

Consideracions sobre l'osteosíntesi amb clau de Knstcher en esportistes

Consideraciones sobre la osteosíntesis con clavo de Knstcher en deportistas

R. Balius i Juli; E. Espiga i Tugas i R. Balius i Matas

L'enclavament intramedul·lar de Knstcher és mètode d'elecció pel tractament de les fractures diafisàries del fèmur i moltes vegades també de la tbia, especialment quan volem obtenir una ràpida represa de l'activitat del lesionat. És per tant indicació freqüent en aquest tipus de fractures, quan es produeixen en esportistes.

Presentem dos casos d'enclavament en esportistes, els quals posteriorment varen sufrir un nou traumatisme, en relació amb la seva activitat esportiva.

El primer cas s'observà en un motorista de 25 anys. Feia un any corrent les 24 hores de Le Mans es produí la fractura diafisària del fèmur dret, la qual va ésser tractada mitjançant enclavament intramedul·lar. Durant les últimes 24 hores que tingueren com escenari la muntanya de Montjuic, es va veure envolicat en una col·lisió múltiple, caient de forma sobtada, copejant-se amb les màquines d'altres participants i amb elements desgraciadament fixes del circuit.

Va ingressar en greu estat al Centre Quirúrgic Municipal d'Urgències. Entre altres lesions menys importants, es va sospitar la fractura de la cama dreta i es va veure que, a través d'un gran forat a la part superior del camal dret del pantaló, existia una ferida per la qual sobresurtia un element tubular metlic. De bell antuvi, es pensà en un cos estrany enclavat a la cuixa; una exploració més acurada va permetre observar a la regió crural una àmplia ferida, d'uns 25 cm, mal limitada, anfractuosa, al fons de la qual podien veures fragments ossis, entre els quals hi bategava l'artèria femoral, envoltada dels dem elements vsculo-nerviós. El tub metlic

El enclavado intramedular de Knstcher es método de elección para el tratamiento de las fractures diafisarias del fmur y en muchas ocasiones también de la tbia, especialmente cuando queremos obtener una rpida vuelta a la actividad del lesionado. Es por tanto indicación frecuente en este tipo de fractures, cuando se presentan en deportistas.

Presentamos dos casos de enclavado en deportistas, los cuales posteriormente sufrieron un nuevo traumatismo en relación con su actividad deportiva. El primer caso se observ en un motorista de 25 años. Un año antes, corriendo las 24 horas de Le Mans, sufrió la fractura diafisaria del fémur derecho y había sido tratado mediante enclavado intramedular. Durante las últimas 24 horas que tuvieron como escenario la montaña de Montjuic, se vio envuelto en una colisión múltiple, cayendo bruscamente, golpeándose con las máquinas de otros participantes y con elementos desgraciadamente fijos del circuito.

Ingres en grave estado en el Centro Quirúrgico Municipal de Urgncias. Entre otras lesiones menos importantes se sospech la fractura de la pierna derecha y se observ que, a través de un gran orificio de la parte superior de la pernera derecha del pantaln existía una herida por la que sobresalía un elemento tubular metálico. En principio se pensó en un cuerpo extraño enclavado en el muslo; una exploración más cuidadosa permitió observar en la región crural una amplia herida, de unos 25 cm, mal limitada, anfractuosa, en el fondo de la cual podían verse fragmentos óseos entre los cuales la arteria femoral rodeada de los demás elementos vasculo-

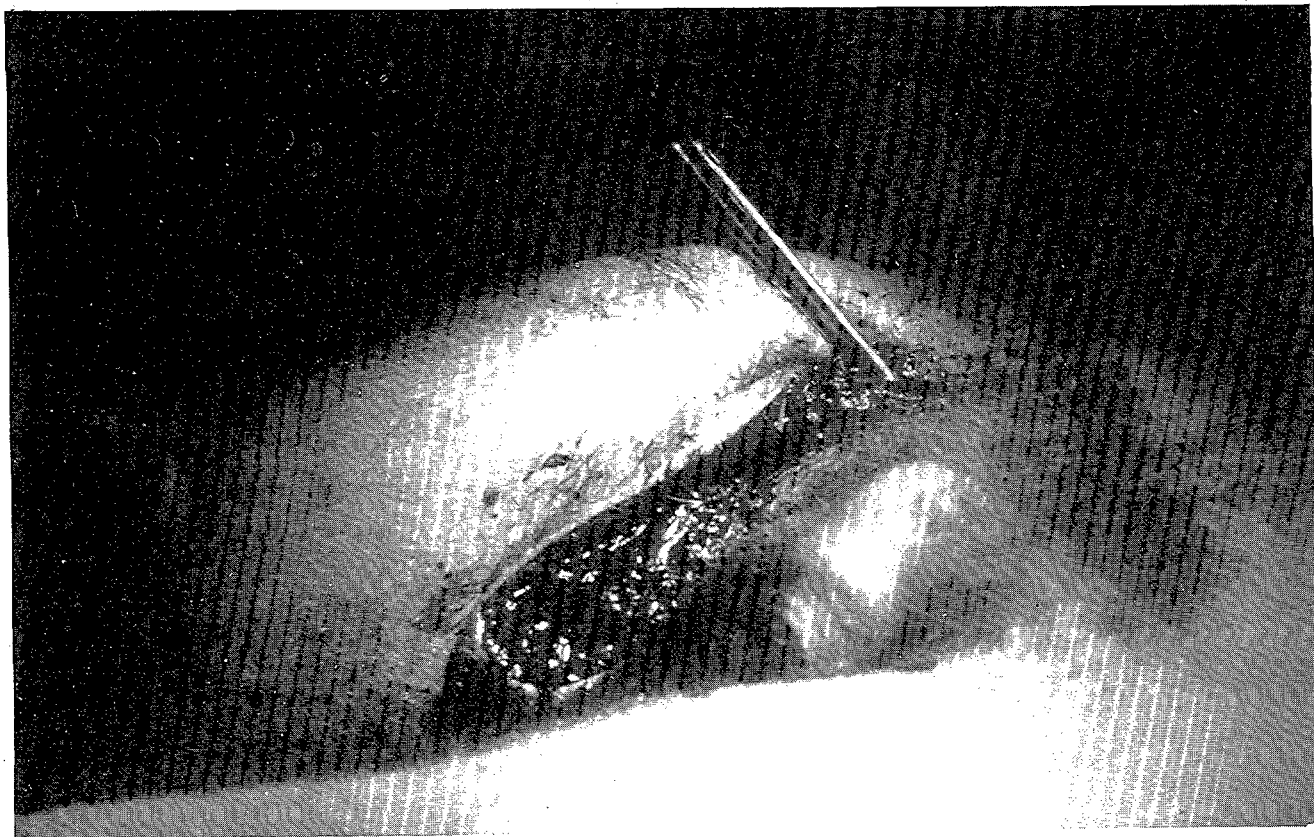


Figura 1. Cas 1. Ferida inguinocrural.
Figura 1. Caso 1. Herida inguinocrural.



Figura 2. Radiografia preoperatoria.
Figura 2. Radiografia preoperatoria.



Figura 4. Radiografia postoperatoria.
Figura 4. Radiografia postoperatoria.

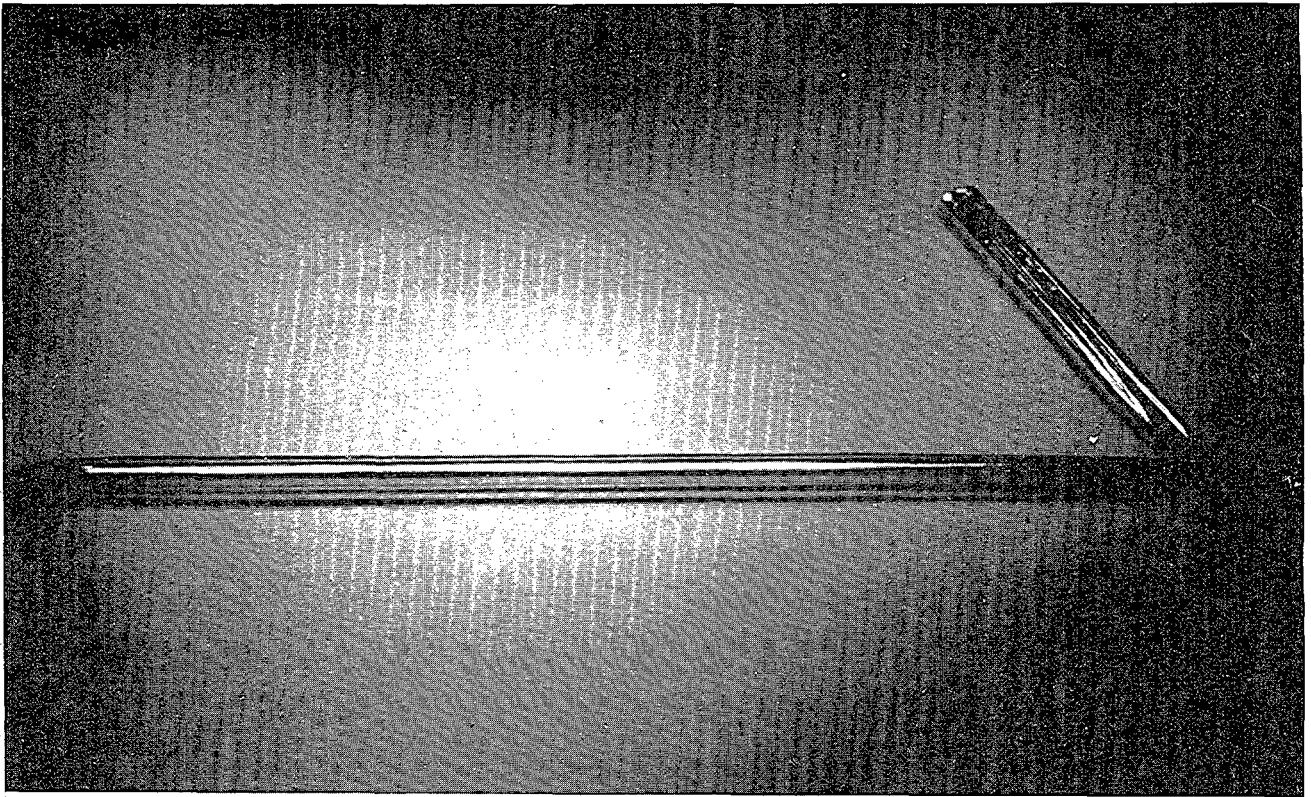


Figura 3. Clau de Kuntcher torçat.

Figura 3. Clavo de Kuntcher doblado.

surtia del fragment diafisari distal i es va comprovar que es tractava d'un clau de Kuntcher, doblegat en angle recte. La radiografia va confirmar el diagnòstic de fractura conminuta de terç mig-superior del fèmur dret, amb presència d'un clau de Kuntcher doblegat.

S'intervingué sota anestèsia general, extraient amb facilitat el clau, comprovant-se aquest en sortir violentament de la diáfisi proximal i de la regió trocantèria havia provocat la fractura i posat en greu perill els elements vàsculo-nerviosos. Es va procedir a la neteja quirúrgica i a la col·locació d'una tracció contínua provisional en espera de l'osteosíntesi definitiva, que es realitzà tres setmanes després, un cop cicatritzada la ferida traumàtica.

El segon cas correspon a un jugador de bàsquet, que va sufrir una fractura de tibia i peroné en accident de tràfic. Se li va realitzar osteosíntesi amb clau de Kuntcher. Deu mesos després va sufrir una caiguda violenta jugant a bàsquet, de la qual resultà una fractura de tibia a nivell de l'antic call fracturari, amb lleugera desviació angular en varus i clau de Kuntcher torçat. Es va procedir a l'extracció del calu (fet que a vegades pot ser difícil quan està doblegat), amb posterior fàcil reducció i guix.

Dels dos casos, creiem es pot treure una conclusió en relació amb la reirada o no del material d'osteosíntesi, abans de tornar a la pràctica esportiva.

nerviosos. El tubo metálico salía del fragmento diafisario distal y se comprobó que se trataba de un clavo de Kuntcher doblado en ángulo recto. La radiografía confirmó el diagnóstico de fractura conminuta del tercio-superior del fémur derecho con presencia de un clavo de Kuntcher doblado.

Se intervino bajo anestesia general, extrayéndose el clavo con facilidad, comprobándose que éste al salir violentamente de la diáfisis proximal y de la región trocantérea había provocado la fractura y puesto los elementos vásculo-nerviosos en grave peligro. Se procedió a la limpieza quirúrgica y a la colocación de una tracción continua provisional en espera de la osteosíntesis definitiva, que se realizó tres semanas después, una vez cicatrizada la herida traumática.

El segundo caso corresponde a un jugador de baloncesto, que sufrió una fractura de tibia y peroné en accidente de tráfico. Se realizó osteosíntesis con clavo de Kuntcher. Diez meses después sufrió una caída violenta jugando a baloncesto, de la cual resultó una fractura de tibia a nivel del antiguo callo fracturario, con ligera desviación angular en varo y clavo de Kuntcher doblado. Se procedió a la extracción del clavo (hecho que a veces puede ser difícil cuando está doblado), con posterior reducción y yeso.

De los dos casos, creemos se puede sacar una conclusión en relación con la retirada o no del ma-



Figura 5. Cas 2. (cortesia del Dr. R. Cugat)
Figura 5. Caso 2. (cortesia del Dr. R. Cugat).

Existeix la idea que “una diàfisi enclavada és una diàfisi protegida”. Això, que és vàlid pels esports “convencionals”, no ho és pels esports motoritzats o pels d'alt risc. En aquests, creiem està formalment indicat retirar el material, sigui del tipus que sigui, però molt especialment si està col·locat intramedul·larment, abans de la represa de l'activitat esportiva. Aquesta norma evitarà que el material de síntesi es converteixi en element autoagressiu i d'agreujament de les lesions que ja de per si són greus.

terial de osteosíntesis, antes de volver a la práctica deportiva. Existe la idea de que “una diáfisis enclavada es una diáfisis protegida”. Esto, que es válido para los deportes “convencionales”, no lo es para los deportes motorizados o para los de riesgo elevado. En éstos, creemos que está formalmente indicado retirar el material, sea del tipo que sea, pero muy especialmente si está colocado intramedularmente antes de reemprender la actividad deportiva. Esta norma evitará que el material de síntesis se convierta en elemento autoagresivo y de agravamiento de las lesiones que ya de por sí son graves.