

Dr Teodoro Salguero Z,

Fracturas de la Extremidad Superior del Fémur

i

De entre las grandes fracturas óseas, quizá ninguna más benigna en su elemento doloroso que la de la epífisis femoral superior, pero quizá también ninguna más severa en su pronóstico cuando no se ha hecho el diagnóstico con oportunidad y las cosas y el tiempo se han dejado pasar aconsejando apenas, el reposo, pues el paciente tendido en su lecho camina a grandes y firmes pasos hacia una invasión segura, de la que acaso no podrá salir, sino a costa de una intervención cruenta, para la que desgraciadamente no existe entre nosotros el ambiente propicio.

Estas fracturas se presentan especialmente en el anciano, sin embargo, todas las edades de la vida están expuestas a ella; pero mientras en el anciano generalmente el traumatismo que lo ocasiona es insignificante, en el niño en el joven y en el adulto éste es intenso. En efecto, en esta pequeña estadística que comprende sólo ocho casos los 7 corresponden a pacientes que pasaban de los 50 años y en todos ellos, la causa fué un tropezón o un leve resaca que les hizo caer. El otro caso corresponde a un individuo de 32 años que cayó de una altura de unos tres metros. De modo que es innegable esta predisposición moriosa del fémur anciano a fracturarse en su extremidad superior. Esta predisposición queda perfectamente explicada si nos fijamos en la Fig. 1 que nos enseña la arquitectura de la epífisis femoral y en la que hay que hacer notar la existencia de una zona senilmente débil, que va formándose a favor de la atrofia que sufre, con los progresos de la edad y a partir de los 60 años, el pilar externo de la ojiva

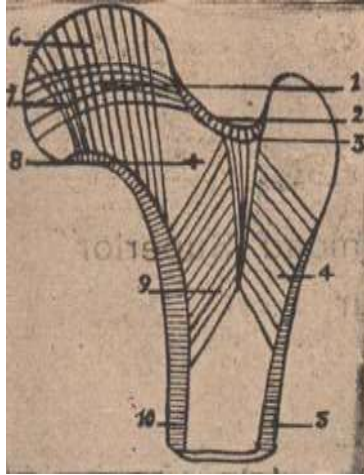


Fig. 1 05

- Arquitectura del Cuello ^ mori 9:
- Núcleo Central de la Gabeza ■
 - Lámina compacta supracerical
 - Cuña de la bóveda ^ 1
 - Pilar externo de la ojiva
 - Lámina compacta externa
 - Abanico de sustentación
 - Travéculas en jareo
 - Zona débil normal
 - Pilar interno de W ojiva 12:

femoral, como magistralmente lo ha demostrado Pierre Delbet, de quien tomamos la Fig. 1 .

A este mismo destacado orthopedista debemos la más científica clasificación de estas fracturas en tres grupos: fracturas por decapitación, fracturas transcervicales y fracturas cervicotrocanterianas cuyas características quedan señaladas en la Fig. 2 adjunta que la tomamos de Pierre Mathieu. Estos tres tipos tienen, podríamos decir, una etiología, una patogenia, una evolución y una sintomatología muy suficientes para diferenciarlas una de otra sin esperar Ja radiografía y darles el tratamiento adecuado & cada una de ellas., En efecto, el mismo P. Delbet. nos dice: ~'. 'un sujeto de menos de 45 años tiene

4 chanzas sobre 1 de hacerse una fractura cervical y 1 chanza sobre 4 de hacerse una fractura

Un sujeto de más de 45 años tiene tantas chanzas de hacerse la una o la otra fractura. :>r o:

Un sujetó de más de 75 años. se hace casi siempre una fractura cervicp-trocanteriana".

De nuestros ocho casos, cuatro son cervico-trocanterianas y corresponden a mujeres de más de 65 años. Dos casos son de fracturas transcervicales y corresponden a mujer entre 45 y 50 años y dos son fracturas; por decapitación, correspondiendo la una a una señora de más de 60 años y la otra a un individuo de 32 años. De modo que por estos datos podemos añadir a los de P. Delbet, que la mujer tiene una marcada predisposición para las fracturas que nos ocupan

El esquema adjunto, también tomado del profesor Mathieu, nos explica la peculiar evolución de los fragmentos separados por el trozo de fractura, pues esta evolución es-



Arterias del Cuello y de la Cabeza F < g - 2 Femoral

Diferentes Tipos de Fractura del Cuello.

- 1 Decapitación
- 2 Fractura Transcervical
- 3 . Fractura Cervico - Trocanteriana

- 1 Arteria circunfleja posterior
a, b, c, ramas mitricias del cuello y de la cabeza.
- 2 Arteria Circunfleja Anterior de la rama mitricia anterior del cuello.

tá condicionada en un 90 % por la intensidad de irrigación que reciben estos fragmentos. Sobresale el hecho de que en las fracturas por decapitación y en las internas transcervicales, el fragmento externo puede seguir viviendo gracias a la irrigación dada por la arteria del ligamento redondo, en cambio las fracturas transcervicales típicas dejan el fragmento interno casi siempre sin una suficiente irrigación y por lo mismo la formación del callo óseo es problemática en ellas. Las cervico-trocanterianas tienen siempre buena irrigación y curan fácilmente. Así mismo la sintomatología es algo diferente, porque aunque en todas están presentes los cinco elementos capitales siguientes, éstos tienen sus peculiaridades en cada una de ellas:

¹⁹ **Rotación externa de todo el miembro.**— Máxima en la fractura cervico - trocanteriana, a tal punto que el borde externo del pie asienta sobre la cama; incompleta pero constante, tanto en la fractura por decapitación como en la transcervical. Esta rotación es fácil de corregir pasivamente en las dos ultimas fracturas e imposible de conseguirlo 'en, la cervico - trocanteriana, en cambio en esta última, puede lograrlo activamente el paciente.

2⁹ **Acortamiento del miembro.**— (Determinarlo por las medidas comparativas de ambos lados, del triángulo de Ogston Bryant o por la línea de Nelaton-Roser). Es fuerte, superior a tres, centímetros en las cervico - trocaterianas, es muy discreto en la transcervical y en la de decapitación, aunque en estas dos últimas puede aumentar posteriormente hasta hacerse muy apreciable a simple vista.

39 **Deformación de la región inguinal.** Este síntoma es máximo en la decapitación, en donde el extremo interno del cuello rotado hacia adelante forma una verdadera tumoración por fuera del sitio donde se siente latir a la femoral, constituyendo esto el llamado signo de Laugier. Este signo es poco manifiesto en la trans-cervical y falta en la cervico-trocateriana, en la que es substituido por una edema peritrocateriano más fácil de apreciar después de 24 horas de la fractura.

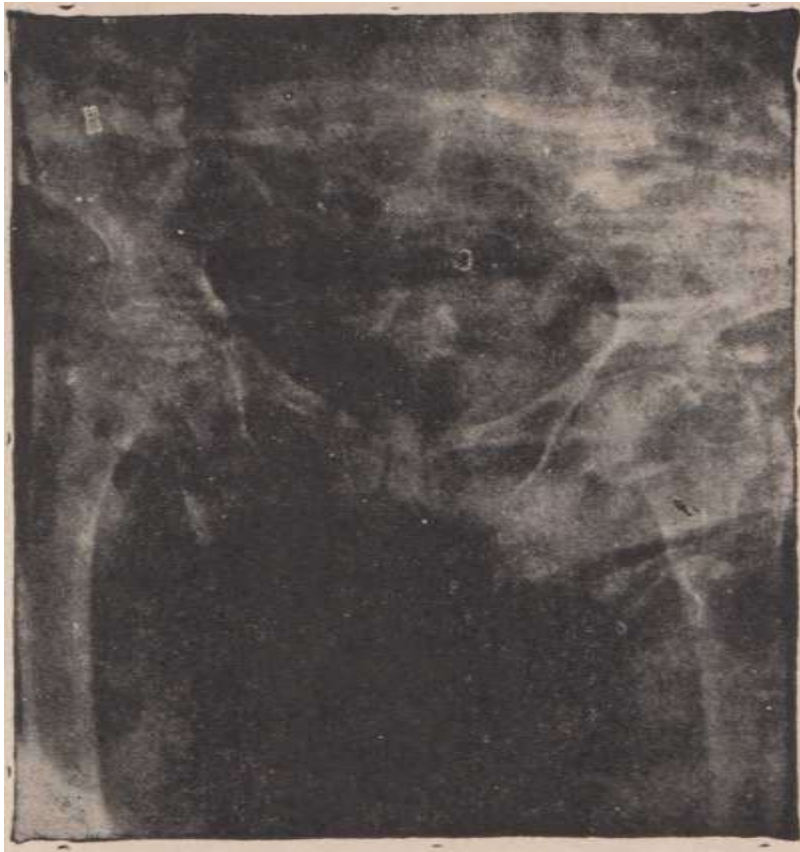
40 **Impotencia funcional.**—Esta es tan acentuada que Deibet y Basset se expresan así: "uno que no puede marchar con una fractura reciente y completa del cuello femoral". En efecto en todos nuestros casos hemos podido constatar que la impotencia funcional es tan profunda que a veces nos ha dado la impresión de que la pierna lesionada ya no pertenece a su paciente. Todos los movimientos que se realizan a favor de la articulación coxo-femoral están abolidos. Sin embargo en dos de nuestros pacientes que adolecían de fractura cervico-trocateriana era posible una ligera flexión del muslo sobre el abdomen y sobre todo una redresión voluntaria de su pié hasta cerca de la vertical, ya porque el elemento dolor era mínimo y ya, sobre todo, porque habían pasado ya muchos días en los cuales las enfermas habían buscado la forma de compensar su lesión. La literatura médica registra algunos casos de fracturas transcervicales, en los que fué posible la marcha, debido a que estas fracturas fueron "impactadas", es decir con penetración de los fragmentos, lo que, de paso sea dicho, es muy raro. De unos 40 casos que tuve oportunidad de ver en Europa, ninguno fué impactado. Por otra parte, la literatura médica, señala también la existencia de fracturas incompletas que permiten la marcha en los primeros momentos o días del accidente, pero que por este mismo hecho pasan desapercibidas y pronto se completan, llevando entonces sí a la impotencia funcional total.



Nº 1.—Fractura Cervico - Trocanteriana



N° 2.—Radiografía tomada después de la reducción



N° 3.—Radiografía tomada un mes después de la reducción

5^o **Dolor.**—De intensidad muy variable a tal punto de no molestar a algunos pacientes (especialmente a los ancianos) y que arrancan gritos a otros. Este dolor es acusado a nivel del foco mismo de fractura, es decir asienta junto y por fuera de la arteria femoral, en la base superior creí triángulo de Scarpa en la decapitación, a unos dos traveses de dedo por fuera de este sitio en las transcervicales y sobre el trocánter mayor en las cervico-trocantéricas.

Por lo expuesto hasta aquí, se ve pues claramente, que el diagnóstico de estas fracturas es tan fácil, cuando se sabe buscar los elementos anteriormente enumerados, que hasta el médico clínico puede hacerlo, sin necesidad de recurrir a la radiografía, como sucedió con una paciente que nos fué enviada, con el diagnóstico preciso por el Sr. Dr. Julio E. Paredes. Naturalmente, antes de establecer este diagnóstico, debemos excluir las lesiones que dan una sintomatología semejante, como las fracturas altas de la diafisis femoral, así como las luxaciones de la cadera de origen traumático, los decolamientos de la epifisis femoral de antiguas coxa-vara y las fracturas cilioides, especialmente las de la parte superior de la cresta cilioides. Claro que para el especialista este diagnóstico diferencial es generalmente fácil, no así para el médico general, que por lo mismo está en la obligación de pedir inmediatamente una radiografía de frente y otra de perfil de la articulación coxo-femoral y formaciones vecinas. Hay que insistir en la necesidad de tener una radiografía de perfil, por cuanto sólo esta radiografía es capaz de revelar las fracturas incompletas de la extremidad superior del fémur.

Una vez establecido el diagnóstico, conviene no olvidar que el 99% de estas fracturas, y sea cualquiera la edad del paciente tienen tratamiento apropiado y curación segura ya sea por métodos incruentos, entre los que el de Withman nos ha dado siempre buenos resultados, o ya por métodos quirúrgicos, entre los que el de osteosíntesis con clavos de Smith-Petersen, tal como lo ejecuta Mathieu, nos parece el más adecuado.

Para corroborar lo que dejamos dicho, nos permitimos intercalar en este pequeño trabajo, dos radiografías. La primera nos muestra una muy manifiesta fractura cervico-trocantérica del fémur derecho, y la segunda nos muestra la perfecta consolidación de esta fractura, a tal punto que la extremidad lesionada parece completamente normal, sal

vo la presencia de una ligera fisura que marca el trazo de la fractura y que con la formación del callo óseo desapareció totalmente.

El caso corresponde a una señora de más de 70 años que fué tratada por nosotros en el Hospital Militar de esta ciudad por el método de Withman y que después de tres meses caminó perfectamente.