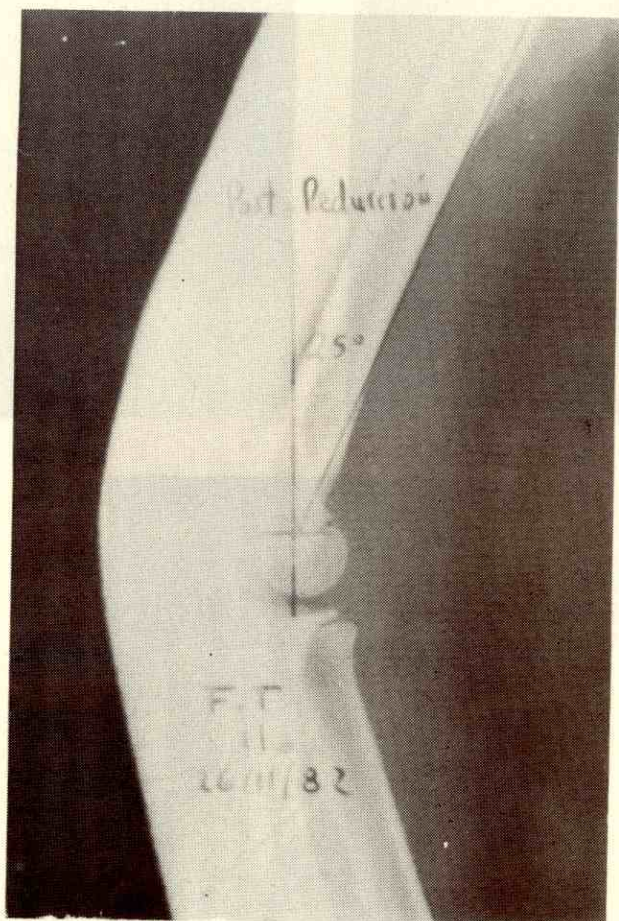
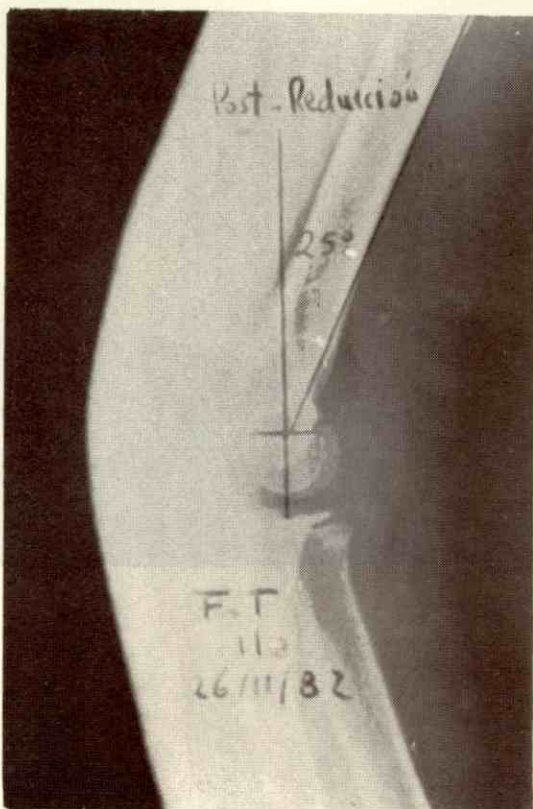
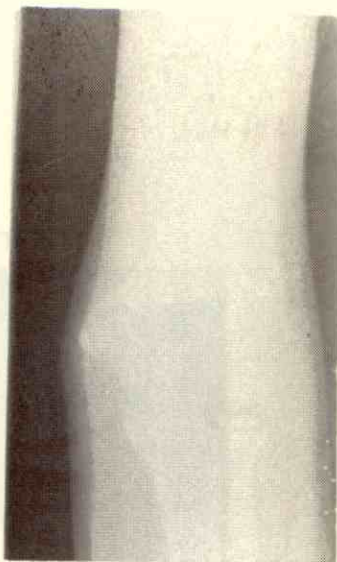
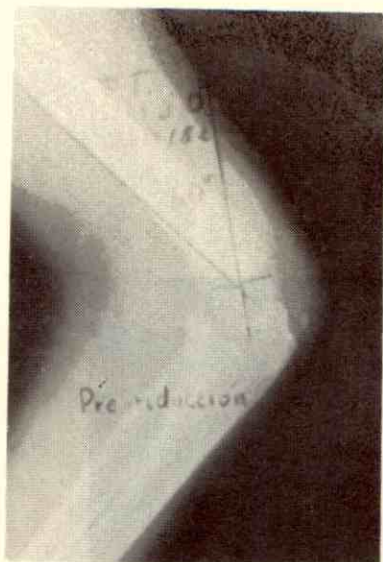
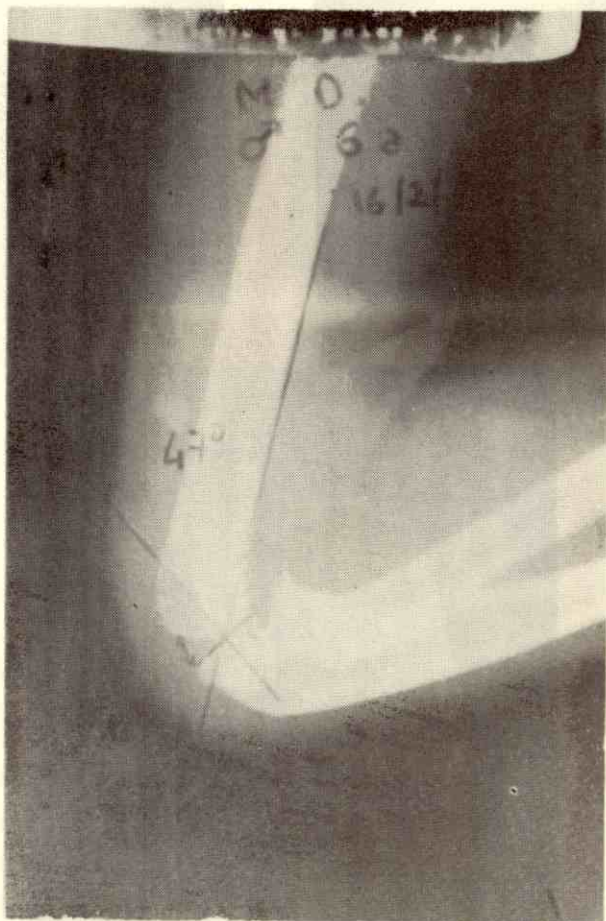


Figura 4

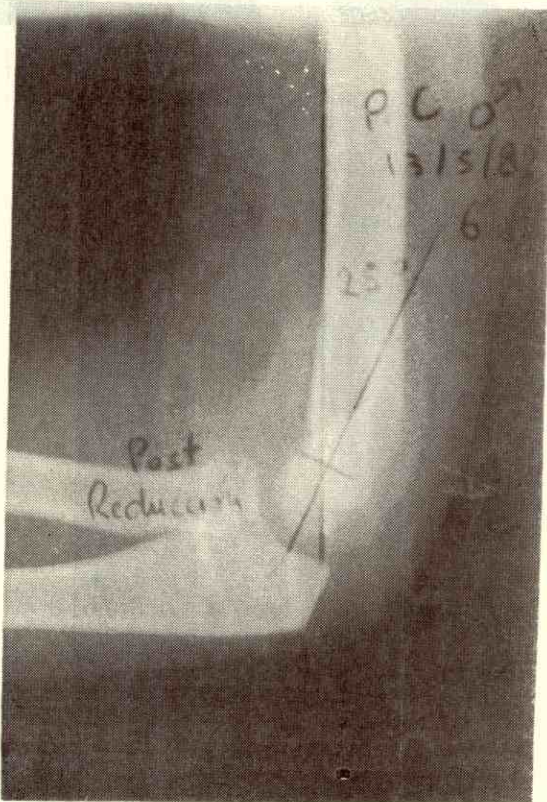
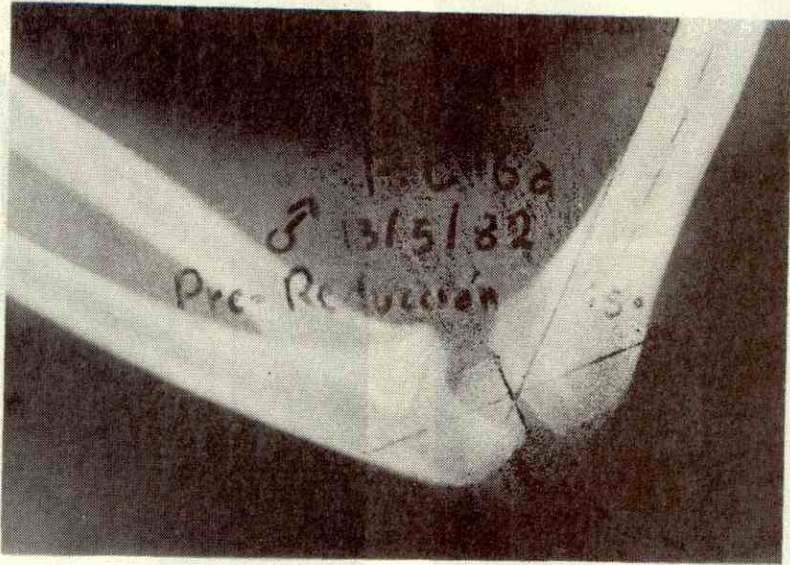
CASO No. 1



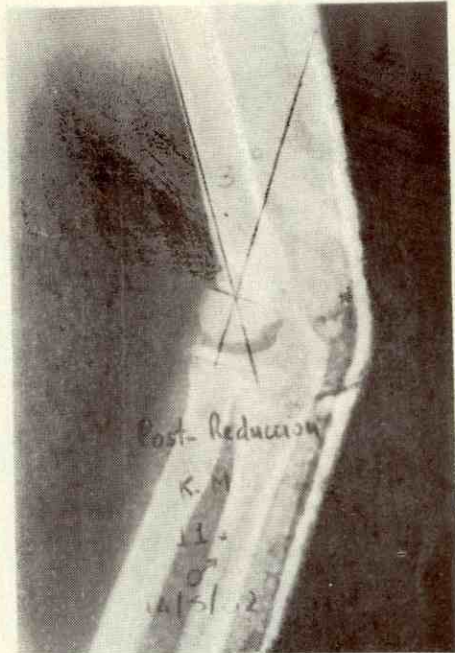
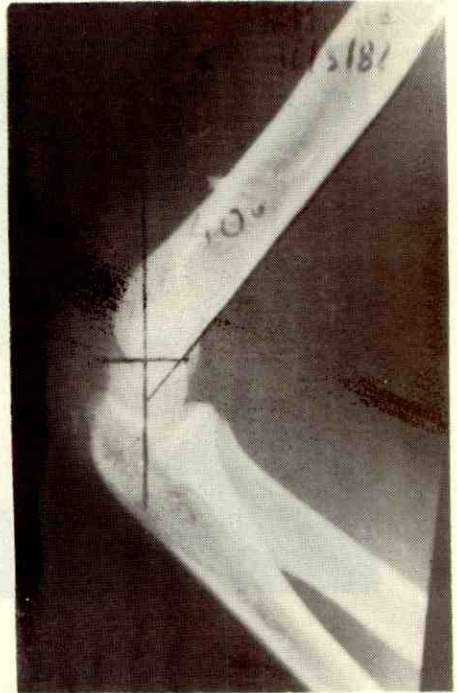
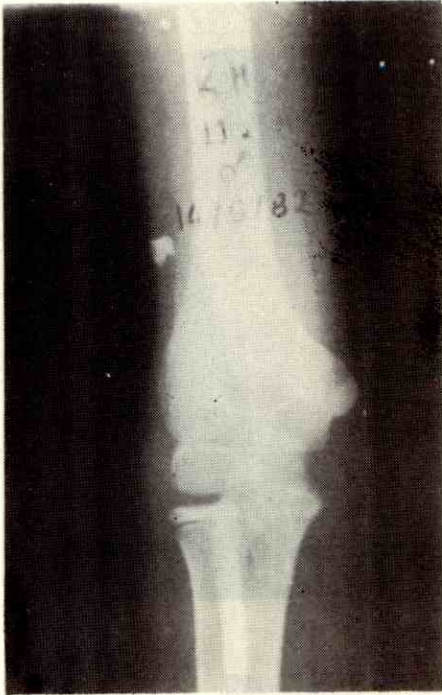
CASO No. 2



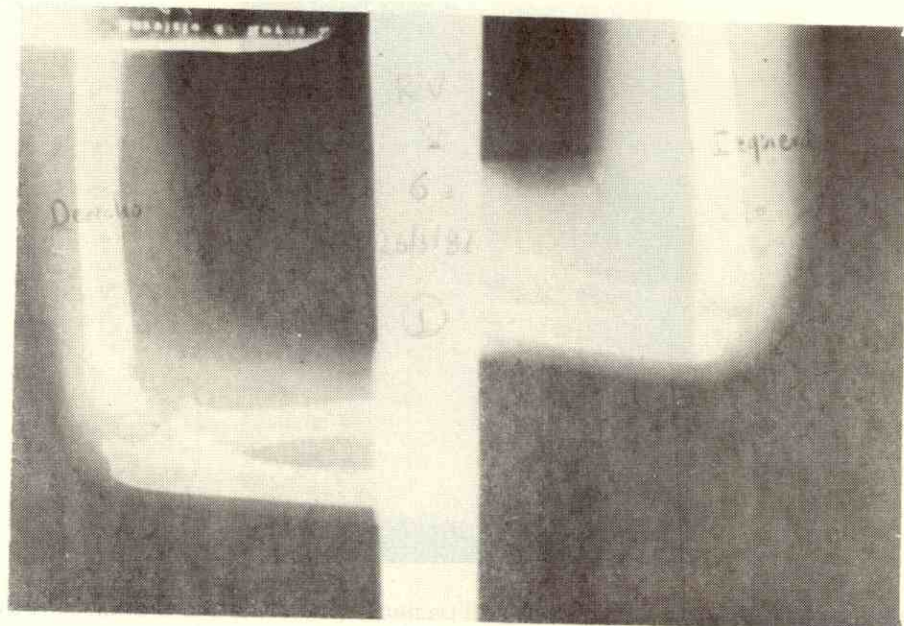
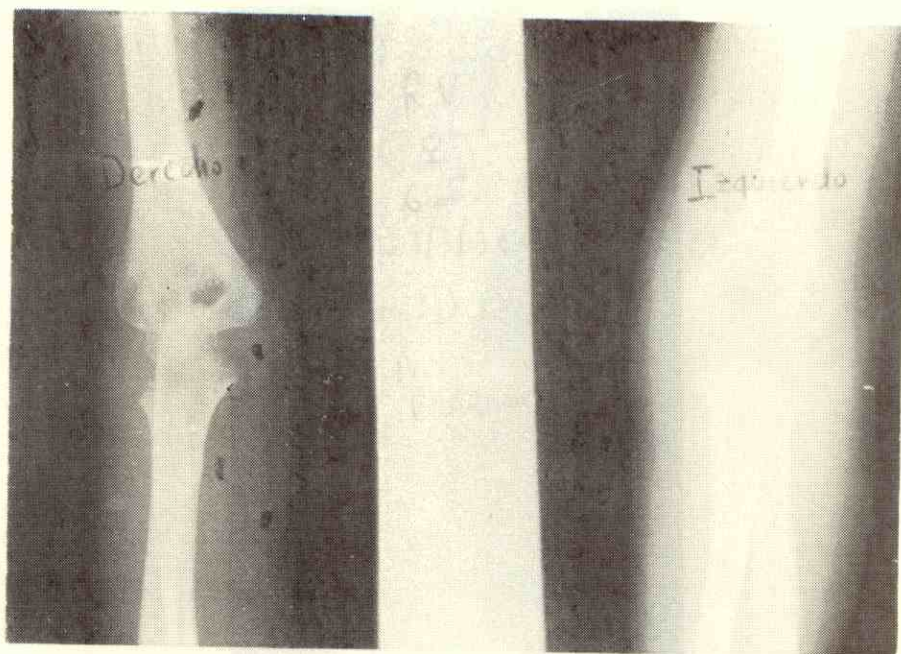
CASO No. 3



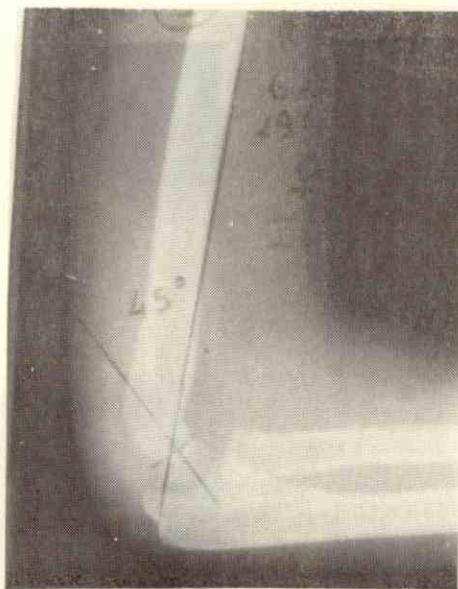
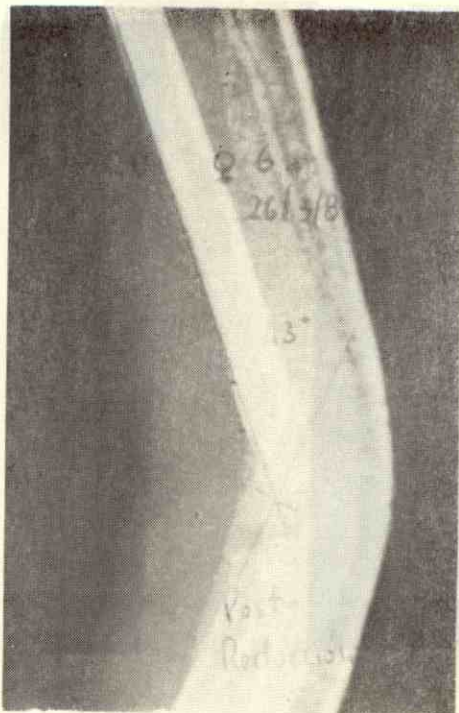
CASO No. 4



CASO No. 5

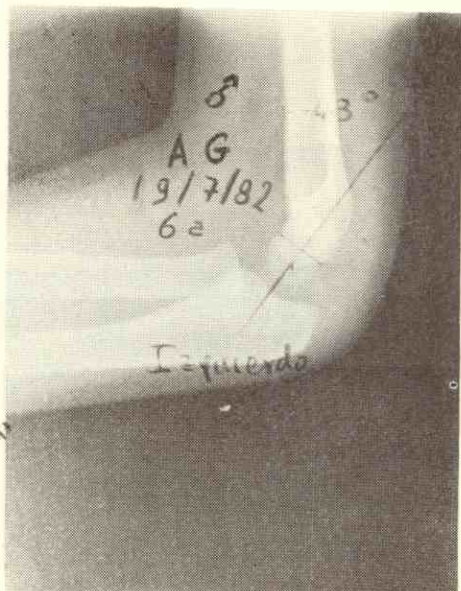
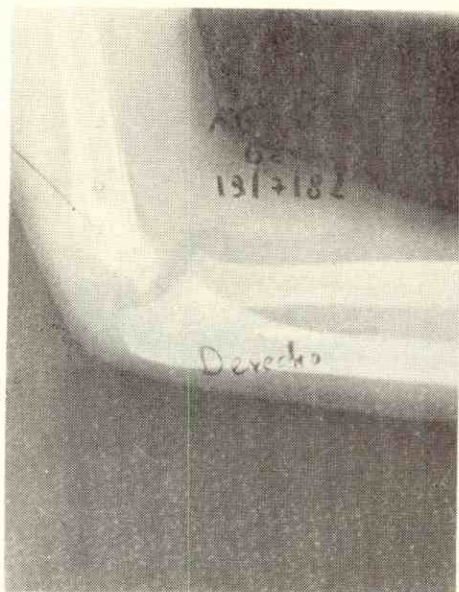


CASO No. 5



Cuatro días después de la reducción, el paciente por iniciativa propia, se retira la férula de inmovilización. A pesar de esto, el ángulo E-D no ha variado

CASO No. 6



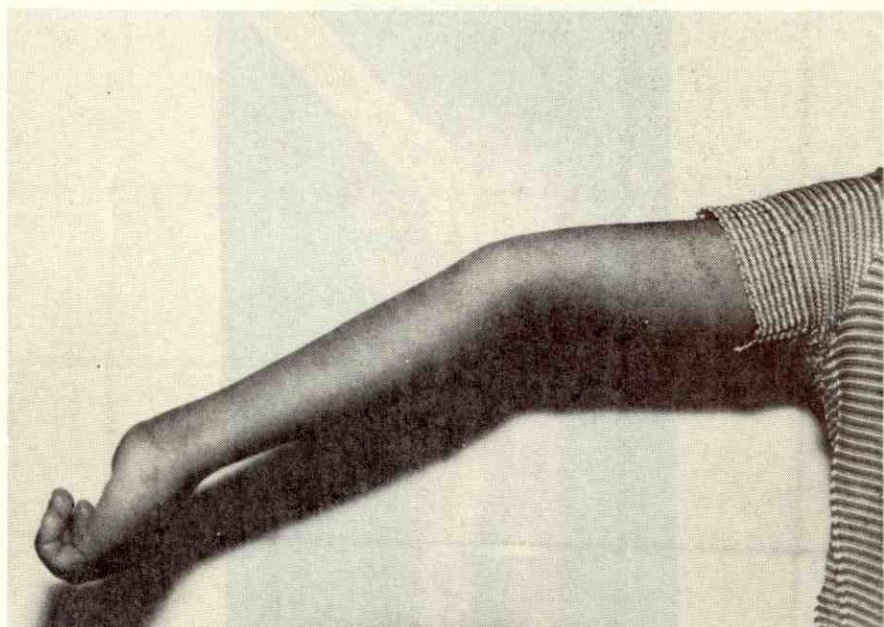


Figura 5

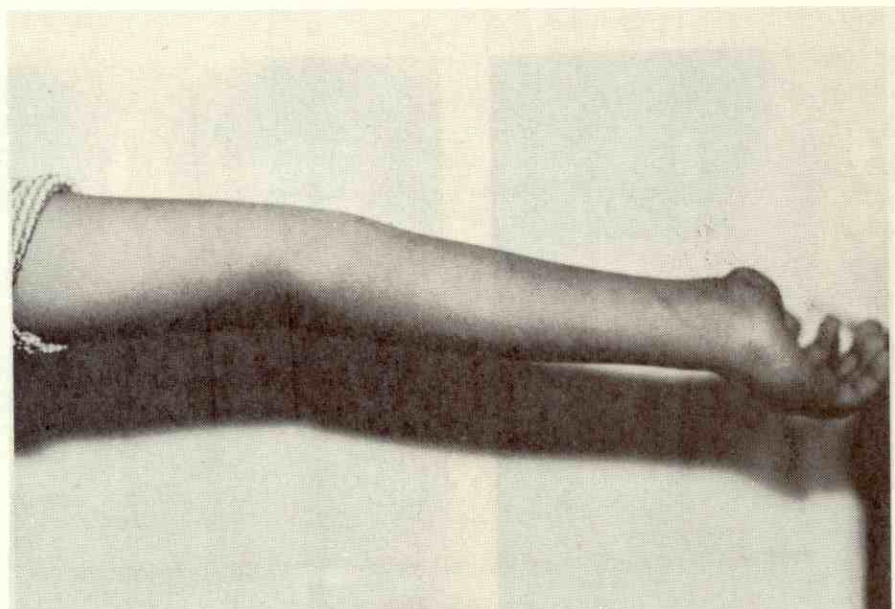


Figura 6

En vista de lo anterior creemos que el criterio sustentado por algunos autores, en el sentido de que el ángulo epifiso-diafisario normal puede llegar a tener hasta 45° puede ser cierto. Por lo tanto creemos que este ángulo debe ser estudiado más extensiva y profundamente con el objeto de determinar su verdadera magnitud y sus posibles variaciones normales a nivel de nuestra población infantil.

COMENTARIO FINAL

Posteriormente a la elaboración y presentación del trabajo original presentado en las XXI Jornadas Nacionales de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, pudimos detectar dos pacientes más en los cuales fue posible hacer el diagnóstico de epifisiolisis anterior del extremo distal del húmero.

A continuación los dos casos:

CASO No. 6

Paciente masculino, 6 años, recibió traumatismo directo sobre el codo izquierdo en flexión al caerse de sus pies. Los hallazgos clínicos fueron los habituales por nosotros descritos, resaltando una limitación para la extensión de unos 15° .

Este paciente fue visto por nosotros dos semanas después del traumatismo inicial, motivo por el cual no se le practicó ninguna maniobra de reducción.

El estudio radiológico demostró diferencia del ángulo E-D del codo lesionado (izquierdo) en relación al codo sano (derecho).

Evaluable dos meses después del traumatismo pudimos constatar cómo había una limitación evidente para la extensión del codo afectado en comparación con el contralateral, lo que muy bien puede apreciarse en las fotografías. (Figs. 5 y 6).

CASO No. 7

Paciente masculino, 8 años, recibió traumatismo directo sobre el codo en flexión al caerse de una bicicleta. Además de los hallaz-

gos clínicos ya descritos, había también en este caso una limitación evidente para la extensión de 20°.

El ángulo E-D del codo afecto fue de 57° antes de la reducción.

Después de la reducción obtuvimos un ángulo E-D del codo sano de 42 grados.

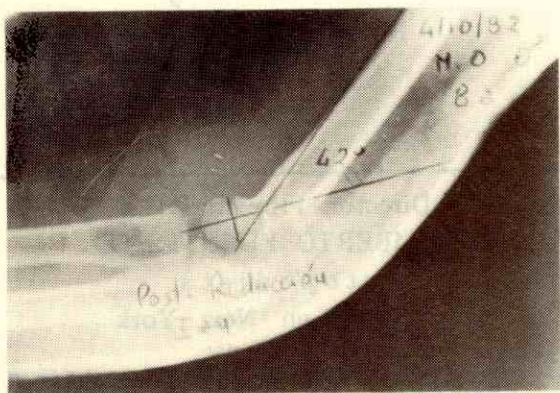
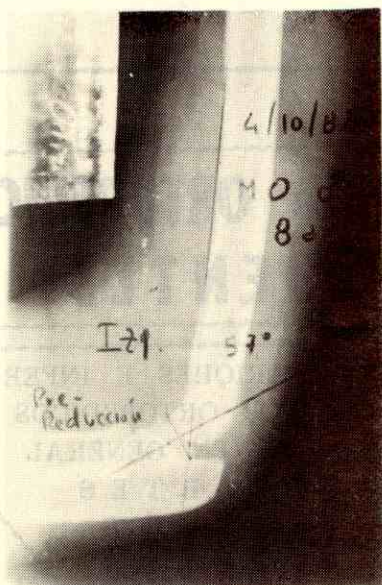
En vista de lo anterior podemos mantener con mayor seguridad lo ya expresado en la discusión de nuestro trabajo.

- 1) La epifisiolisis anterior del extremo distal del húmero es causa de limitación para la extensión del codo.
- 2) Desconocemos si esta limitación es temporal o permanente, ya que el tiempo de seguimiento de nuestros pacientes es relativamente corto.
- 3) Compartimos el criterio sustentado por algunos autores en el sentido de que el ángulo Epifiso-diafisario normal del extremo distal del húmero en los niños tiene un valor normal de 45 grados.

BIBLIOGRAFIA

- BETANCOURT, Rios, R. **Compendio de Traumatología Infantil**. Edit. Petrólandia. 1979. P 40-43.
- CONNOLLY, J. F. **De Palma's. The Management of Fractures and Dislocations**. I. 185. Third Ed. W. B. Saunders Company. 1981.
- KEON - COHEN, B. T. **Fractures of Elbow**. J. Bone Joint Surgery 48 - A. 1623-1966.
- TACHDJDJIAN, M. O. **Ortopedia Pediátrica**. Edit. Interamericana. II Ed. 1580. 1976.
- VALLS, PERRUJELLO A. Kohn, T. C. **Ortopedia y Traumatología**. Edit. El Ateneo. 3 Ed. 121 - 122. 1980.
- WATSON - JONES, Sir Reginald. **Fracturas y Heridas Articulares**. Salvat Editores S.A. II. 3 Ed. 614 - 616. 1980.

CASO No. 7



UNIDAD ORTOPEDICA FUENTES

PROTESIS SUPERIORES E INFERIORES
APARATOS ORTOPEDICOS
FERULAS EN GENERAL
S O P O R T E S
C A L Z A D O S
B A S T O N E S
M U L E T A S
F A J A S
E T C.

Director - Propietario:
HUMBERTO FUENTES O.
Ortopedista
Certificado en New York
UNIVERSITY
BELLEVUE MEDICAL CENTER
U. S. A.

*
* CALLE 64 No. 3 F - 35 *
* (Frente al Hogar Clínica San Rafael) *
* TELEFONO (061) 91 17 93 *
* Maracaibo - Estado Zulia - Venezuela *

EL PODER DE DISTRACCION EL INSTRUMENTAL DE HARRINGTON

AUTORES:

Dr. Douglas Uzcátegui *

Dr. Ronald Paredes **

Dr. Arnaldo Sánchez ***

Dr. Angel Domínguez ****

INTRODUCCION

Actualmente, en el manejo de la fractura lujación severa de la columna tóraco - lumbar, se plantea una controversia fundamental acerca del medio más adecuado de reducir y estabilizar la lesión.

En un extremo están aquellos que practican la solución quirúrgica inmediata, en los casos con lesión neurológica completa.

Aunque la conducta conservadora y la quirúrgica están ambas respaldadas por múltiples estudios, nos parece lógico alinearnos en el planteamiento de los autores (K. Leatherman, H. Dickson, P. Harrington, J. Moe, H. Kaufer y otros); que se avocan a la fijación interna y estabilización de todos los casos de lesionados inestables de la columna dorso - lumbar, pues en contraste a la fusión anterior espontánea universal, los autores americanos han encontrado que este hecho no es confiable. Siendo probable que la reducción de la deformidad sea la responsable de la baja frecuencia de fusión espontánea: Por lo tanto, es recomendable realizar, al tiempo de la reducción abierta y su fijación interna, una fusión posterior o postero - lateral con injerto óseo autógeno.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital "Miguel Pérez Carreño", Caracas.

Desde que en 1958 P. Harrington aplicó por primera vez su método de instrumentación y fusión, originalmente diseñado para escoliosis a un paciente con fractura lujación de la columna, diversas experiencias han demostrado que es una técnica segura que mejora el manejo general del paciente, acorta la rehabilitación y es efectivo, para mantener la reducción y promover la consolidación ósea.

La instrumentación de Harrington para columna traumática, establece el uso de dos tallos de distracción uno a cada lado. En caso de cifosis severa post-traumática se puede utilizar doble varilla de compresión. Leatherman aconseja el uso de un tallo distractor en un lado y una varilla de compresión en el otro.

OBJETIVO

Dentro de este enfoque del manejo de las lesiones inestables de la columna tóraco-lumbar, (con o sin lesión neurológica) hay un factor que adquiere especial importancia en nuestro medio; y este factor es el tiempo de evolución de la lesión.

Como es sabido, en Venezuela, son pocos los centros que se han dedicado con seriedad al manejo de la columna traumática y no son raros los casos que llegan referidos al lugar adecuado después de dos y más semanas de evolución.

Ahora bien, es conocido el hecho de que si el tratamiento ha sido retardado por tres o más semanas la reducción anatómica de la fractura y/o lujación, usando sólo la vía posterior, es muy difícil y algunas veces imposible.

Así, es el objetivo de este trabajo describir una modificación en la técnica quirúrgica con el instrumental de Harrington que permitió la reducción anatómica de una fractura lujación de columna torácica baja, con desplazamiento severo, lesión neurológica completa y 22 días de evolución.

La lesión fue provocada por un accidente de tránsito (posible caída de un automóvil en marcha) en un paciente masculino de 21 años de edad. (Fig. 1).



Figura 1

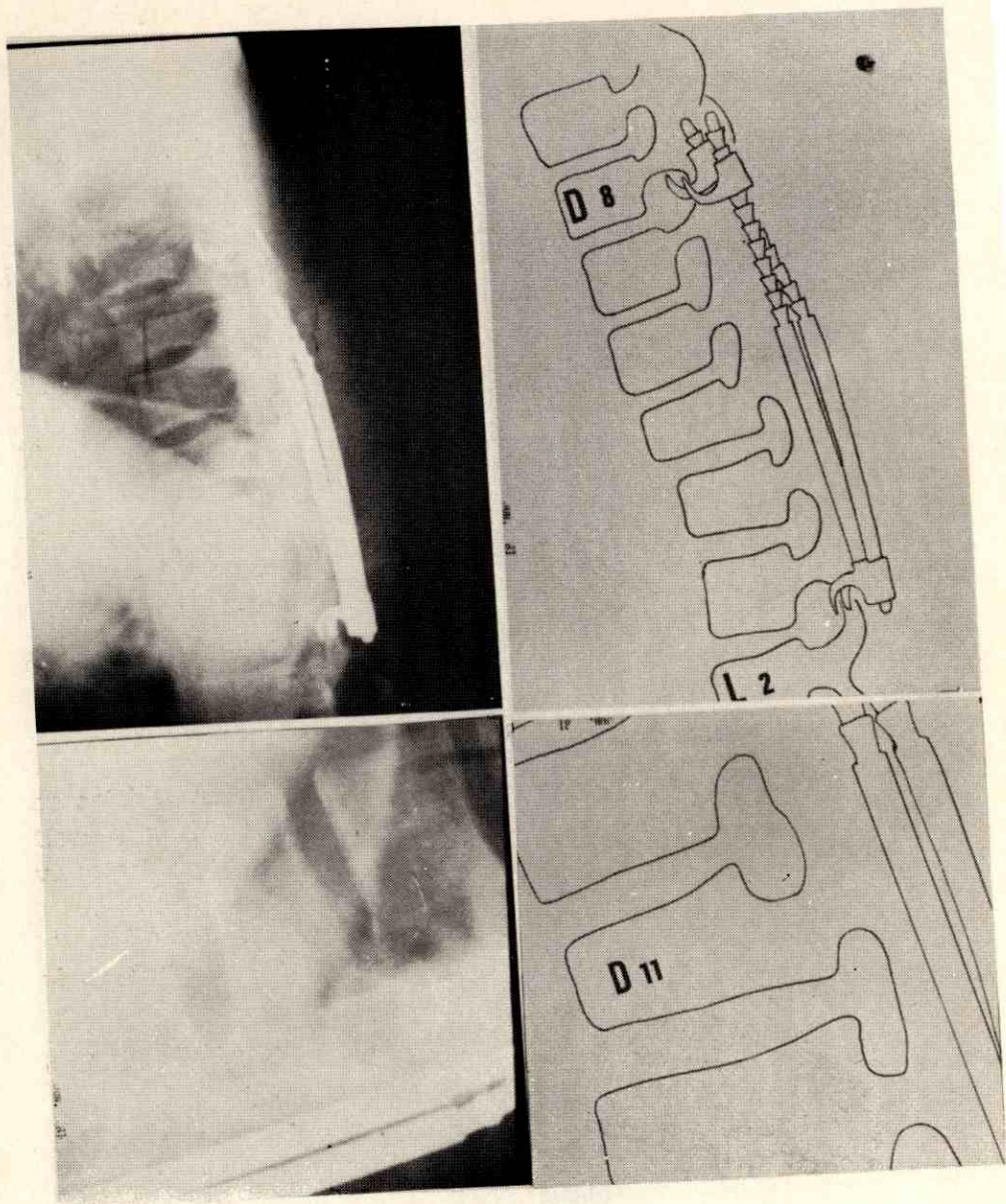


Figura 2

TECNICA QUIRURGICA

1.— La primera parte de la intervención consiste en las fases I y II de la técnica descrita por P. Harrington.

2.— Es necesario hacer hincapié en la importancia de una buena liberación de la zona y en caso de haber bloqueo de las apófisis articulares, puede practicarse su extirpación parcial, lo que facilita la reducción. Debe evitarse la resección total de las facetas articulares pues esto determina inestabilidad rotatoria.

3.— Se procede a doblar o angular un tallo. La angulación dependerá de la magnitud del desplazamiento de la columna.

En este momento se precisa el sitio de colocación del gancho superior. (En estos casos es posible que no pueda cumplirse con el precepto de colocación del gancho "dos interespacios por arriba" del sitio de la lesión).

4.— Se coloca el gancho superior en el nivel establecido teniendo especial cuidado de que ancle con exactitud en todo el pedículo.

5.— Aplicación del gancho inferior, a dos interespacios del sitio de la lesión, sobre la lámina correspondiente.

6.— Se procede a colocar el tallo previamente angulado y se hace distracción enérgica iniciándose la reducción. (La sobredistracción en el sitio de fractura es prevenida por el ligamento longitudinal anterior indemne. Al respecto, Bedbrook, en especímenes de autopsia nunca encontró este ligamento roto cuando la flexión había sido uno de los componentes en el mecanismo de la lesión. Además el reporte de Davis citado por Dickson, señala que este ligamento tiene un promedio de carga de 153 kg. en su punto de ruptura).

7.— Preparación del lecho de injerto en el lado libre, colocación de ganchos y tallo, y distracción. En este momento se completa la reducción iniciada en el paso No. 6.

8.— Completada la reducción se colocan arandelas de seguridad al tallo bajo de los ganchos.

9.— Preparación de zona de injerto subyacente al tallo doblado. (La angulación lo facilita).

10.— Toma del injerto de cresta ilíaca y colocación del mismo en el lecho preparado.

La zona de artrodesis posterior engloba los segmentos vertebrales fijados por el instrumental por tratarse de un caso con lesión neurológica completa.

11.— Cierre en 4 planos.

12.— Confección de lecho dorsolumbar de yeso.

RESULTADO

En la radiografía post-operatoria puede observarse el resultado obtenido (Fig. 2). Es notoria la reducción anatómica y el alineamiento de la columna.

En esta columna estable la artrodesis mecánica permitirá que se establezca una artrodesis biológica adecuada, por el que se mantiene al paciente con corset plástico o metálico para impedir la excesiva rotación y/o flexión; movimientos que pueden dislocar los ganchos.

De esta forma tenemos un paciente que, aunque parapléjico, está en óptimas condiciones para comenzar la rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— G. Bedbrook: Spinal injuries with Tetraplegia and Paraplegia. J.B.J.S. 61-B: 267-284. 1979.
- 2.— H. Dickson, P. Harrington, W. Erwin: Results of reduction and stabilization of the severely fractured tho racie and lumbar spine. J.BJ..S. 60-A; 799-805. 1978.

- 3.— P. Harrington: Técnica de la Instrumentación y fusión de la columna vertebral.
Curso de Medicina. — Universidad de California.
- 4.— Rockwood and Green: Fractures - Vol. 2: 888-903. Lippincft 1975.
- 5.— T. Yocum, K. Leatherman: The early rod fixation in tratmente of fracture dislocations of the spine. J.B.J.S. 52-A: 1275. 1970.
- 6.— Mos, Winter, Bradford: Scoliosis and other spinal deformities Spinal Injuries: 612-624. Saunders 1978.
- 7.— P. Harrington: Instrumentation in structural scoliosis Modern Treuds in Orthopedics 5:95-123. Graham 1962.
- 8.— Catálogo Zimmer.

ARTRODESIS PERI Y TRANSARTICULAR ESCAPULO - HUMERAL POR TRANSLOCACION DE LA EPIFISIS DEL HUMERO

Dr. Ramón E. Cardozo G. *

INTRODUCCION

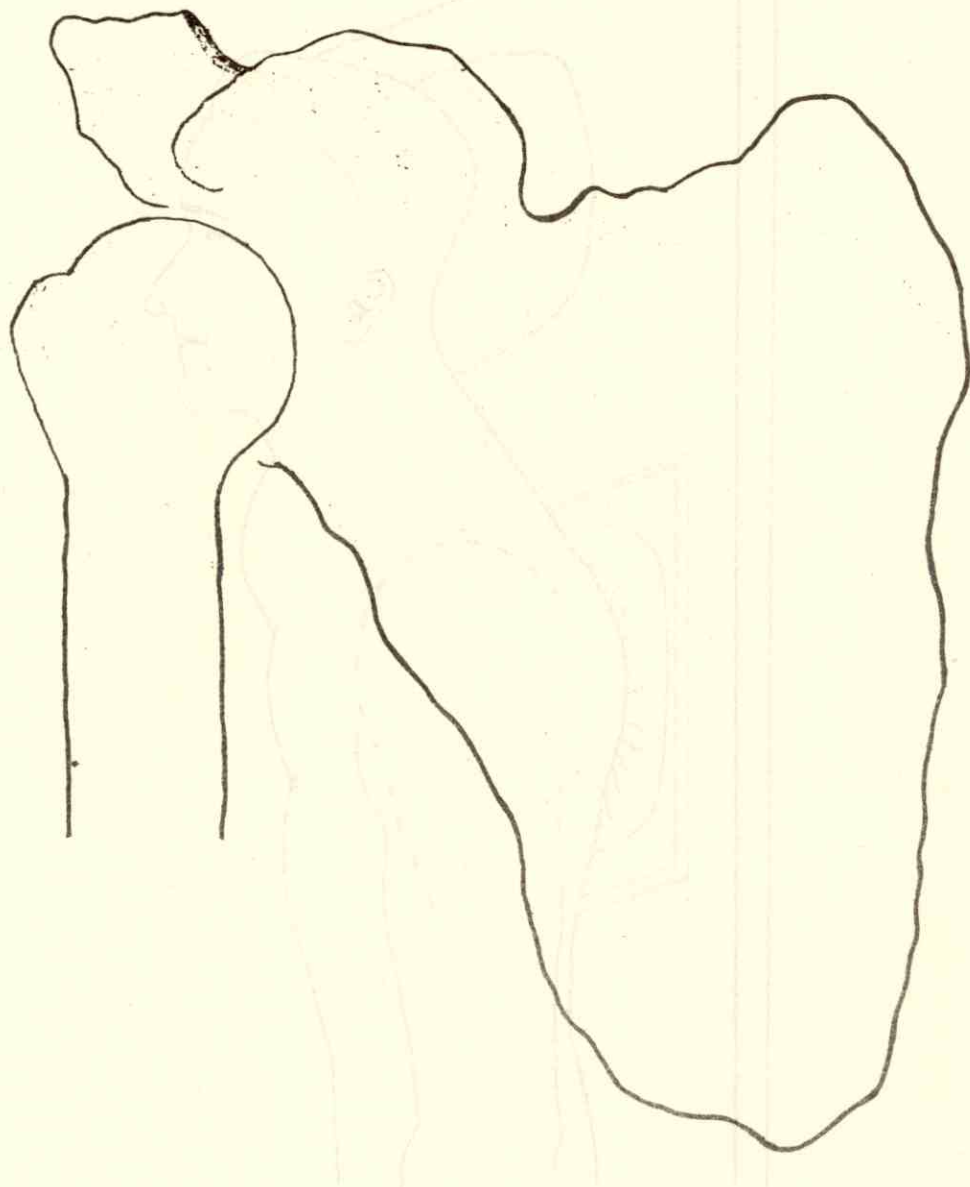
Establecer una unión ósea firme entre la cabeza del húmero y la escápula mediante artrodesis, no es empresa fácil. Prueba de ello es la profusión del método que se han descrito para la práctica de esta operación.

En el hombre puede emplearse artrodesis intra-articular y extra-articular sola o combinada. No obstante, es difícil que la artrodesis por la sola técnica intra-articular sea firme y es preferible realizar la técnica intra-articular y extra-articular combinadas.

HISTORIA

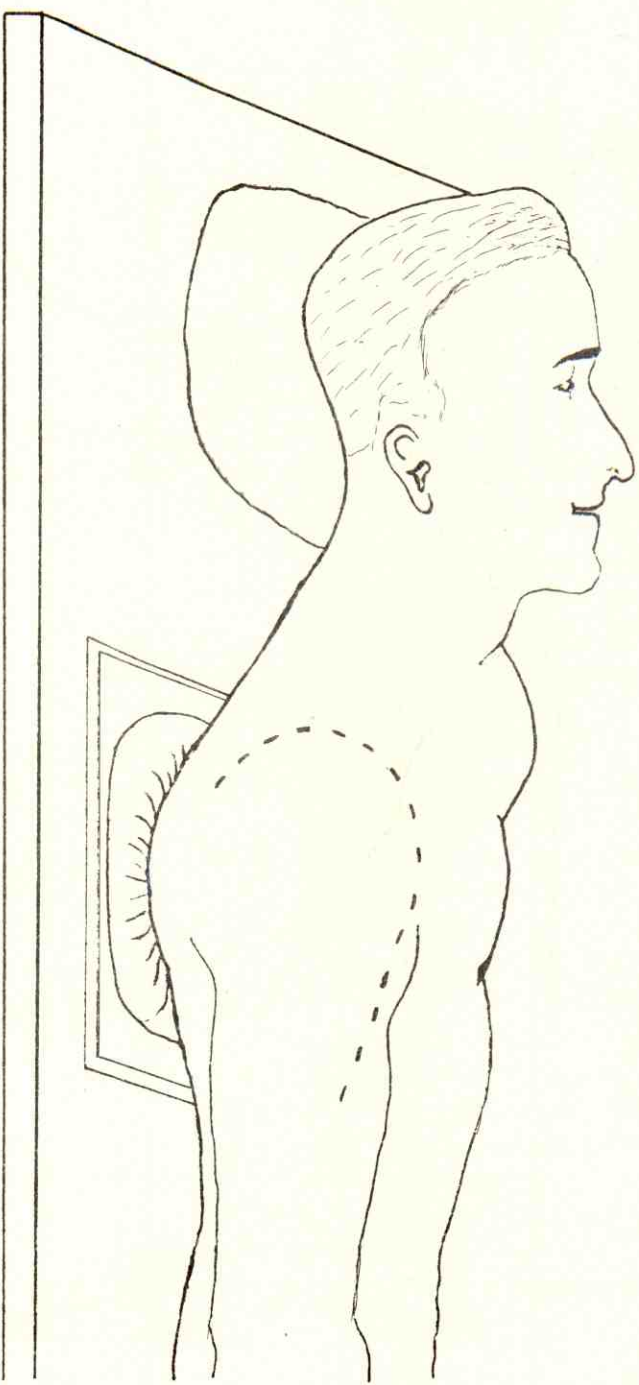
Son muchos los autores que han hecho posible la realización de la artrodesis del hombro, unos aconsejando el uso de ciertos materiales de síntesis para la fijación tales como BURNS (grapas en la Técnica de Gil) y CARROLL (asa de alambre glenohumeral), otros lo hicieron desarrollando Técnicas operatorias tales como ROUNTRE y HUCHERSON (atrodesis intra-articular en niños), MILGRAM (artrodesis en dos tiempos con resección del extremo externo de la clavícula), GILL (atrodesis intra y extra-articular) y finalmente mencionademos a WATSON JONES, PUTTI y BRITAIN quienes desarrollaron técnicas extra-articulares.

* Servicio No. 1 de Traumatología y Ortopedia del Hospital General "Miguel Pérez Carreño". Caracas.



ARTICULACION ESCAPULO-HUMERAL

PROIECCION DEL PACIENTE



POSICION DEL PACIENTE

GENERALIDADES

En el pasado las dos indicaciones principales de la artrodesis del hombro eran infección tuberculosa articular del hombro y parálisis pospoliomielítica con localización específica en la cintura escapular, parálisis del grupo escapulohumeral y **actividad** persistente del grupo escapulotorácico.

Con la desaparición casi total de éstas dos enfermedades en la práctica clínica es **comprensible** que raras veces se hagan artrodesis en nuestro medio.

Una de las indicaciones que aparecen en raras ocasiones sería el hombro incapacitado por el dolor y por pérdida de su estructura por alguna infección no tuberculosa y el raro caso de lesión del plexo braquial con pérdida de la función escapulohumeral y conservación de la función escapulotorácica. Estas dos indicaciones, poco frecuentes, parecen ser las únicas absolutas que quedan.

Una indicación no establecida con claridad es el hombro por traumatismo o por extensas alteraciones degenerativas de parte blandas, cartílago y hueso. Sin embargo este tipo de lesiones no son tan invalidantes y por ende, no requieren con tanta frecuencia los esfuerzos de la rehabilitación quirúrgica, sea artrodesis o artroplastia. Es concebible que en alguna ocasión la artrodesis del hombro sea la solución de este problema.

Los trabajos más recientes sobre artroplastia de reemplazo en el hombro hasta podrían descartar esta indicación, aunque todavía sería prematuro valorar los resultados de este proceder quirúrgico.

TECNICA - QUIRURGICA

- I.— En el pre-operatorio.
- II.— Durante la operación.
 - a.— Posición del paciente e incisión.
 - b.— Preparación de las áreas o lechos de la artrodesis.
 - c.— Posición del miembro y fijación de la artrodesis.

- III.— En el post-operatorio:
- a.— Inmovilización con yeso.
 - b.— Rehabilitación.

I.— PRE - OPERATORIO

Una vez que con suma precisión ha sido escogido el caso y con mayor preferencia ya estando el paciente hospitalizado, se procede a conformar un aparato de yeso tóraco - braquial con el brazo en 20 grados de antepulsión, 50 grados de abducción y 25 grados de rotación interna.

Este yeso se abre lateralmente en dos valvas y es rigurosamente guardado para usarlo al finalizar la intervención.

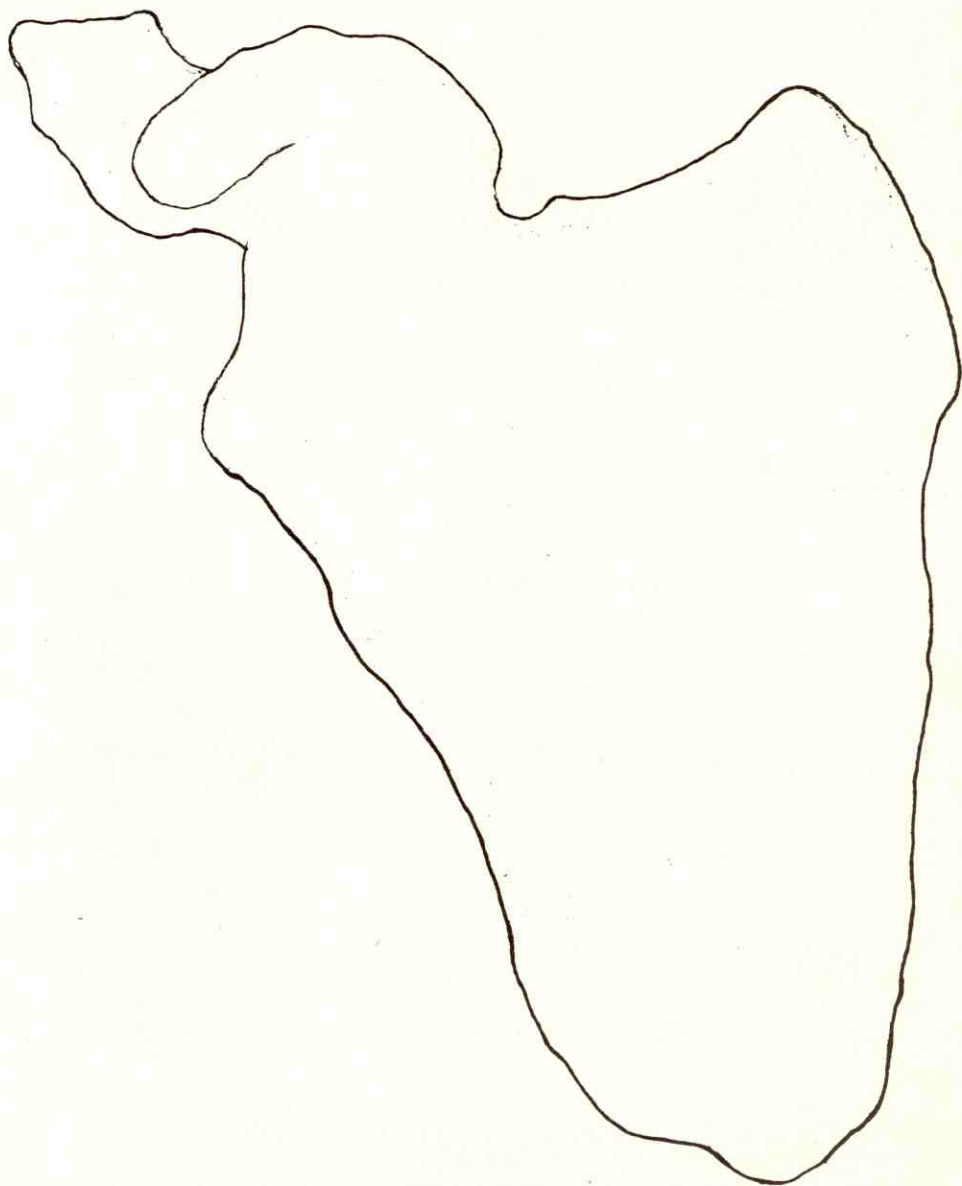
II.— DURANTE LA OPERACION. (procedimiento quirúrgico).

a.— Posición del paciente e incisión

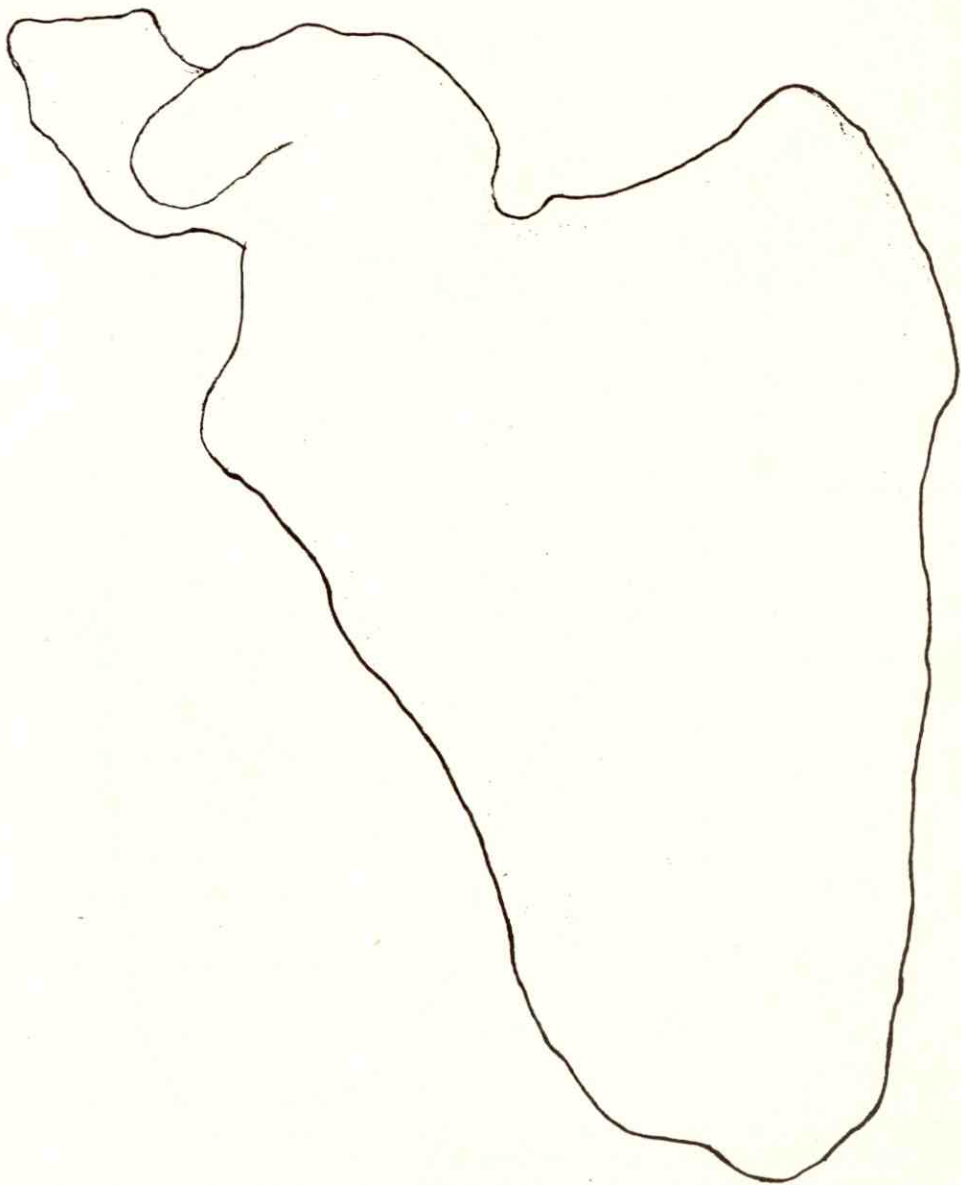
El paciente es colocado en cúbito dorsal con el hombro sobre el borde de la cama y con una cuña para sostener el hombro debajo de la porción superior del tronco, el hombro queda elevado con respecto a la mesa y se obtiene acceso así a toda la circunferencia de la articulación. Como la radiografía es lo único que permite conocer con certeza la verdadera posición de la articulación, o sea la relación escapulohumeral, sea durante la operación o al colocar la spika de yeso, debe colocarse un chasis debajo de la cuña con objeto de tomar la radiografía al finalizar la intervención.

Se usa una incisión en sable anterolateral que atraviesa el área acromial y se dirige paralela al surco deltopectoral pero por fuera del mismo, hasta llegar próximo a la inserción distal del deltoides. Se incide este último músculo en Y o en T, estando formadas las ramas de éstas por la disección muscular de la inserción acromial deltoidea teniendo el cuidado de no desperiostizar las fibras que se insertan en el reborde superior los cuales quedan formando un pequeño colgado músculo aponeurótico de 0,5 a 1 cm. de longitud.

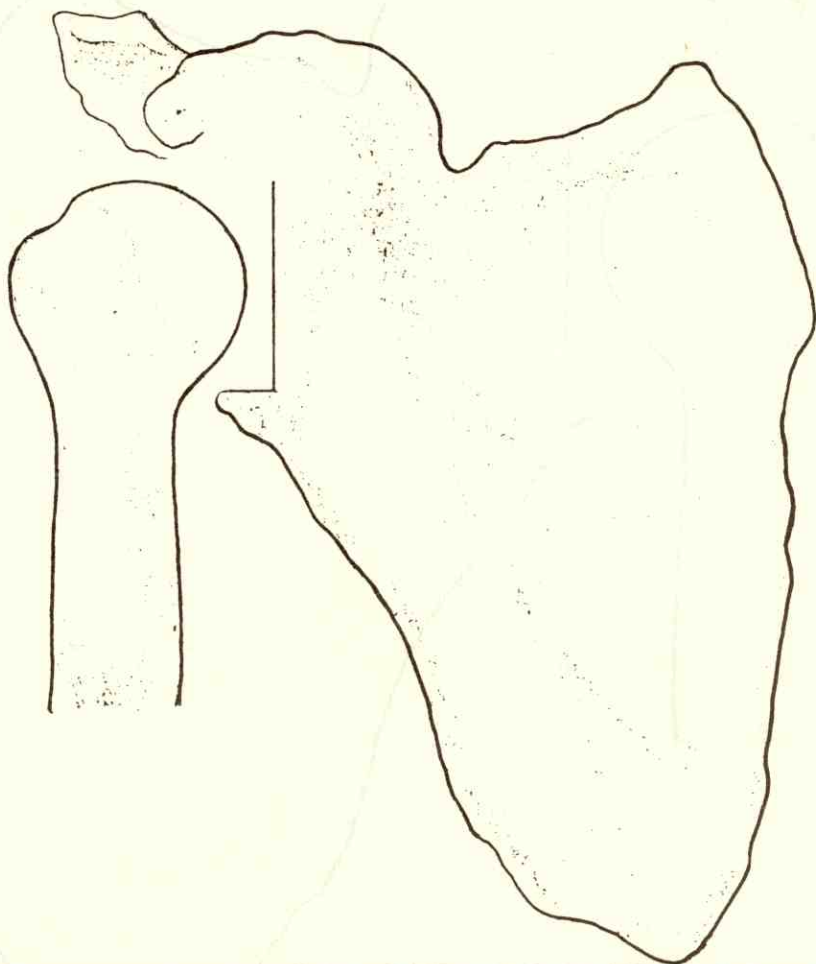
Se desinsertan los músculos rotadores externos mediante separación osteotendinosa con el objeto de que cuando vayan a ser reinsertadas se garantice su fijación. De inmediato se libera ampliamente el extremo proximal (epífisis) del húmero y se realiza una amplia atrotomía escápulo - humeral.



ESCAPULA (SUPERFICIE GLENOIDEA)

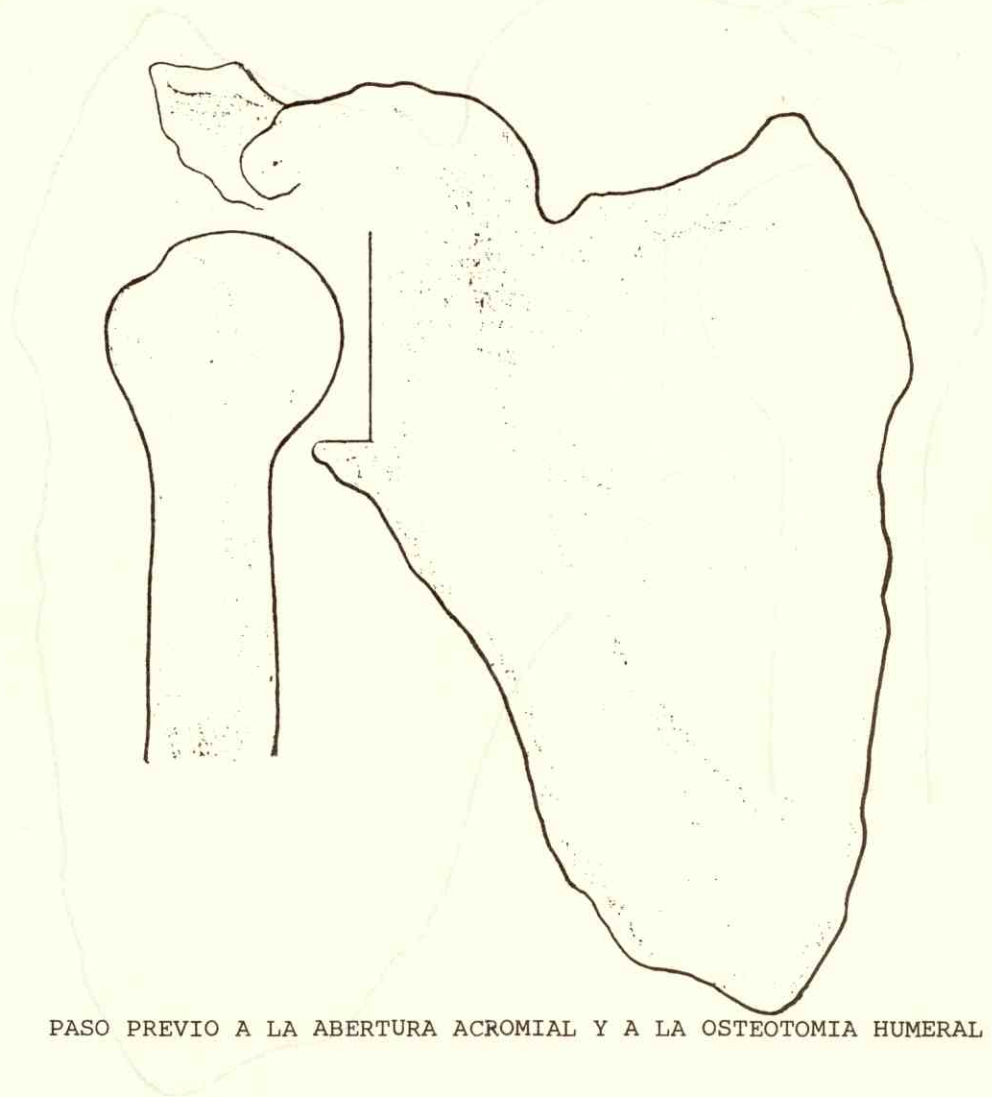


ESCAPULA (SUPERFICIE GLENOIDEA)



PASO PREVIO A LA ABERTURA ACROMIAL Y A LA OSTEOTOMIA HUMERAL

ABERTURA EN FORMA DE U INFERIOR DEL ACROMION



PASO PREVIO A LA ABERTURA ACROMIAL Y A LA OSTEOTOMIA HUMERAL

FORMATE EN BLOQUE PARA SER IMPRESO EN UNO DE LOS LADOS

No es indiferente el cuidado que se le da al nervio circunflejo pues sólo cumplirá función en una reducida área de la cara posterior del hombro.

b.— Preparación de las áreas o lechos de la artrodesis

Si bien es cierto que el refrescamiento simple de las superficies articulares no basta para fusionarlas y que si se las talla a fondo se alejan una de otra en forma tal que es completamente imposible ponerlas en buen contacto; procedemos de la siguiente manera:

Una vez puesta al descubierto, la cavidad glenoidea se cruenta a golpe de escoplo, no solamente refrescando su superficie sino profundizamos más y extirpamos el tejido subcondral en un espesor de 2 a 3 mm. formando en su extremo inferior un ángulo (regularizado) de casi 90° con el borde axilar del omóplato. Puesta al descubierto la cabeza del húmero se procede a extirpar su cartílago bien a fondo a realzar una muesca en su reborde inferior y a regularizarlos para que se adapten al área cruentada en la glenoides.

De inmediato se abre en forma de boca de pescado el extremo externo del acromión a una profundidad variable pero acorde con el componente humeral que penetrará en su profundidad durante la abducción que llevará el brazo.

Se realiza una osteomía de 1/3 externo de la epifisis de base superior y vértice inferior que partiendo de la cabeza humeral por fuera de corredera bicipital se dirige oblicuamente abajo y fuera hasta la diáfisis en una longitud de 7 a 8 cm. se invierte (translocación) el fragmento epifisario osteotomizado adosándolo al área de donde se obtuvo y colocándolo a una altura determinada según la posición en que vaya a quedar la artrodesis. Una vez en esta posición se reosteotomiza dicho fragmento a una altura acorde con la muesca acromial y se angula para que al abducir el miembro, para fijarlo, penetre profundamente en el acromión.

c.— Posición del mismo y fijación de la artrodesis

Una vez en situación ideales se adosan íntimamente las antiguas superficies articulares y se procede a fijar la epifisis con un

tornillo de rosca ancha que se hunde en la parte media de la cabeza en dirección al centro mismo de la glenoides penetrando en el espesor del cuello escapular, luego se abduce el brazo con lo cual se aoplan perfectamente las superficies acromio-humerales las cuales son fijadas con catgut crómico, con otro material de síntesis o simplemente no son fijadas siendo mantenidas más adelante en dicha posición por la inmovilización post-operatoria.

Se toma entonces un estudio radiográfico comprobándose la buena posición escapulohumeral. La operación termina en todo caso reimplantando los rotadores externos y con la sutura del deltoides hasta cerrar apretadamente sus fibras en torno al acromión así como a lo largo del húmero. Sutura de la aponeurosis y finalmente sutura de piel.

III.— POST - OPERATORIO

a.— Inmovilización con yeso

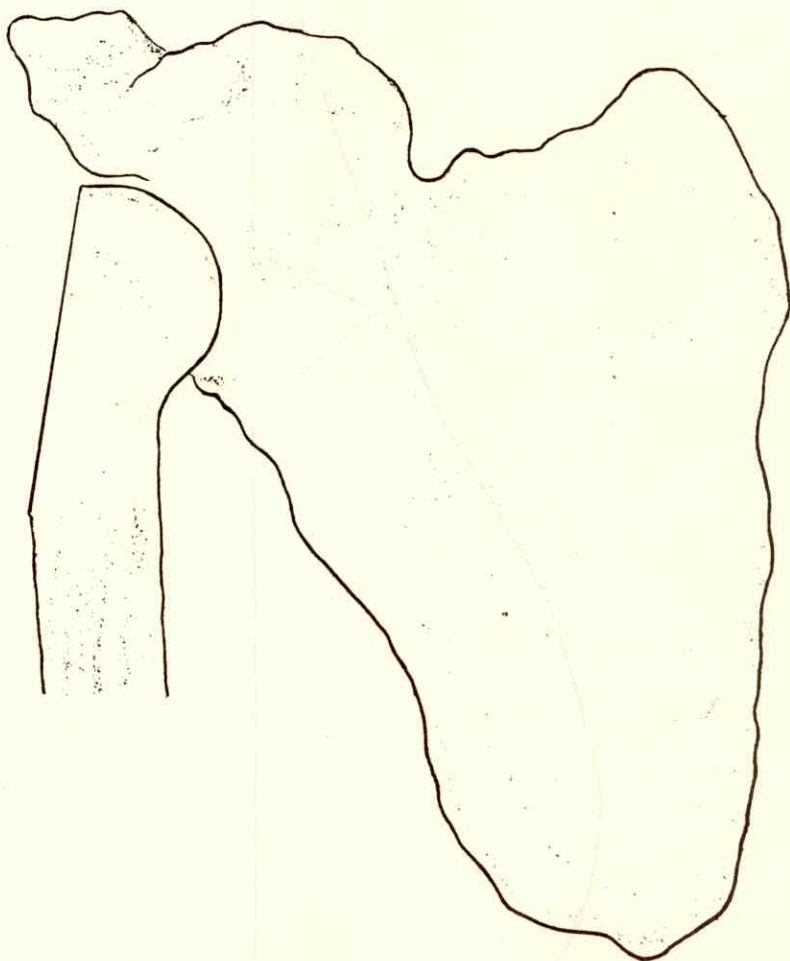
Se coloca el yeso tóraco - braquial que fue elaborado en el preoperatorio o en su defecto se procede a confeccionar el mismo en la posición óptima. La inmovilización se retira a las doce (12) o dieciseis (16) semanas.

b.— Rehabilitación

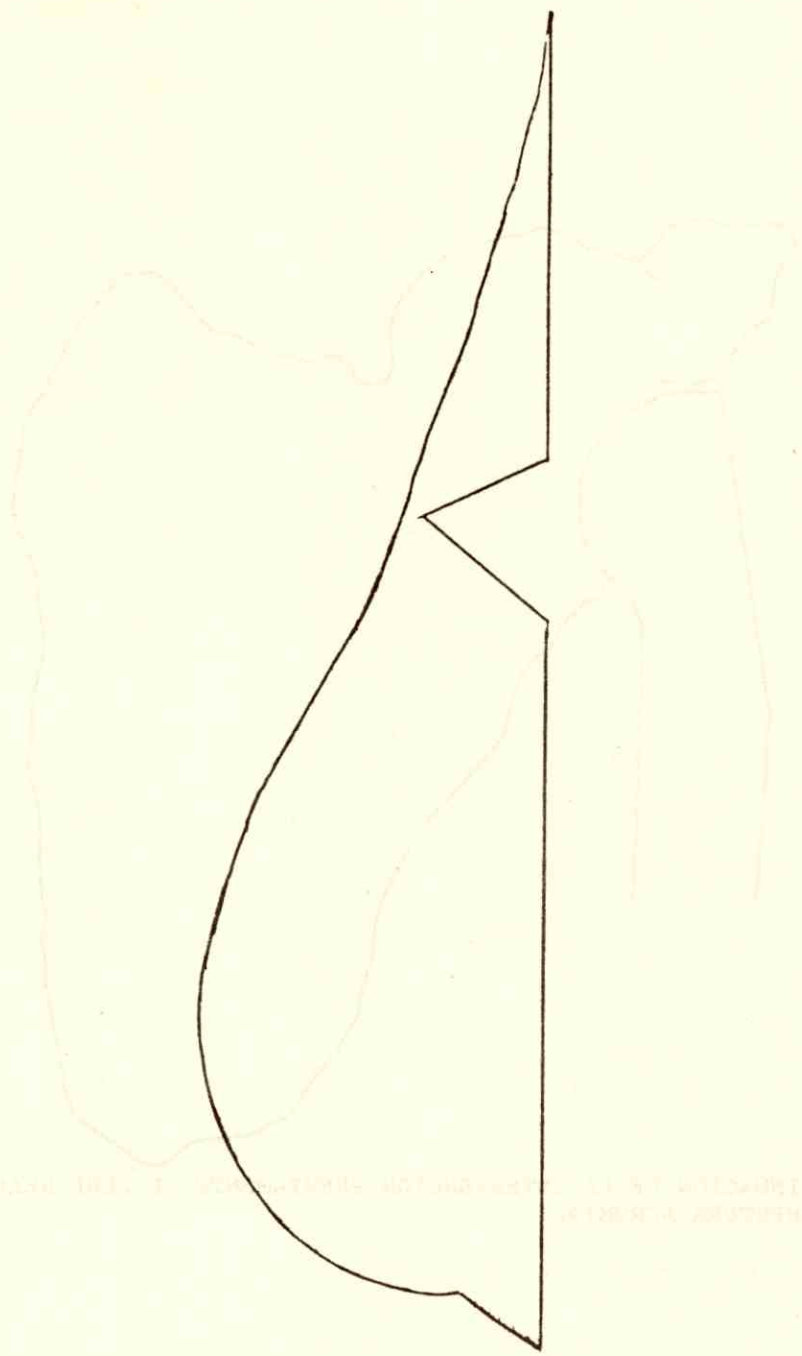
Retirado el yeso se inicia la movilización del codo y de la muñeca y se observará cuidadosamente el miembro hasta tanto ya considerada clínica y radiográficamente sólida la atrodesis se procede a iniciar un programa de ejercicios para la movilización escapular del hombro.

VENTAJAS DEL METODO

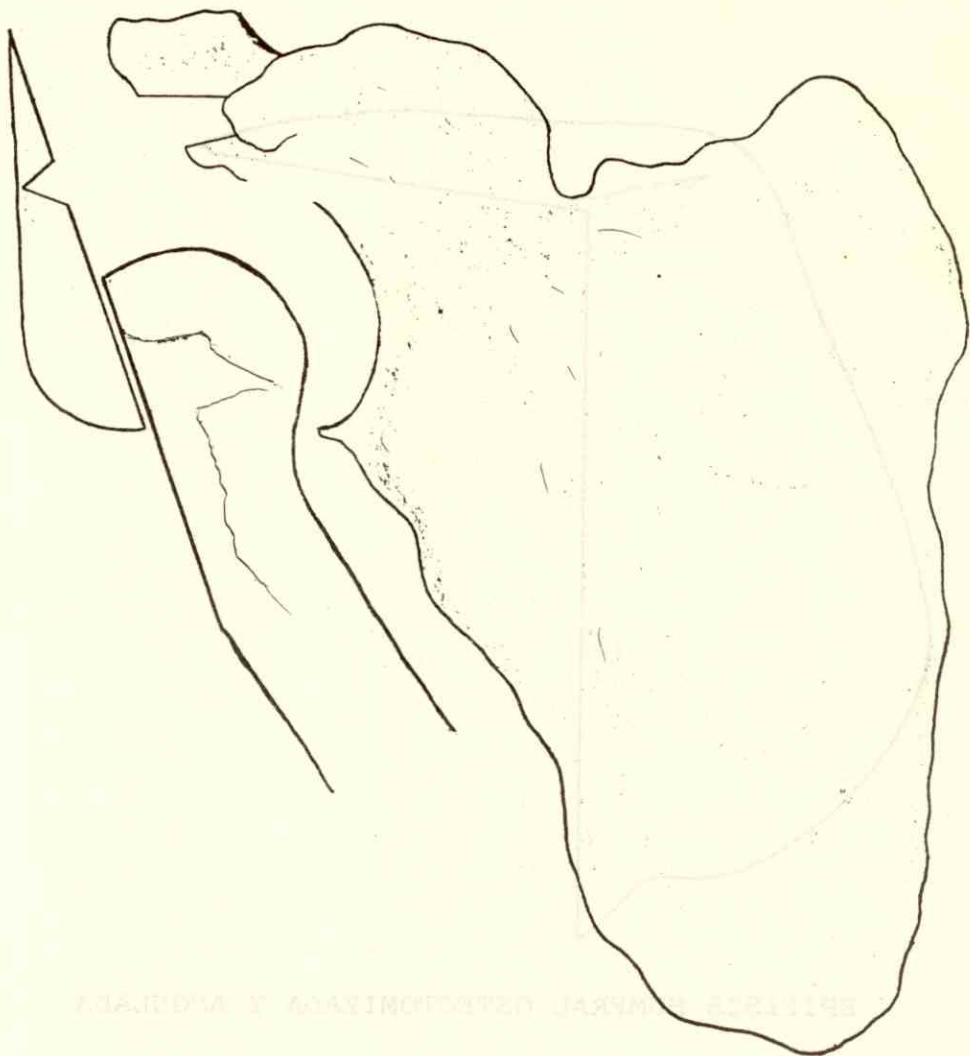
Nos parece que para el momento actual es demasiado prematuro el mencionar las ventajas que esta técnica pueda suministrar, creemos más honorable el esperar a una evaluación de un número suficiente de casos que nos permitirá sacar esas conclusiones con mayor severidad.



CONTINUACION DE LA INTERVENCION, PREVIAMENTE SE DEBE REALIZAR LA ABERTURA ACROMIAL



EPIFISIS HUMERAL OSTEOTOMIZADAS

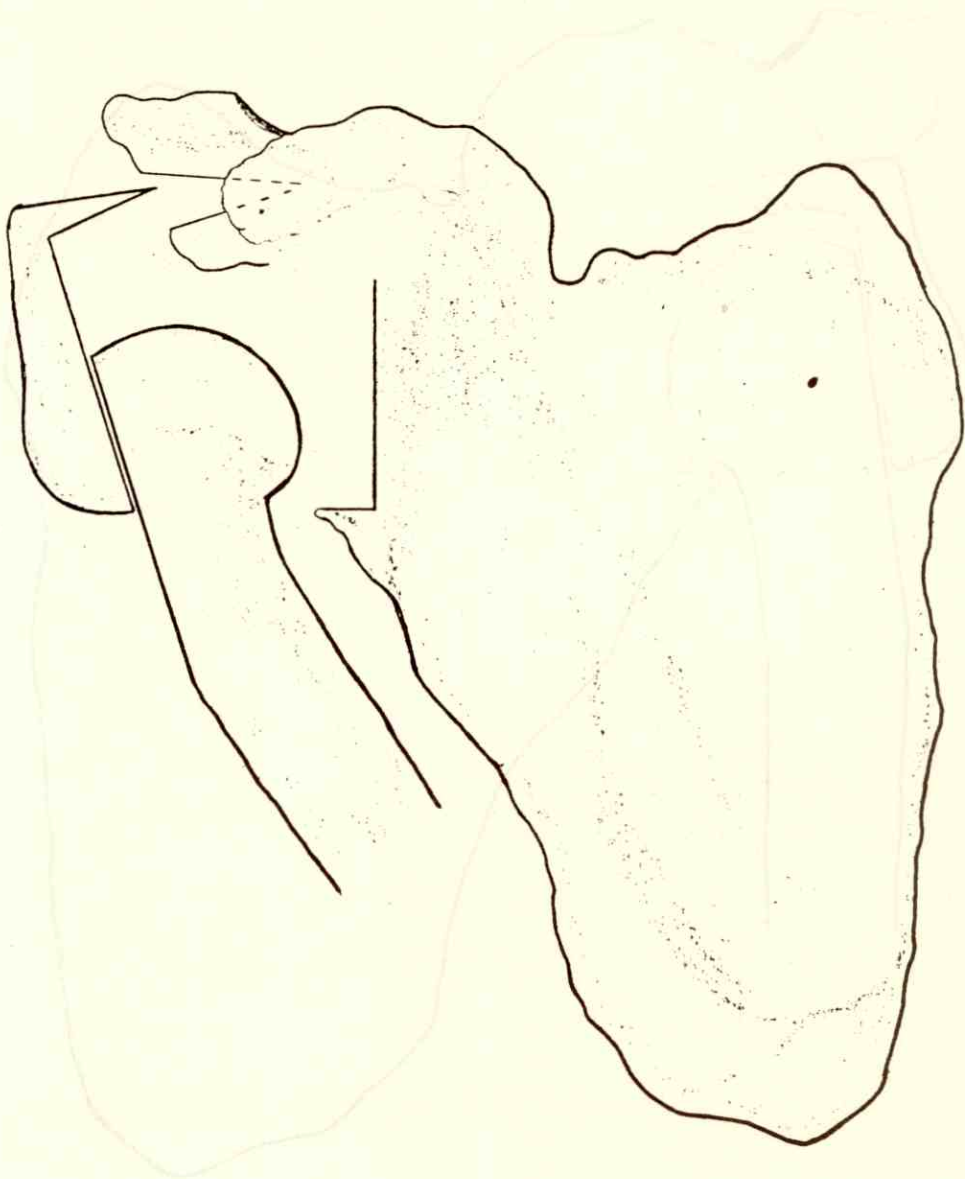


PASO PREVIO AL ACOPLAMIENTO



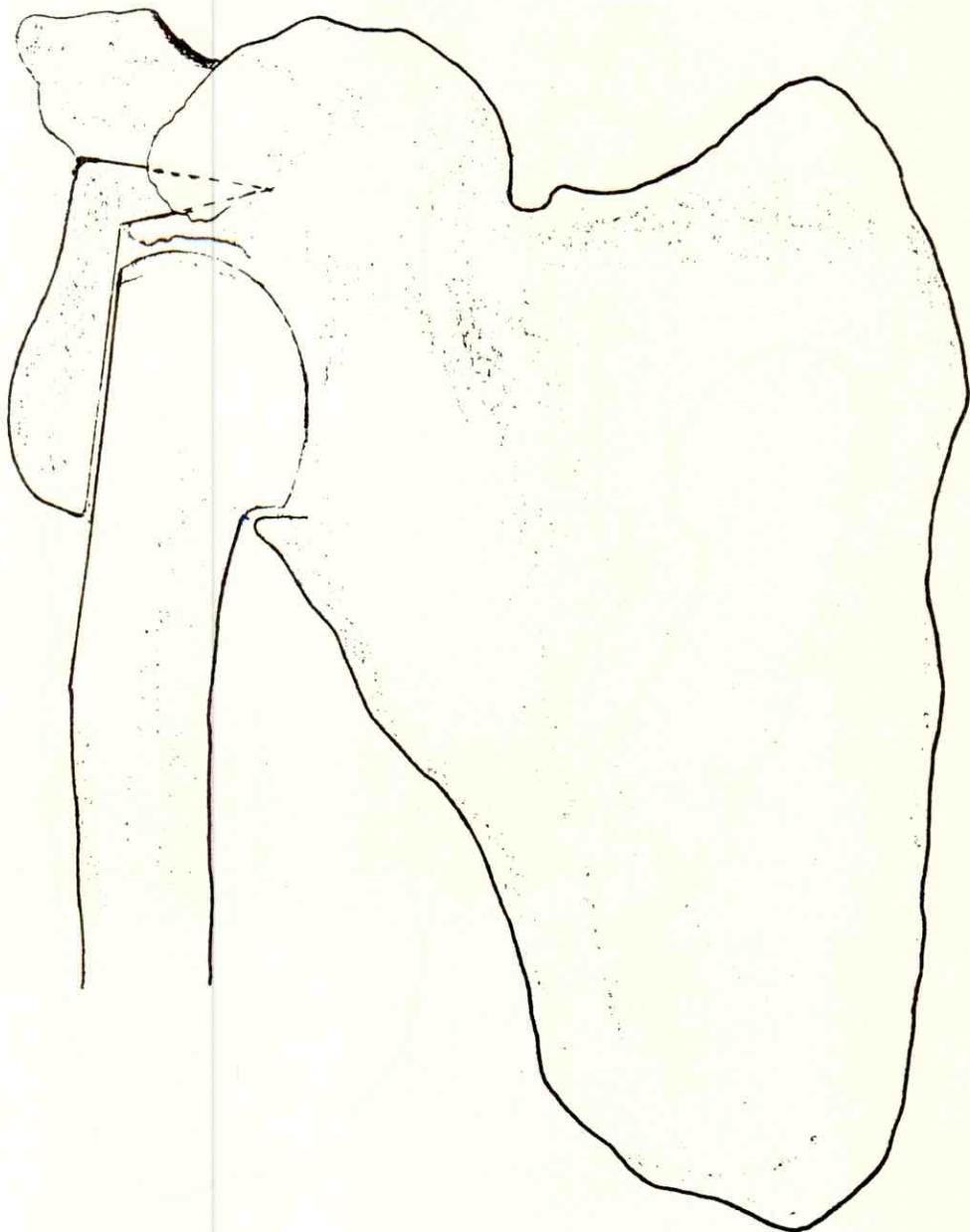
EPIFISIS HUMERAL OSTEOTOMIZADA Y ANGULADA

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

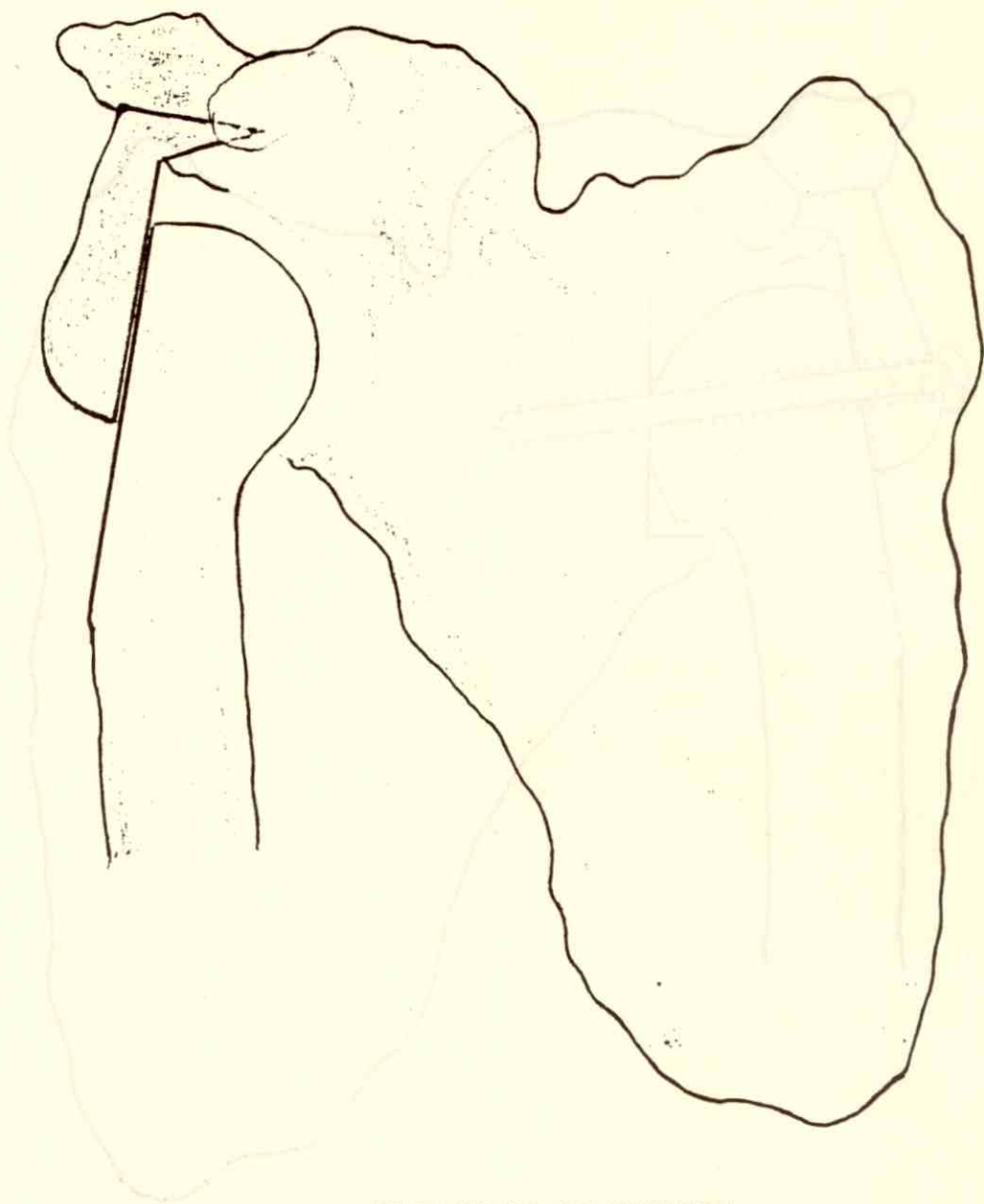


CONTINUACION DE LA OPERACION

COMPLIMENTS & THANKS

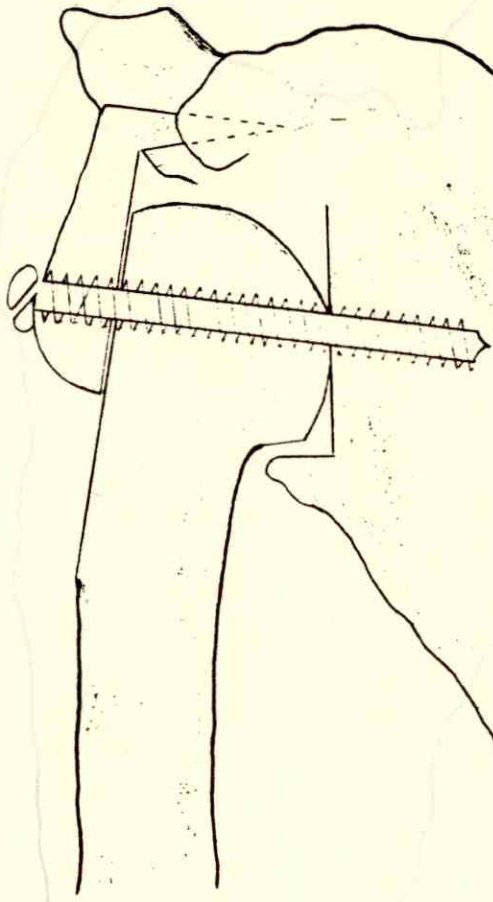


ACOPLAMIENTO OPERATORIO



REDUCCION OPERATORIA

NUMERO V SIMbolos CON FORMAS



FIJACION Y SINTESIS CON TORNILLO

Lo que sí podemos mencionar es que no requiere que el brazo sea abducido exageradamente durante el acto quirúrgico para la fijación de la artrodesis, por el contrario, la epífisis humeral invertida (translocación) permite por su fácil manipulación y adaptación, que el cirujano fije la artrodesis en la posición que crea más conveniente.

En segundo lugar, la cabeza humeral al ser mediatizada, es decir, acercada hacia la línea media de cuerpo, recibe relativamente una menor acción de la gravedad y contacta más fuertemente con la escápula tanto intra como extra-articularmente lográndose en esta forma UNA ATRODESIS IRREPROCHABLE desde el punto de vista de la técnica y de la solidez obtenida.

UN CASO DE REARTRODESIS

Nombre: R.P.

No. de Historia: 13-15-81

Paciente masculino de 32 años, obrero, con antecedentes de artrodesis glenohumeral intrarticular, realizada en el Hospital General del I.V.S.S., el 22-10-68 por parálisis post-tracción de la musculatura del hombro izquierdo.

El 26-12-77 sufrió accidente de trabajo (TRAUMA DIRECTO) en el mismo hombro que le ocasionó dolor e impotencia funcional del mismo y las radiografías de emergencia revelaron sub-luxación inferior y fractura del material de síntesis; por tal motivo se decide hospitalizar, pero se le exige traiga todos los exámenes complementarios requeridos.

Es hospitalizado en el Servicio No. 1 de Traumatología del Hospital General "Miguel Pérez Carreño" (I.V.S.S.) el 12-05-78 y el examen clínico revela: Signo de la charretera, hipotrofia del deltoideo y gran impotencia funcional dolorosa de todos los movimientos del hombro, no habían variado las imágenes radiográficas salvo un discreto aumento de la osteoporosis.

El 08-06-78 se realizó Extracción del material de síntesis y artrodesis peri-intra y transarticular por translocación (INVERSION) de la epífisis humeral y colocación de spika de yeso toraco-braquial en posición óptima.

Doce días después (20-06-78) se retiraron los puntos y fue dado de alta. Permaneció en control de Consulta Externa con evolución satisfactoria y sin complicaciones siéndole realizados controles radiográficos mensualmente hasta que, al cumplir 16 semanas de inmovilización, se retiró el yeso ya que radiográficamente se observó consolidación completa peri e intra-articular, con integración del componente céfalo-acromial. Igualmente se comprobó la consolidación clínica y ausencia del dolor local, por lo cual se iniciaron los movimientos activos (Rehabilitación) del hombro.

Actualmente el paciente está reintegrado a sus labores habituales.

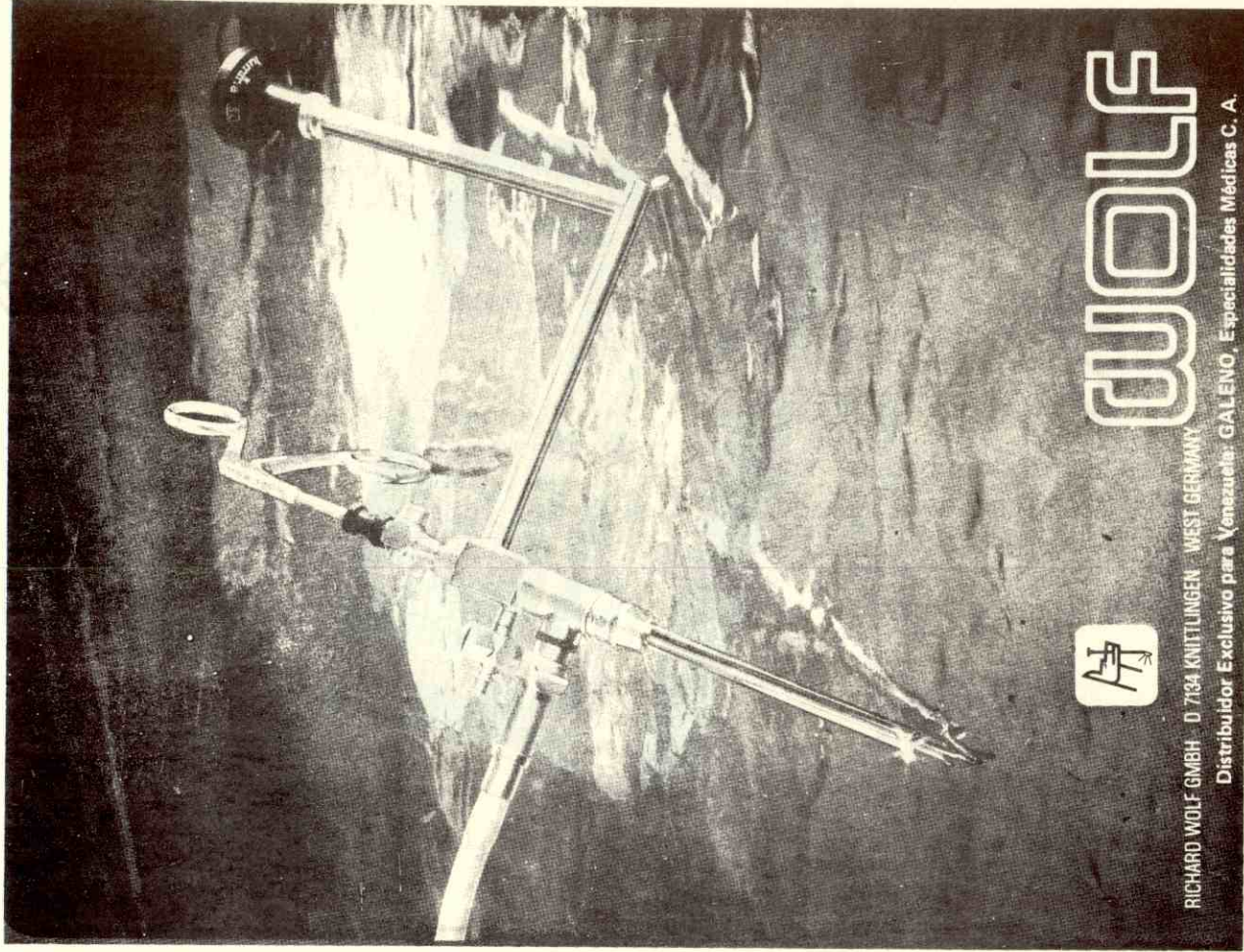
CONCLUSIONES Y RESUMEN

Hasta el momento actual, las artrodesis escapulo-humerales sigue siendo un capítulo difícil en esta especialidad, dudosos sus resultados finales, no existiendo una técnica infalible en sus resultados definitivos. El autor da a conocer, indica la forma de realizar, intenta demostrar la utilidad y señala las ventajas de la artrodesis peri y transarticular escápulo-humeral por translocación de la epífisis del húmero.

Finalmente se presenta un caso muy difícil de REARTRODESIS DEL HOMBRO empleándose la técnica mencionada y demostrándose el éxito de dicha novel intervención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Atlas de Cirugía Ortopédica.** Lewis Cozen. 1ra. Edición Española. Editorial Jims. 1969.
- 2.— **Cirugía Ortopédica.** Campbell. 4ta. Edición. Editorial Inter-médica. 1963,
- 3.— **Tratado de Operatoria Ortopédica y Traumatológica.** Bastos An-Sart. Editorial Científico - Médica. 1957.
- 4.— **Cirugía del Hombro.** Rothman. Clínica Ortopédica de Norte América. 1975.



WOLF

RICHARD WOLF GMBH D 71634 KNITTLINGEN WEST GERMANY

Distribuidor Exclusivo para Venezuela: GALENO, Especialidades Médicas C. A.

Institut Straumann AG



CH-4437 Waldenburg

Instrumental de enclavado intramedular



Clavo de Tibia y Fémur

Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

LUMBALGIA Y ANSIEDAD

Dra. Rosa Elena Hernández (*)
Dr. Antonio Aguilera (**)
Dr. Raúl Torrealba (**)

"DOLOR COMO UNA FORMA LOCALIZADA DE PENA"

Benedicto de Spinoza. - Siglo XVII

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

Si interpretamos el dolor como una respuesta emocional a una corriente aferente; de inmediato establecemos una relación dinámica y fisiológica entre ansiedad y lumbalgia; y así ocurre la verdadera naturaleza del dolor tiene sus asociaciones sociológicas; fisiológicas y psíquicas y también un **estado afectivo** perturbado, que tiene su origen en el desarrollo de cambios mecánicos y/o químicos en los distintos tejidos del cuerpo cuya naturaleza y magnitud son tales que dan lugar a la activación de sistemas aferentes del neuro eje que por lo general están inactivos.

Al realizar este estudio; en este grupo de pacientes, con características ortopédicas poco comunes, como la ausencia de lesiones orgánicas demostrables, pretendemos resaltar la importancia del "trastorno psicofisiológico" en los mismos.

(*) Servicio de Psiquiatría.

(**) Servicio de Traumatología y Ortopedia.

Hospital General de Maracay, Edo. Aragua.

El elevado número de pacientes en nuestras consultas con cuadros clínicos de dolor lumbar; a quienes una vez practicados los estudios y exámenes de rutina: Rayos X de columna lumbo-sacra; electromiografía y mielografía y cuyos resultados fueron negativos, nos permitió introducir otro elemento de importantísima consideración; **"El carácter psicofisiológico del dolor lumbar"**.

Este carácter psicofisiológico del dolor lumbar comporta:

- 1.— El miedo a algo incontrolable que está detrás, que no es visible y simboliza lo que está en nosotros y no podemos dominar.
- 2.— El temor de ser incapaz de trabajar y no por falta de estímulo sino por impotencia, **por ejemplo miedo a volverse inválido**. Esto se manifiesta a nivel del aparato locomotor por la fantasía de la incapacidad de marcharse cuando se precisa ó de encontrarse encerrado en una situación sin salida.

"El desencadenante suele ser un hecho existencial que representa para el sujeto el peligro de ser arrinconado".

"Puede decirse que existe un criterio casi unánime en acudir al tratamiento operatorio cuando pacientes no han respondido favorablemente a las medidas conservadoras y que en un elevado porcentaje de casos los resultados quirúrgicos son poco alentadores".

MATERIAL Y METODOS:

Realizamos un estudio de 60 pacientes, con cuadro clínico de dolor lumbar, con tiempo promedio de evolución de su sintomatología de 6 meses y evaluados y controlados por nosotros durante 22 meses.

FIGURA I

Total de pacientes: 60

CUADRO I

Sexo masculino: 42 pacientes (70%)

Sexo femenino: 18 pacientes (30%)

La edad mínima del grupo de pacientes estudiados fue de 19 años y la edad máxima de 54 años; con edad promedio de 37 años.

CUADRO II

Edad mínima: 19 años

Edad promedio: 37 años

Edad máxima: 54 años

Como afirmamos anteriormente la ausencia de lesiones orgánicas demostrables y la persistencia de sintomatología dolorosa, fue razón para pensar en "dolor lumbar como trastorno psicofisiológico" y máxime cuando los estudios radiológicos, electromiografías y mielografías resultaron negativas y poco concluyentes.

CRITERIOS DE SELECCION:

- | | | |
|---------------|--|---------------------|
| Ortopédicos | <ul style="list-style-type: none"> a. Inicio de la sintomatología b. Exámenes negativos c. Persistencia del dolor | |
| Psiquiátricos | <ul style="list-style-type: none"> a. Factores socio-económicos familiares y afectivos b. No evaluación psiquiátrica previa c. Relación médico paciente | Test de Taylor |
| | <ul style="list-style-type: none"> d. Test psicológicos | Indice de depresión |

CONDUCTA Y TRATAMIENTO

Fundamentados en los criterios anteriormente expuestos; utilizamos dos (2) medicamentos; por ser relativamente nuevos en el arsenal terapéutico.

DIFLUNISAL (DOLOBID): Nombre genérico del 2' - 4' - difluoro-4-Hidroxi-3-ácido difenil carboxílico; **analgésico** oral; con una vida media de 10 a 12 horas en el plasma; cuyo mecanismo de acción es desconocido; pero su actividad puede estar relacionada con un bloqueo selectivo de la sintetasa de las prostaglandinas.

BROMASEPAM (LEXOTANIL) Nombre genérico del 7-bromo-1,3 dihidro 5-(2-Piridil)-2H-1, -4-Benzodiazepina-2-Ona; **Ansiolítico y relajante muscular;** medicamento este cuyos efectos al igual que el de otros ansiolíticos está relacionado con su **acción sedativa** sobre el sistema límbico clave del comportamiento emocional; como lo han demostrado las investigaciones más recientes; por inhibir no sólo la formación reticular sino ciertos núcleos talámicos y además el sistema límbico; implicado en la matización de la efectividad y en el comportamiento afectivo global, en el cuadro de la defensa del individuo y del mantenimiento de la especie. (KLUVER Y BUCY; MAC CLEAN).

A estos dos medicamentos se le agrega otra medida terapéutica.

PSICOTERAPIA

Es de importancia destacar que las reacciones psicomáticas y las repercusiones psíquicas de afecciones somáticas a todos los pacientes; responden muy bien a este tipo de tratamiento y en especial aquellas relacionadas con contracturas musculares: Como en el caso de este grupo de pacientes estudiados, porque bloquean la transmisión interneuronal y son miorelajantes. "BERGOUIGNAN Y DEMANGEAT, habiendo observado a 78 enfermos que sufrían de lumbalgias, han remarcado que la movilidad de esta región interviene en la marcha, el acto sexual y en el acto de levantar pesos. Asegura la posición erecta que representa la afirmación de sí, la audacia y la presancia. La región lumbar tiene un papel importante de la dialéctica primordial: Oponerse, mantenerse o por el contrario, doblegarse o ceder. Es el nudo de las luchas y de los fracasos: En un polo la derrota de cualidad e importancia variables, con la depresión y el hundimiento; en el otro polo, la negación, la rebelión y la reivindicación.

FIGURA II**ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

DIFLUNISAL: 500 mgs. vía oral cada 12 horas.

BROMAZEPAM: 3 mgs. vía oral cada 24 horas

PSICOTERAPIA: Cada 10 días.

RESULTADOS:

Tomando como parámetros la remisión parcial y/o total del dolor y por consecuencia el desaparecimiento de la contractura muscular y la ansiedad; consideramos los resultados ampliamente satisfactorios.

		DIAS	PACIENTES
REMISION DE DOLOR	PARCIAL	12	26
	TOTAL	28	34

CONCLUSIONES:

1. El componente ansioso es determinante en la intensidad y persistencia del síntoma doloroso.

ANSIEDAD

CONTRACTURA
MUSCULAR

DOLOR

2. En el tratamiento del dolor lumbar nos enfrentamos también con un trastorno afectivo.
3. Necesidad de evaluación psiquiátrica en los casos similares (previa explicación al paciente del por qué de la necesidad de ayuda ó apoyo psicoterapéutico) y su extensión a otras patologías del raquis lumbar: Espondilolisis; espondilolistesis; hernias discales; coxigodinia; escoliosis; etc.
4. Establecer una mejor relación médico - paciente.

COMENTARIO

Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes; a corto, mediano y largo plazo; nos animan a continuar este trabajo; pero extendiéndolo a patologías de columna vertebral de mayor complejidad; dándole a las mismas un enfoque multidisciplinario, considerando que el desarrollo del conocimiento clínico se fundamenta en la interpretación más amplia y detallada de la anatomía básica, la fisiología, la patología de un sistema orgánico y esencialmente el ser humano como ente bio-psico-social.

BIBLIOGRAFIA:

01. AKERT K., HUMMEL, P: Anatomía y Fisiología del Sistema Límbico. 2da. Ed. Basilea. HOFFMANN - LA ROCHE 1968.
02. BERGOUIGNAN, M. Y DEMANGERT, A.: Las lumbalgias-perspectivas psicosomáticas. Rev. Med. Psicosomática. 8: 700 1960.
03. GAILLEIT, RENE: Low Backpain Síndrome. F.A. DAVIS, 1962.
04. DE BOOR, W.: Fármaco Psicología y Psicopatología. Berlín, 1956.
05. DE PALMA, ROTHMAN: Disco intervertebral. pra. Ed. España. 7962.
06. FERRERA, S.H. AND VANE, J.R.: New aspects of mode action on nosteroidal anti inflammatory drugs. ANN. REV. PHARMACOLOGY. 14:67-73. 1974.
07. HAYNAL, A.: Manual de Medicina Psicomática. Ed.: Toza y Masson. Barcelona, España. 1980.
08. HIRSCH, C., INGELMARK, B.E. Y MILLER M. (1963). "The anatomical basis for lowback pain". Acta Orthop. Scand. 33.1.
09. JAYSON, H. Dolor Lumbar. Ed. Doyma. Barcelona, España 1980.
10. LANGEN, D. (1972)) "Physchosomatics aspect in the theatment of pain", in pain: Basic Principles, Pharmacology, therapy. Edit. by Janzen, R. Keidel, W. D. and others.
11. LINTROM, A. Y ZACHRISSON, M. (1970) "Phisycal therapy on low back pain and sciatica". Scand. J. Rehab. M. 21 37.

12. LORAY, JERONIMO: Lumbalgías tratamiento médico. VII Congreso Slaot. Actas y Trabajos. Tomo II: 430-436. Caracas Venezuela.
13. MAC CONAIL, M.A. Y BASMASIAN, J.V. (1969). Muscles and movements: A basis for human kinesiology. (Williams y Wilkins. Baltimore).
14. MARSHALL, L.: Conservative management of low back pain. A review of 700 cases. J. AUST. 1:266-267. 1967.
15. MERTON, P.A. (1956) "Problems of muscular fatigue". J. Physiol, Lond., 123-553.
16. HACHENSON, A. (1971). "Loback pain, its etiology and treatment.". Clin. Med. Jan, 18.
17. PODIGER, WALTER: Compendio de Psicofarmacoterapia. 1ra. Ed. Roche Basilea. 1972.
18. RISQUEZ, FERNANDO: Conceptos de Psicodinamia. 2da. Ed. Monte Avila. Caracas - Venezuela, 1972.

RESUMEN DE CONGRESOS

Dr. Nelson Socorro Medina - (Hospital Universitario de Maracaibo)

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE LA CADERA

Dr. D. S. Hungerford - (John Hopkins University).

Boston. Marzo 1983

El Dr. Hungerford realizó un trabajo en la patogenia de la necrosis isquémica de la cabeza femoral. Midió la presión de la médula ósea, hizo venografías de ésta y biopsia en todos los estadios de necrosis isquémica. Encontró una presión elevada de la misma y postula que el mecanismo de esta patología es el de una isquemia inicial con aumento de la presión intraósea lo cual a su vez conduce a isquemia de nuevo. Obtuvo resultados sorprendentes cuando realizó biopsia en los estadios 1 y 2. Entre las causas que pueden aumentar la presión en el compartimiento están infección, tumores, hipertrofia de los adipositos, edema de la médula, cualquier fenómeno isquémico, precipitación de burbujas de nitrógeno en el líquido extracelular y acumulación de cerebrósidos en la enfermedad de Gaucher.

Se sugiere con esta teoría que este es un problema progresivo y que no hay un fenómeno agudo único como solo determinante de la patología, sino que hay una isquemia progresiva. La interrupción de estos eventos fisiopatológicos a través de la descompresión puede revertir el ciclo de la misma forma que la descompresión de otro compartimiento cerrado como la pierna. El éxito de la descomposición, así como los otros síndromes de comportamiento dependerá del daño titular que haya ocurrido hasta el momento en que se haya hecho la operación. Finalmente la presencia de una presión elevada de la médula ósea en ausencia de cambios radiológicos, nos orienta el diagnóstico.

Prof. P. Ficat (Toulouse Francia)

Operó 154 pacientes con estadios tempranos de necrosis de la cabeza femoral y revisó 121 pacientes con 133 caderas, las cuales estaban en los estadios 1 y 2. El promedio de edad fue de 63 años. Se obtuvieron resultados buenos o excelentes en el 89.4% de los casos. La operación realizada fue la de una biopsia central de la cabeza femoral, la cual disminuyó la presión intramedular. Su rutina en la evaluación de este problema incluyó la medición de la presión, flebografía intraósea, Scanning óseo y biopsia.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGIA DE LA CADERA
Rochester Minnesota. - Noviembre 82

Dr. N. Postel. (París - Francia)

En su trabajo de osteocondromatosis sinovial de la cadera revisó 26 casos con este diagnóstico operado en 15 años; la mayoría de los pacientes eran menores de 50 años. El diagnóstico se realizó con radiografías más artrografía y fueron confirmados por biopsia. Esta patología estuvo asociada más a menudo con necrosis idiopática, sinovitis vellonodular y especialmente osteorritis. El tratamiento es quirúrgico. Cuando se realizó un abordaje anterior limitado, fue imposible retirar toda la sinovia y los cuerpos óseos libres. Hubo 5 fracasos en 5 abordajes de esta naturaleza. Por esta razón él recomienda un abordaje amplio con osteotomía del trocanter mayor y dislocación cuidadosa de la cadera, lo cual permite acceso al acetábulo. 3 casos hechos de esta manera dieron excelentes resultados. Otros tres casos se re-operaron con esta técnica y los pacientes mejoraron en cuanto a movilidad y dolor. En su experiencia no ha observado necrosis de la cabeza femoral en ninguno de estos pacientes así como en otros operados con la misma técnica. El propone un abordaje amplio para una sinovectomía completa.

SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA COLUMNA LUMBAR

Toronto, Junio 1982

S. Heripret. Hospital Beaujon, París

Ciento veinte pacientes con hernia discal recibieron inyecciones intradiscales de Quimopapaina. Todos tuvieron un tratamiento conservador previo. Todos tuvieron un cuadro clínico de Ciática. Seis meses después de la inyección el 76% de los pacientes mejoró. Como complicaciones hubo dos espasmos bronquiales reversibles, 3 rash y un caso de probable discitis aséptica. No hubo complicación de tipo neurológico. Estos resultados así como los otros publicados indica a este tratamiento como la última etapa en el tratamiento conservador

John Kostuik. Toronto

Estudió retrospectivamente 28 pacientes con fracturas toracolumbares los cuales fueron tratados con resección del cuerpo vertebral, descompresión de la dura e injerto óseo anterior. Las lesiones en el cuerpo fueron del tipo estallido. Hubo 20 pacientes con déficit neurológico de los cuales dos fueron completos. Como fijación se utilizó una instrumentación de Harrington modificada para la vía ANTERIOR en 10 casos de Dewayer en 8 de los casos. En 9 casos se utilizó doble sistema de Dweyer, Placas A.O. fueron utilizadas en 4 pacientes y en 5 casos no se utilizó ninguna fijación de los cuales 4 fueron tratados por instrumentación posterior. Una recuperación neurológica significativa fue obtenida en el 88% de los casos con déficit incompleto. Los dos casos de tipo completo permanecieron así. 5 parapléjicos parciales se recuperaron completamente, 10 se recuperaron bastante y 2 no cambiaron. Como conclusión se recomienda este abordaje en los casos con déficit neurológico.

SOCIEDAD DE INVESTIGACION DE LA COLUMNA CERVICAL. N.Y. DIC 82

Dr. Peter Pizzutillo. Instituto Alfred DuPont, Wilmington (Delaware)

Presentó 5 casos de fracturas de C2 tipo espondilolistesis traumática o fractura del ahorcado en niños. Este tipo de lesión es muy

rara en niños. Las edades de los pacientes oscilaron entre 6 y 18 meses. El tratamiento debe ser con el cuello en extensión moderada y tracción discreta tratando de evitar diastasis. El tratamiento no operatorio con inmovilización con yeso fue exitoso en 4 de 5 pacientes. La cirugía está solamente indicada al haber retardo o no consolidación.

SOCIEDAD DE HOMBRO Y CODO DE LOS ESTADOS UNIDOS

N. Y. Nov. 1982. 1er. Congreso de esta sociedad recientemente fundada

C. Rockwood. Universidad de Texas. Sn. Antonio.

Presentó 8 casos de dislocación acromio - clavicular reconstruido con una técnica personal. El dice que en las dislocaciones grado 2 la simple extirpación de la clavícula da buenos resultados, sin embargo, cuando es grado 3 no lo es, más aún empeora el cuadro clínico. En su técnica para el grado 3 además de reseca el extremo distal de la clavícula, le reconstruye los ligamentos entre la coracoides y la clavícula. La reconstrucción del ligamento se hace usando el ligamento coracoacromial y temporalmente ayuda a la reconstrucción con un tornillo coracoclavicular. Los 8 pacientes que fueron tratados con esta técnica han sido vistos 3 años después de la operación y todos fueron capaces de volver a su empleo original, pudieron dormir sobre el hombro afectado y mejoraron de cansancio y dolor en el hombro. Todos fueron hombros dominantes.

Dr. Nevaizer. Washington

Presentó una técnica para el tratamiento del codo del tenista, la cual se realizaba ambulatoriamente con anestesia local, se infiltra la piel solamente y luego con el paciente despierto se va extirpando todo el tejido cicatrizal y el área dolorosa; en virtud de este método el paciente puede colaborar en seleccionar el área de lesión. En el post-operatorio se permitió el movimiento de inmediato lo cual previno la formación de adherencia de los extensores a la cápsula.

SOCIEDAD DE ORTOPEDIA PEDIATRICA
Monterrey, California. Octubre 1982

Dr. Hall. Boston

Realizó un recuento de la literatura en relación con el abordaje medial para la cadera en niños con luxación congénita. Concluye que no hay indicación para este tipo de abordaje por la poca visibilidad, inhabilidad para hacer una capsulografía, un procedimiento acetabular o una osteotomía femoral.

Dr. R. Winter. Sn. Paul, Minn.

Expresa que las razones más simples para que las caderas en mielomeningocele no sean reducidas es la de que no hay una evidencia que indique que el niño con la cadera reducida tenga menos problemas que un niño con la cadera ahorcada. Sí hay evidencia de que el trauma quirúrgico de la reducción a menudo conduce a rigidez y pérdida de la función. Todos los estudios hechos para analizar el estado de ambulación han demostrado que la habilidad para ambular depende del nivel neurológico y no del estado de la cadera. Se ha argumentado que debe ser reducida para evitar úlceras de decúbito, escoliosis y dolor. Sin embargo estudios muy cuidadosos no lo han demostrado. Particularmente no hay evidencia de que la escoliosis es causada por deformidad de la cadera, especialmente en los casos unilaterales. En resumen la cadera dislocada en el mielomeningocele no debe ser reducida porque hay mucho que perder y poco que ganar.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA - SECCION ORTOPEDIA
New Orleans. Noviembre 1981

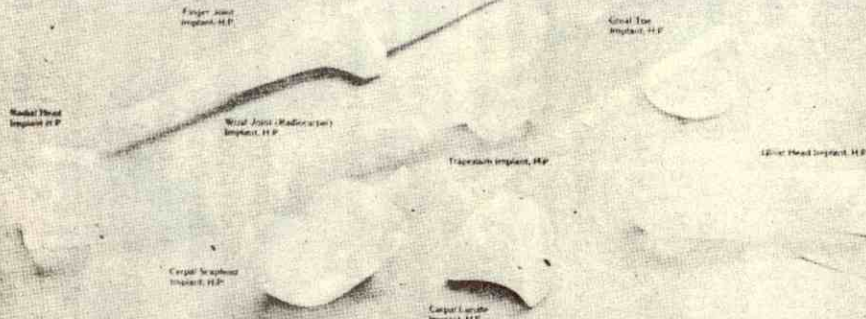
Dr. T. F. Kling. Michigan

Revisó 34 pacientes con fractura tipo 2, 3, y 4 de Salter-Harris del maleolo medial. Encontró que los casos de tipo 3 y 4 de la epifisis distal de la tibia tratados con reducción a cielo abierto y fijación interna resultaron en una baja incidencia de arresto parcial del crecimiento, mientras que las tratadas a cielo cerrado fueron más propensas a arresto parcial del crecimiento.

DOW CORNING LATIN AMERICA, LTD.

225 Alhambra Circle, Suite 750 - Coral Gable Florida 33134

They
work



Unicos distribuidores autorizados de los productos SILASTIC grado médico para
Venezuela: GALENO, Especialidades Médicas C.A.



GALENO, ESPECIALIDADES MÉDICAS C.A. - Distribuidores autorizados de los productos SILASTIC grado médico para Venezuela.

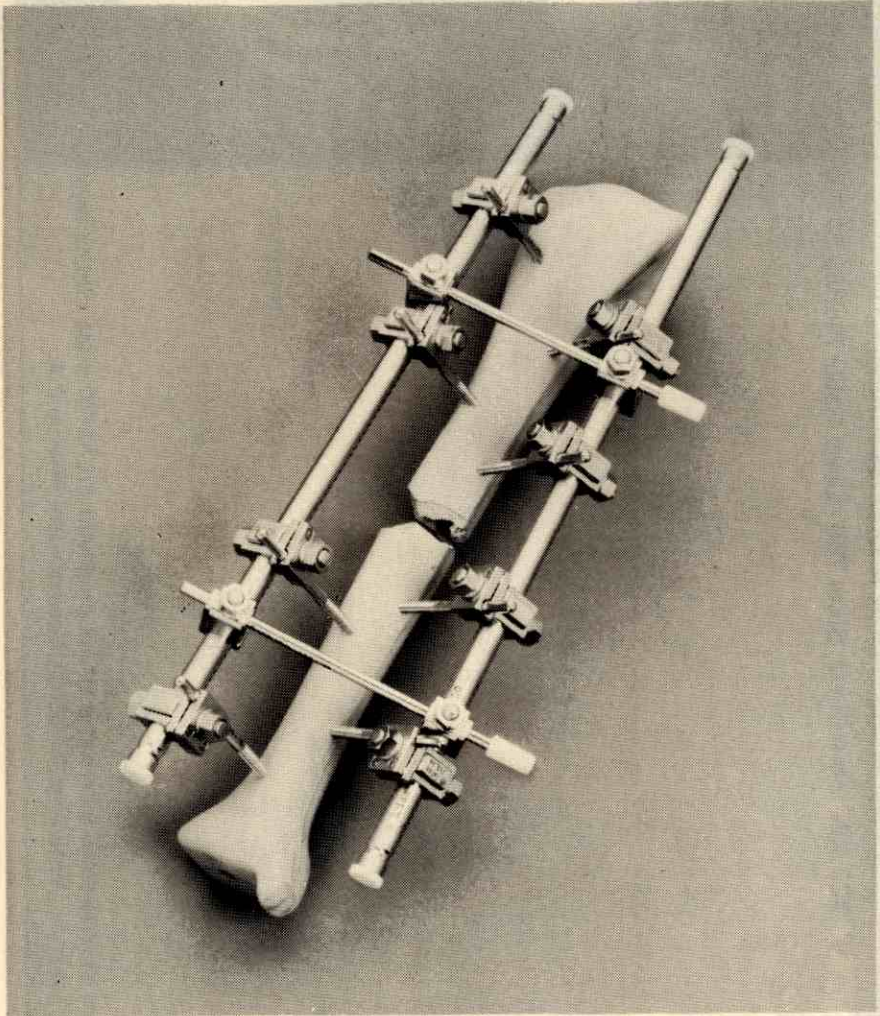
GALENO, ESPECIALIDADES MÉDICAS C.A. - Distribuidores autorizados de los productos SILASTIC grado médico para Venezuela.

Institut Straumann AG



CH-4437 Waldenburg

Fijador externo (sistema tubular)



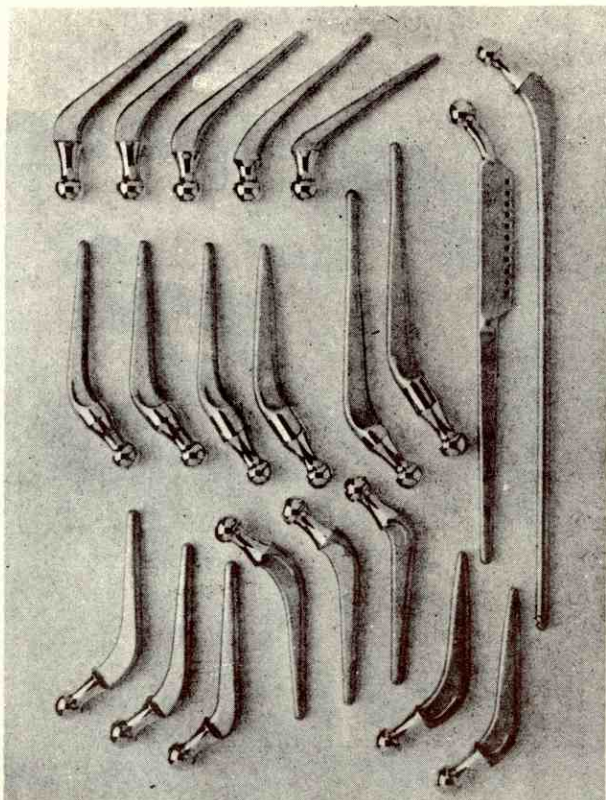
Fijación en la tibia

Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

CHARNLEY ORIGINAL



CHAS. F. THACKRAY LTD.

P.O. Box 171, Park Street

Leeds LS1 1RQ - Inglaterra

OMNIMED C. A.

OMNIMED C.A.

Avenida 22 con Esquina Calle 70
Centro Comercial Taicupa - Local 13
Maracaibo - Edo. Zulia
Telf. 51.17.61

Distribuidor Exclusivo para Venezuela

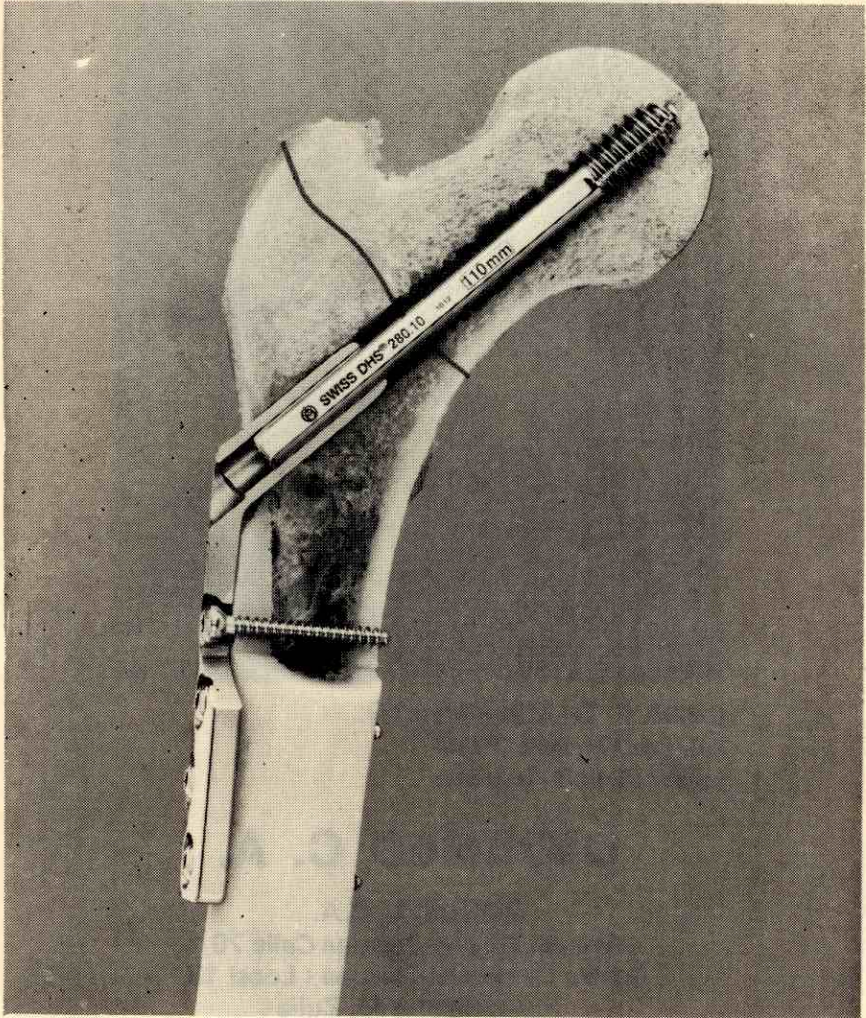
Institut Straumann AG



SYNTHES®

CH-4437 Waldenburg

Placa/Tornillo dinámico de Cadera D H S®



Distribuidor exclusivo para Venezuela:

PIEMCA D.M.C.

Teléfono: (02) 910916 - Caracas

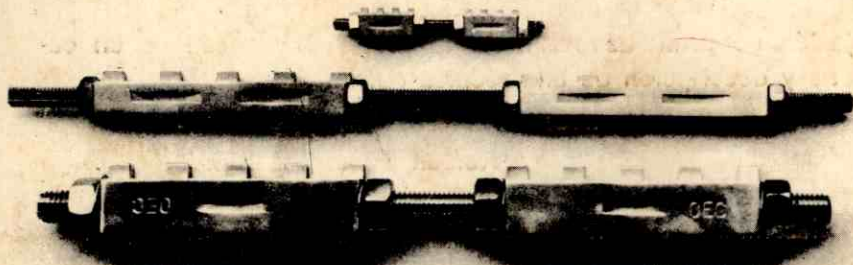
SUMARIO:

	Pág.
Reglamento de Publicaciones.	
Palabras pronunciadas por el Dr. Alirio Molina García en el Hospital Vargas de Caracas, el día 21 de julio de 1.984 con motivo del XXXV Aniversario de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatológica	7
Lujación congénita de rótula. Conceptos. Presentación de un caso y descripción de una técnica quirúrgica Dres. Alirio Molina y Nelson Socorro Medina	13
Desplazamiento anterior de la epífisis humeral inferior Dres. Roberto Lazzarotto, Raúl Torrealba y Antonio Aguilera	29
El poder de distracción. El Instrumental de Harrington Dres. Douglas Uzcátegui, Ronald Paredes, Arnaldo Sánchez y Angel Domínguez	47
Artrodesis peri y transarticular escápulo - humeral por translocación de la epífisis del húmero Dr. Ramón E. Cardozo G.	54
Lumbalgia y Ansiedad Dres. Rosa Elena Hernández, Antonio Aguilera y Raúl Torrealba	77
Resumen de Congresos Dr. Nelson Socorro Medina	84

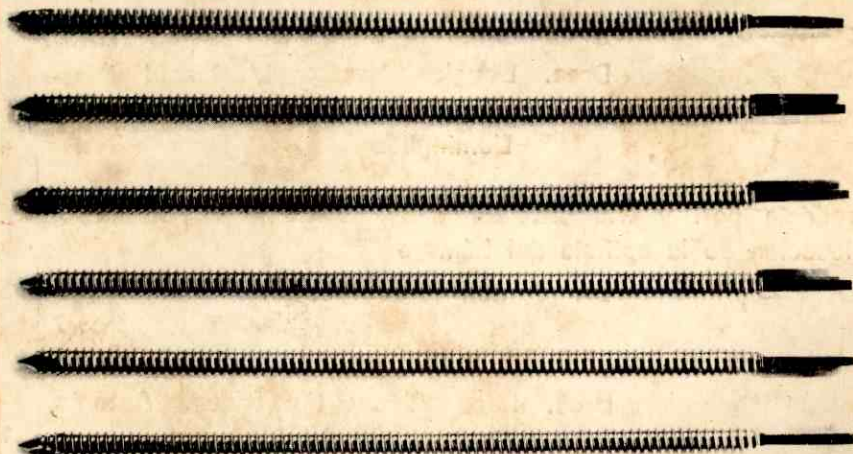


CORONATION ROAD, PARK ROYAL
LONDON NW10 7QA
TEL 01-961-2666

SOUTH ROAD INDUSTRIAL ESTATE BRIDGEND, MIDGLAMORGAN CF313PY
Telephone: (0656) 55221 & 3908
Telex: 498101



Sistemas de Fijación externa modelo DENHAM para fémur - tibia - codo y metacarpo



Tornillos de PORTSMOUTH para fijadores externos

Distribuidor Exclusivo para Venezuela: GALENO, Especialidades Médicas C. A.