

## FRACTURA DEL CÓNDILO INTERNO DEL HÚMERO

(Caso clínico)

por el doctor

**J. SALARICH TORRENTS**

Médico del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

La fractura del cóndilo interno, sumamente rara, en comparación con ciertas fracturas de la extremidad inferior del húmero, incluida ya por este carácter en el grupo de las fracturas raras de la epífisis humeral inferior, está desligada de las condiciones más usuales que generalmente se traducen en los traumatismos sobre esta región en las llamadas fracturas corrientes del codo.

Esta rareza de la fractura del cóndilo interno está



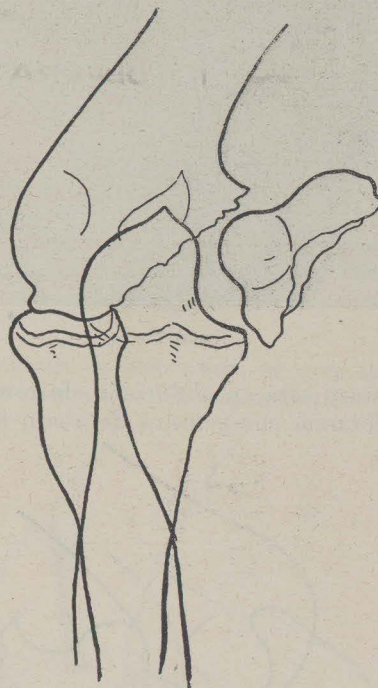
Radio 1

condicionada por varios factores, entre los cuales los más importantes son: la osificación y el mecanismo de fractura.

En cuanto al primero, sabemos que la osificación

en la epífisis inferior del húmero, empieza en el cóndilo externo por un punto que aparece al principio del tercer año, invade el lado externo de la tróclea y se detiene en el fondo de la garganta de la misma (FARABEUF). A los 10 ó 12 años, aparece el punto de osificación troclear en el labio y vertiente interna, que, paulatinamente, hacia los diecisiete años, se unirá a la porción ósea externa.

De aquí, pues, que la parte interna de la tróclea con la epitroclea (que en conjunto forman el cóndilo interno de los cirujanos), se mantiene mucho tiempo cartilaginosa, y aún después de empezar la osificación tarda bastante a unirse al grupo externo (formado por el punto de osificación precoz y el punto epicondíleo que aparece a los diez años, soldándose mutuamente a los quince o diecisiete, constituyendo el llamado cóndilo externo), todo lo que



Esquema 1

favorece una mayor elasticidad del cóndilo interno, que se traduce en una mayor resistencia al traumatismo (MATTI).

Por lo que respecta al segundo factor etiológico, la presión transmitida parece que ejerce el papel más importante en la producción de las fracturas de la epífisis humeral inferior, variando su localización según la posición del antebrazo respecto al brazo y la dirección de la fuerza viva del traumatismo.

Es de razón que un choque en la región de la

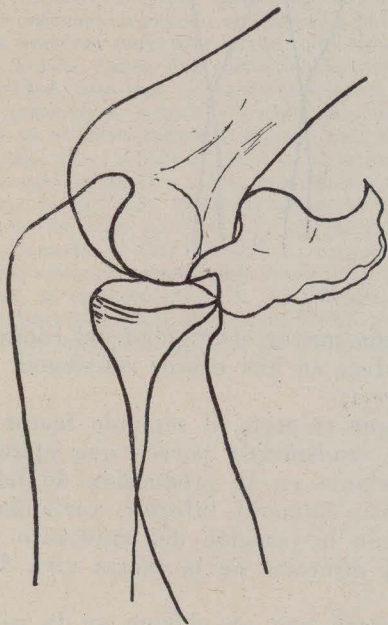


mano se transmite a lo largo del esqueleto de la extremidad superior por intermedio del radio, que llevará la acción del traumatismo al cóndilo externo;



Radio 2

mas si el brazo está en abducción, la cresta sigmoidea del olécranon comprimirá de abajo arriba y de

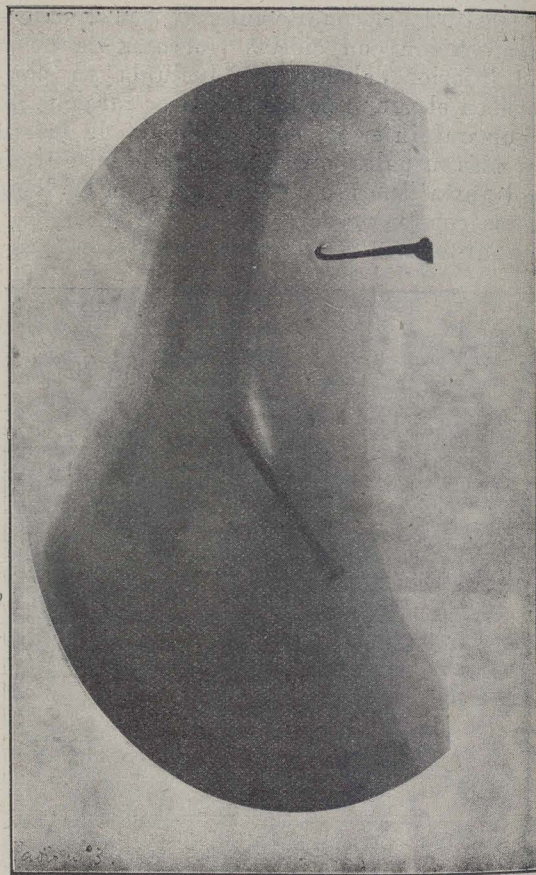


Esquema 2

fuera adentro el labio interno de la tróclea, produciéndose la fractura de que tratamos. Si el brazo está en flexión, el choque en la cara posterior del codo hará que la cuña sigmoidea del cúbito tienda a introducirse en la garganta troclear, y si la fuerza viva se transmite en dirección hacia la parte interna, hará estallar el cóndilo correspondiente.

Generalmente esta fractura va acompañada de luxación del cúbito y a veces también del radio.

El fragmento cóndilo puede permanecer *in situ*, pero ordinariamente se desvía hacia arriba y adentro; y si coexiste luxación cubital, hacia atrás. Otras veces, y esto siempre depende del mecanismo de fractura, puede desviarse hacia adelante. También



Radio 3

puede suceder (como en el caso que motiva estas líneas), que el fragmento con o sin desviación hacia arriba o abajo, efectúe un movimiento de rotación sobre sí mismo, es decir, bascule a consecuencia de la tracción ejercida por el grupo de músculos epitrocleares.

Historia clínica: (25 de julio de 1925).—M. R. S., de 23 años, paseando en bicicleta, al efectuar un viraje cayó hacia la parte izquierda, dando con el codo flexionado en el suelo y quedándole el brazo aprisionado debajo de su cuerpo. Al probar de levantarse sintió una sensación de calor en la mano y un dolor muy vivo en el codo; al recogerlo más tarde, lo llevaron a la casa de Socorro, donde se le practicó la primera cura, colocándole un apósito.



Inmediatamente aumentó de volumen la región afecta, siendo todos los movimientos dolorosísimos.

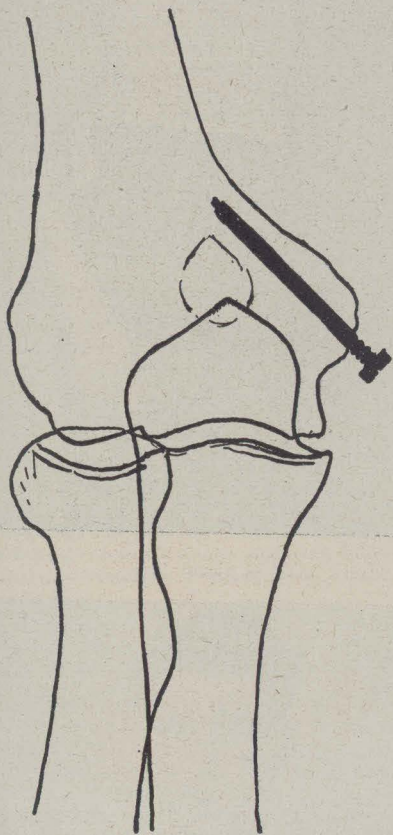
A mi visita, a los seis días, se le apreciaba en ésta gran tumefacción y el dolor difuso a la presión, más pronunciado en la región interna.

La tumefacción de la parte hacía un poco difícil la palpación de las eminencias óseas; no obstante, podía notarse la posición anormal del cóndilo interno, sobresaliendo marcadamente hacia adentro. El olécranon también se palpaba desviado hacia adentro y menos saliente por detrás.

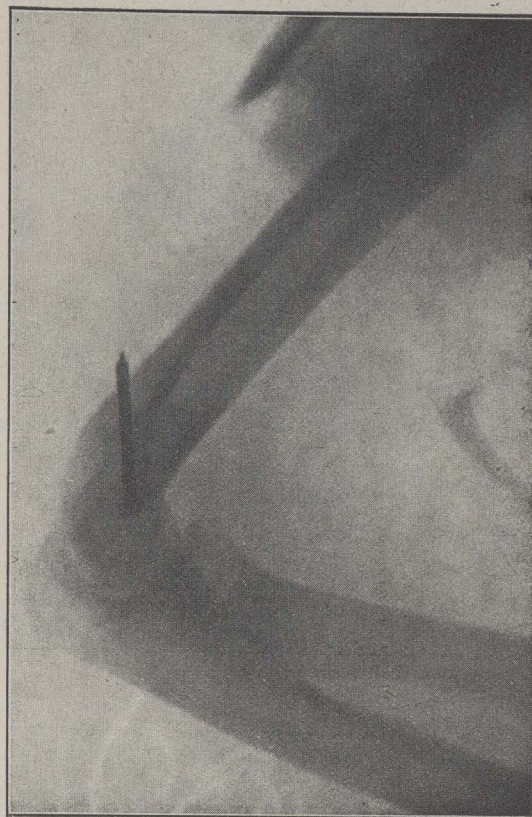
Los movimientos del codo eran imposibles por ser en extremo dolorosos.

Radiográficamente, de frente y de perfil, se veía claramente la fractura del cóndilo interno, con rotación del fragmento sobre sí mismo y luxación concomitante del cúbito, más manifiesta en la radiografía de perfil (Radios y esquemas núms. 1 2.).

en el sentido de disminuir notablemente la flexión y la extensión, además de la permanencia del *cúbitus varus*, síntoma de esta fractura, dificultades que

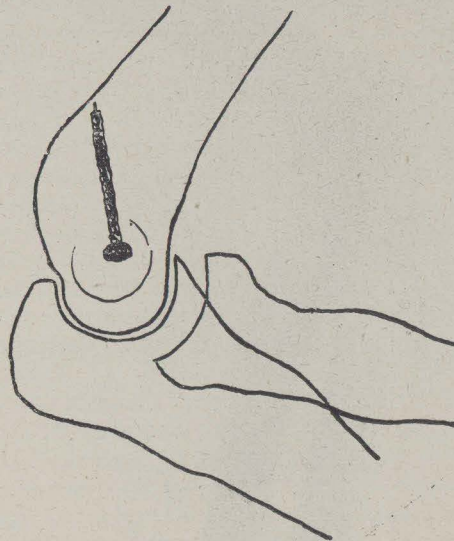


Esquema 3



Radio 4

aumentan cuando la desviación es muy manifiesta o cuando existe rotación del fragmento.



Esquema 4

El tratamiento de esta fractura puede limitarse a una simple reducción por maniobras externas siempre que no exista desviación o sea ésta muy pequeña, mediante presión directa y tensión del antebrazo en abducción y flexión subsiguiente; basta entonces colocar una extensión en el antebrazo flexionado en ángulo recto con el brazo.

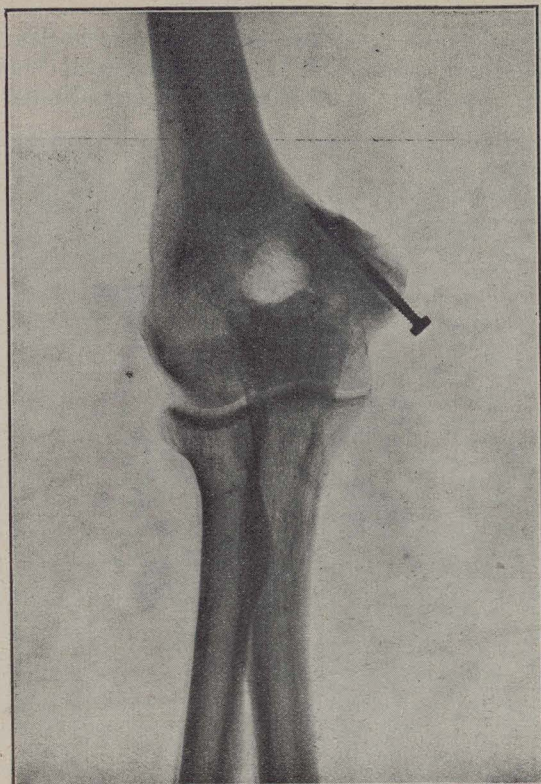
KOCHER, fundándose en que cuando la mano está en supinación forzada, el cúbito por la parte interna de su superficie articular comprime la tróclea y lleva el fragmento del cóndilo contra el húmero, recomienda la reducción en esta posición.

Siempre tiene que comprobarse la coaptación a los Rayos X. Pero las dificultades de la reducción son muy grandes, y la consolidación viciosa puede acarrear graves trastornos de la movilidad del brazo

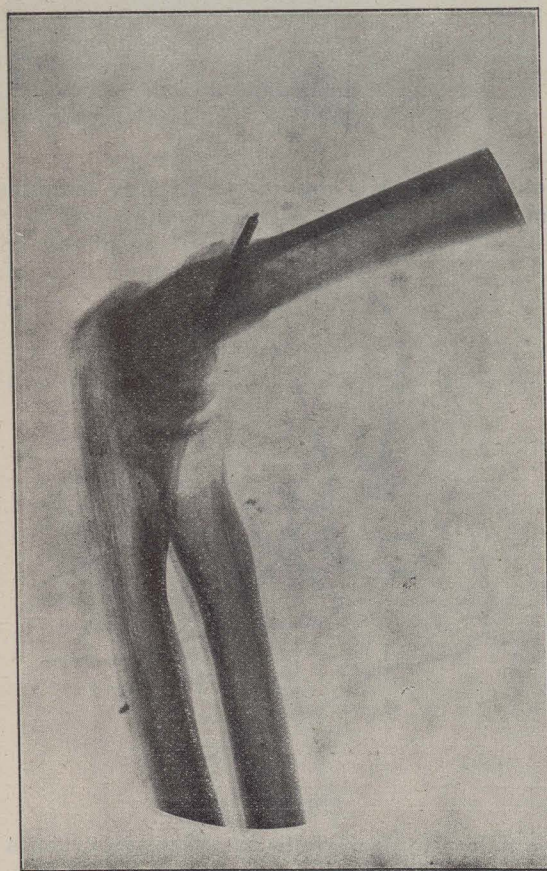
Por todo esto preferimos la reducción cruenta mediante atornillado.

Puede hacerse con un solo tornillo inclinado hacia





Radio 5



Radio

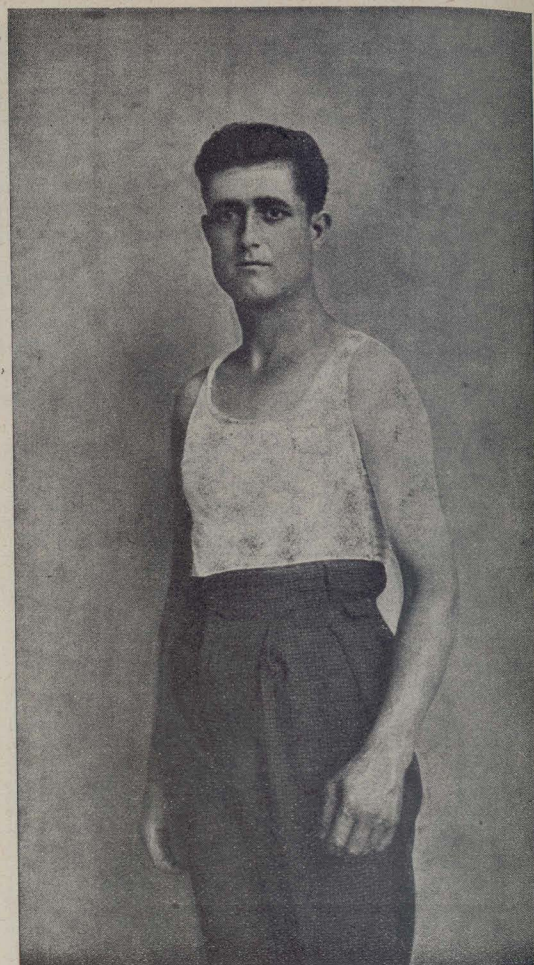


Foto 1

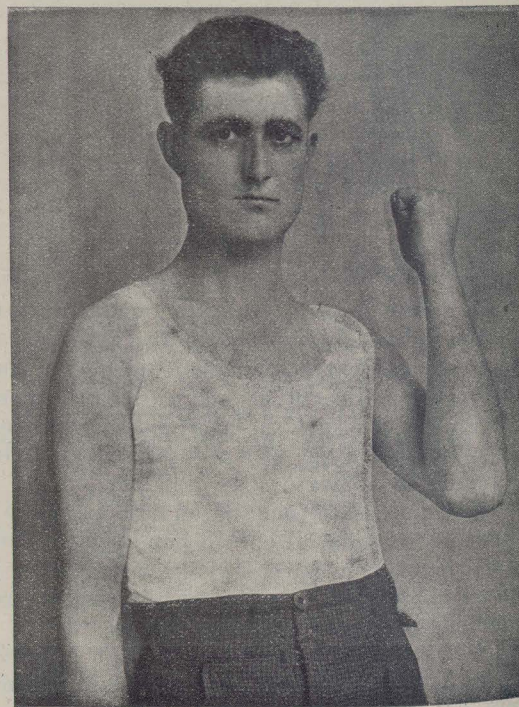


Foto 2



arriba, o bien con dos, unó en dicha forma y el otro transversal, paralelo a la superficie articular. Debe evitarse en todo caso la perforación del cartilago articular.

También ha sido utilizada la reducción y atornillado por vía trans-occipital.

VIGNARD ha obtenido buenos resultados con la reducción del cóndilo fracturado.

En nuestro caso, complicado de luxación del cúbito y de rotación del fragmento condíleo, empleamos el simple atornillado previa incisión en arco sobre el cóndilo interno, reducción del fragmento y de la luxación cubital, y la colocación de un vendaje enyesado en el que se practicó una ventana para la vigilancia y curación de la herida operatoria, que neví colocada durante 15 días, a partir de los cuales empezamos el masaje y movilización progresiva.

Los rayos X demostraron la perfecta coaptación del fragmento. (Radios y esquemas núms. 3 y 4).

Visto el enfermo a los tres años (2 de julio 1928), se puede apreciar la perfecta tolerancia del tornillo (Radios núms. 5 y 6), al propio tiempo que el buen resultado funcional de su brazo izquierdo, del que puede valerse perfectamente para su trabajo. (Fotos. núms. 1 y 3.).

RESUME

*La fracture du condyle interne de l'humérus est rare, et cela s'explique par le mécanisme d'ossification de l'épiphyse inférieure de l'humérus et les conditions de production des fractures de cette region.*

*Notre cas était accompagné d'une luxation congénitale du cubitus et d'une rotation de fragment condyléen sur lui-même; des facteurs qui difficultent et compliquent le traitement sans effusion de sang, en justifiant la réduction à ciel ouvert qu'on a fait dans ce cas, moyennant un clou à vis et un bandage de plâtre.*

*Trois années après nous avons examiné le malade et il ne présentait aucune réaction d'intolerance métallique et aucun trouble fonctionnel.*

SUMMARY

*Fracture of the internal condyle of the bone is rare and its rarity is explained by the mechanism of ossification of the lower epiphysis of the humerus and the state of fractures in this region.*

*Our case also showed luxation of the cubit and rotation of condyle fragment upon itself, which factors render diagnoses of Oberarm-knochens und durch die Bruchkonditionen open air reduction performed in this case through screw and plaster bandage.*

*Patient seen three years after shows neither reaction from metallic intolerance nor any functional disturbance.*

ZUSAMMENFASSUNG

*Der Bruch des inneren Knöchels (Knochenkopf) des Oberarm-knochens ist selten; seine Seltenheit erklärt sich durch die Art der Verknöcherung des unteren Knochenansatzes des Oberarm-knochens und durch die Bruchkonditionen die in dieser Stelle vorliegen.*

*Unser Fall war durch Ellbogenbeinverstauchung und Umdrehung des knöchelstückes um sich selbst begleitet; diese Begleiterscheinungen erschweren die unblutige Behandlung, rechtfertigen die Einrichtung unter offenen Bedingungen, welche in uns erem Falle durch Schraube und Gipsverband gemacht wurde.*

*Nachdem man den Kranken nach drei Jahren untersuchte, wurde keine Reaktion auf Grund metallischer Unduldsamkeit bemerkt, auch keinerlei Bewegungsstörungen.*

LAS INSUFICIENCIAS CARDÍACAS IRREDUCIBLES

por el doctor

L. TRIAS DE BES

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona

A pesar de las múltiples tentativas encaminadas a ampliar los límites terapéuticos de la insuficiencia cardíaca con nuevos medicamentos capaces de aventajar, o de reemplazar simplemente, a los conocidos como eficaces, lo cierto es que el tratamiento de las distintas formas de desfallecimiento del miocardio continúa basándose fundamentalmente en los dos clásicos medicamentos: digital y estrofantó.

La actividad de ambos fármacos es, sin embargo, de tal eficiencia y sus formas de administración son tan extremadamente variadas, que la escasez numérica de medios terapéuticos queda ampliamente compensada por los extensos matices de su posología. Con lo dicho queremos indicar, que si bien la cardiología cuenta con recursos limitados para hacer frente a su más importante cuadro clínico—la insuficiencia cardíaca,—la eficacia fármaco-dinámica de estos recursos es en cambio lo suficientemente marcada para que se la pueda conceptuar como uno de los sectores de la patología mejor dotados en el sentido estrictamente terapéutico.

No faltan, sin embargo, casos clínicos en los que la acción de los grandes cardiotónicos es parcial o totalmente inoperante sobre los graves fenómenos de la insuficiencia cardíaca. En estas circunstancias quedan planteados prácticamente dos extremos que interesa al médico resolver en todo momento, a saber: *¿el fracaso terapéutico depende de una equivocada forma de administración? ¿la inactividad farmacológica depende del carácter irreducible de la insuficiencia cardíaca?*

El perfecto conocimiento de ambos extremos tiene la mayor importancia clínica. En el primer caso, una rectificación en el terreno posológico puede representar la rehabilitación terapéutica del fármaco empleado y con ello la modificación de los fenómenos de insuficiencia cardíaca. En el segundo caso, la ineficacia del medicamento puede orientar al médico hacia una terapéutica más racional y etiológica de la insuficiencia (según veremos más adelante) o bien proporcionará útiles datos pronósticos en el sentido de una máxima y absoluta gravedad.

FRACASO TERAPÉUTICO DE LA DIGITAL Y DE LA OUA-BAÍNA DEPENDIENTE DE SU INCORRECTA ADMINISTRACIÓN

—No insistiremos excesivamente sobre este aspecto del problema, que todos los tratados clásicos se han esforzado en aclarar o resolver con más o menos fortuna. Persisten, no obstante, entre la generalidad de los médicos algunos prejuicios sobre la posología de los dos grandes cardiotónicos, que se oponen las más de las veces a sacar todo el partido apetecible de sus posibilidades terapéuticas.