

El tratamiento de las fracturas de guerra de la clavícula por la tracción continua con alambre

por el Dr. V. SANCHIS OLMOS

Jefe de Equipo Quirúrgico

Nos proponemos dar a conocer, en las breves líneas que siguen, un caso de fractura de guerra de clavícula, de cierta gravedad, no sólo por tratarse de una fractura abierta, sino por presentar condiciones anatómicas favorables a la compresión del plexo braquial.

Tratamos este caso por el método de la tracción continua transesquelética con buen éxito, y si bien no vamos a añadir gran cosa a lo que dijimos en un trabajo nuestro anterior (1), señalemos el hecho de que el método no ha perdido en eficacia al salir de las manos de los que lo crearon, como suele ocurrir con tantos otros.

Historia clínica. — E. S. E., soldado de veinticinco años. Herido por casco de metralla el 12 de octubre de 1937. Fué intervenido en el Hospital de Ocaña, donde suponemos que se le resecaron los bordes de la herida, suturándosela a continuación. Fué evacuado a Uclés y de aquí a nuestro Hospital el día 23 de octubre de 1937.

Ingresa con el antebrazo izquierdo en cabestrillo, el brazo del mismo lado pegado al tórax, en mal estado psíquico y con dolores en el hombro izquierdo.

Presenta una herida operatoria en la piel que cubre a la clavícula a nivel de su tercio medio, suturada con puntos discontinuos de crin y en bastante buen estado; solamente uno supura un poco.

Se percibe visualmente la deformidad típica de la región y el dedo aprecia el escalón al pasar de la extremidad interna de la clavícula, que está elevada, a la externa, descendida en relación a aquélla.

Hay anteposición del fragmento externo y descenso del muñón del hombro, cuya mo-

(1) Sanchis Olmos, V. — "El tratamiento de las fracturas de la clavícula por la tracción continua transesquelética". — *Crónica Médica*, enero-febrero 1937.

vilidad no puede explorarse a causa del dolor que se provoca. La movilidad activa del hombro es nula, y la de codo y mano están limitadas, más por miedo al dolor que por otra causa.

Hay sensaciones parestésicas, no bien delimitadas, a lo largo del miembro, que hacen sospechar la posible aparición de un síndrome de compresión del plexo braquial.

La simple aproximación del dedo al foco de fractura provoca reflejos de defensa. Tiene, además, tres pequeñas heridas, una rozadura en pared costal izquierda y dos en el brazo izquierdo por un sedal de bala, sin importancia.

Distancia acromio-esternal derecha, 19 cm.

Distancia acromio-esternal izquierda, 16 $\frac{1}{2}$ cm.

Día 24 agosto 1937. *Radiografía*. (Fig. 1). — Se ve una fractura conminuta en tercio externo de clavícula con fuerte desviación de fragmentos.

Día 26 agosto 1937. — Realizando el primer tiempo de la colocación del hemitórax enyesado y de una férula de sostén (1) previa infiltración con solución de Novocaína al 2 por 100 se introduce, con un perforador a mano, un alambre a través del extremo externo de la clavícula, junto a la articulación acromio-clavicular, a fin de huir del foco de fractura. El alambre se introduce de delante a atrás y de fuera a dentro, a fin de que la tracción se pueda hacer en la dirección del eje de la fractura. Previamente habíamos doblado la férula de sostén para hacerla en este sentido y para que, además, la tracción fuese algo oblicua de abajo a arriba (fig. 4), dirección esta última que se despreciaba en la técnica original.

Se aplica un pequeño estribo, que no comprime la piel sobre la clavícula, a fin de evitar una posible úlcera a nivel de los orificios de salida del alambre, defecto que tenía la técnica original, y se anuda el estribo a la férula de sostén con un tubo de goma. Se comprueba radioscópicamente la buena colocación del alambre, así como la acción de la tracción.

Se quitan los crines de la herida antes descrita.

Día 7 noviembre 1937. — La tracción es muy bien tolerada, no dolor local, parestesias desaparecidas, el herido mueve el hombro y lo eleva activamente 30°. Codo y mano los mueve normalmente. Se coloca férula de abducción en 45°.

Radiografía (fig. 2). — Fractura reducida, buena alineación de fragmentos. Callo visible que devuelve al borde superior del hueso su línea normal.

Da 16 noviembre 1937. — Se quita el alambre que ha llevado, por tanto, 22 días. La tracción ha sido bien tolerada, no hay secreción en los orificios de salida del alambre, resultado estético inmejorable (véase fig. 5), callo todavía sensible a la presión, capacidad de elevar activamente el hombro de 50° (fig. 6).

Distancia acromio-esternal derecha, 19 cm.

Distancia acromio-esternal izquierda, 18 $\frac{1}{2}$ cm.

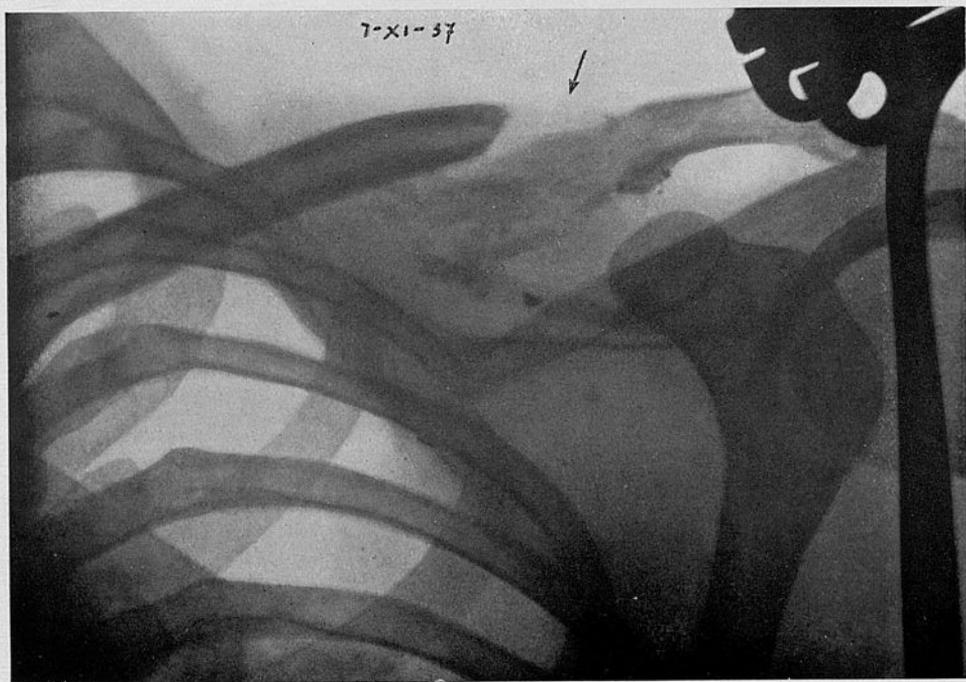
Sigue con la férula de abducción, cuyo ángulo hemos abierto hasta 70°.

Radiografía (fig. 3). — Callo formado por encima de los pequeños fragmentos, buena alineación de los extremos de la clavícula, desviaciones corregidas.

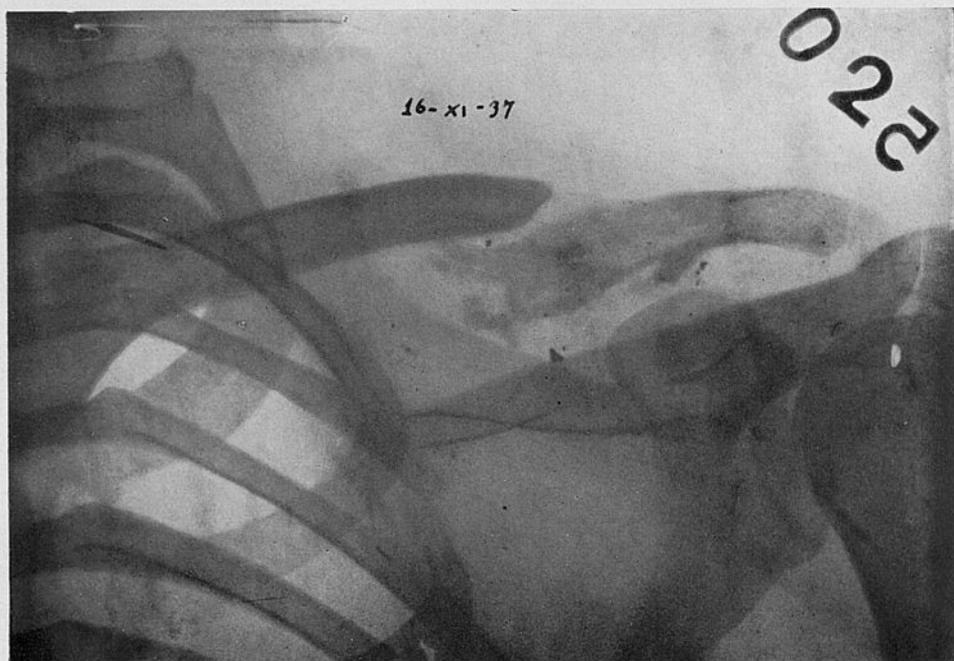
(1) Véase el trabajo antes citado, en el cual se detalla la técnica.



Radiografia fig. 1



Radiografia fig. 2



Radiografia fig. 3



Fig. 4

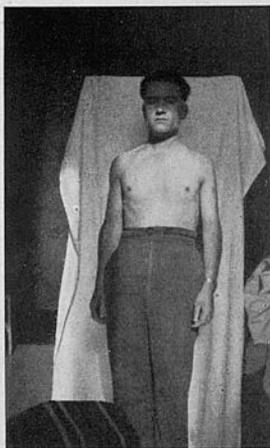


Fig. 5

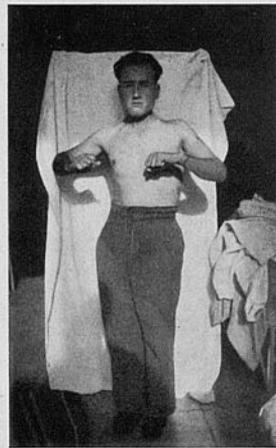


Fig. 6

Epicrisis. — Dos peligros apuntaban cuando el herido llegó a nuestras manos; el de la aparición de una osteítis y el de una posible participación en el proceso del plexo braquial.

El primer peligro se resolvió por sí solo, pues el punto infectado lo era superficialmente, y si bien creemos que la reducción ayudó a su rápida y favorable evolución, sinceramente creemos también que no hubiera pasado nada, y con gusto reconocemos lo correcto de la primera intervención.

El segundo peligro podía tener desagradables consecuencias, dada la frecuencia de la aparición de síndromes del plexo braquial en fracturados de clavícula. Sabido es que muchos de estos cuadros desaparecen por sí solos con un tratamiento postural del miembro afecto, pues indudablemente son originados por el estupor traumático local y por los trastornos circulatorios que acompañan a toda fractura.

En el caso expuesto no se trataba sólo de esto, sino de una amenaza de compresión bien patente. Basta la radiografía para hacer comprender el peligro que encerraba la papilla ósea situada por debajo y entre los dos extremos cabalgados, al favorecer con su apelotonamiento la formación de un grueso callo.

Con la reducción se disminuyó grandemente el peligro, pues el callo adquiriría la tendencia a prolongarse hacia arriba, reconstruyendo la forma primitiva del hueso.

El resultado, teniendo en cuenta que la fractura databa de 11 días, y dada su morfología, no ha podido ser más satisfactorio. De otra parte, creemos fundadamente que ninguna otra técnica sería capaz de proporcionar tal resultado, tanto desde el punto de vista funcional, como desde los puntos de vista anatómico y estético.

Nos afirmamos, pues, en la creencia de que este método es el de elección en las fracturas abiertas de clavícula y en las fracturas cerradas conminutas.

Para las fracturas cerradas con pocos fragmentos, es más cómoda y sencilla la técnica nuestra original que hemos descrito para las luxaciones acromio-claviculares (1); técnica que sin modificación alguna empleamos también, con resultados muy satisfactorios, en las fracturas simples de clavícula.

(1) Sanchis Olmos V.—“Nuestra técnica para la reducción y contención de las luxaciones acromio-claviculares”.—Revista de Sanidad de Guerra, núm. 6. Octubre 1937.