

EL ENCLAVIAMIENTO DE KÜNTSCHER EN LAS FRACTURAS PERTROCANTÉREAS

F. COLLADO HERRERO, J. A. MIJARES GRAU

En las fracturas trocantéreas (fig. 1) el principio fundamental de una osteosíntesis es solidarizar el llamado núcleo de la cabeza femoral con la diáfisis (el cuello no da nunca un apoyo suficiente al material de síntesis).

Para cumplir este cometido se han ideado y se emplean en la actualidad los siguientes procedimientos:

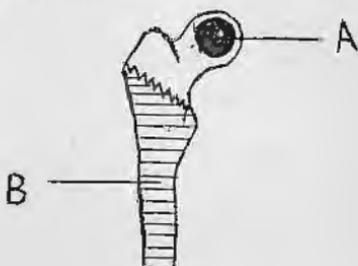


FIG. 1

1.º (Fig. 2) El más comúnmente empleado en el sistema del clavo-placa, con sus variantes, sea en el clavo (tornillo) o en la forma de la placa. Consigue una estabilidad muy buena. Necesita, sin embargo, una incisión muy amplia y el tiempo operatorio, aun en manos hábiles, nunca es despreciable.

2.º (Fig. 3) La fijación en abanico con alambres de Kirschner aún empleada en algunas clínicas en pacientes con muy mal estado general, nunca consigue una fijación adecuada y duradera.

3.º (Fig. 4) El clavo curvo de Lezius y Herzer, además de necesitar una incisión operatoria también amplia, su técnica no es sencilla ni exenta de complicaciones.

4.º (Fig. 5) Finalmente el propio KÜNTSCHER había ensayado y puesto en la práctica habitual para fracturas trocantéreas, bien un clavo de los empleados por él para el cuello de fémur muy empinado o bien (fig. 6) el sistema del clavo de Y, actualmente abandonados.

El nuevo procedimiento pretende solidarizar el núcleo duro a la diáfisis mediante (fig. 7) un clavo de sección en hoja de trébol que introducido desde el cóndilo interno del fémur llegue a la cabeza.

Su larga longitud y los apoyos en los puntos A, B y C aseguran una perfecta solidez entre ambos fragmentos.

La situación erecta a nivel de la línea de fractura es mecánicamente la

óptima para neutralizar las presiones ejercidas sobre la cabeza femoral. Por su forma de arco suave y medialmente cóncavo y con su apoyo en el cóndilo interno adopta condiciones mecánicas más favorables que un clavo-placa. (Ya que éste está situado en la cara externa, lugar donde se manifiestan las máximas tensiones.)



FIG. 2



FIG. 3

INDICACIONES. — Los tipos de fractura en los que consigue una estabilidad buena son las basicervicales, pertrocantéreas y subtrocantéreas.

TÉCNICA. — 1) *Colocación del paciente en la mesa ortopédica.* Posición (fig. 8) clásica en decúbito supino y piernas en ligera abducción.

2) *Reducción de la fractura con maniobras combinadas de abducción, tracción y rotaciones, según los casos.*

3) *Campo operatorio, dejando el tercio distal del muslo hasta la rodilla libre.*

4) *Localización a rayos X*, siempre de frente y perfil del lugar de entrada, que será el punto más alto del cóndilo interno. En este lugar incisión de dos centímetros de longitud incluyendo en un sólo plano todos los tejidos hasta llegar al periostio.

5) *Perforación de la cortical* con el punzón curvo. Control a rayos X de su buena situación (figs. 10 y 11).

6) *Introducción de la guía*. Se dirige ayudándose con el mango con cierre tipo Jacob (fig. 11).

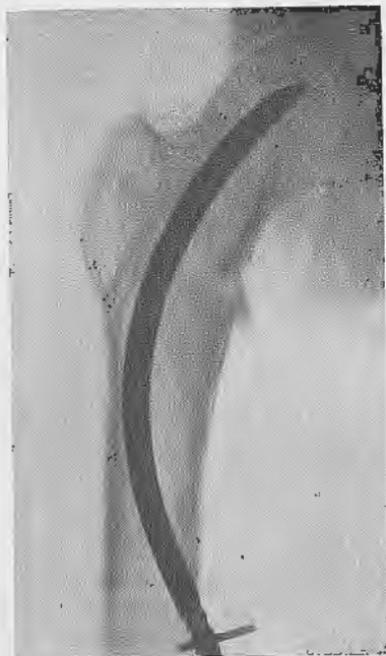


FIG. 4

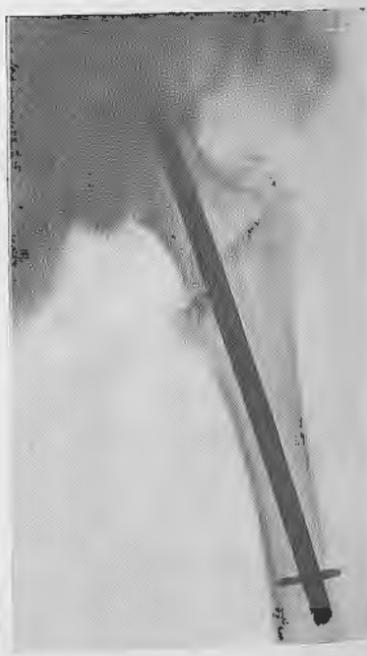


FIG. 5

Control a rayos X de la correcta situación y centrado adecuado.

Este es el tiempo más importante. Es preciso dar al 1/3 sup. de la guía una ligera curvatura (según el rayo X anteroposterior) para llegar a la cabeza del fémur.

7) Una vez la guía está en su lugar correcto se *mide la longitud del clavo*: Restando de la longitud total de la guía el segmento externo, da exactamente la medida del clavo a emplear. Por ejemplo la guía tiene 85 cm. Una vez en su lugar quedan en el exterior 45 cm. La longitud necesaria es de $85 - 45 = 40$ cm.

8) *Introducción del clavo ensartado dentro de la guía* (fig. 12). Hay



FIG. 6

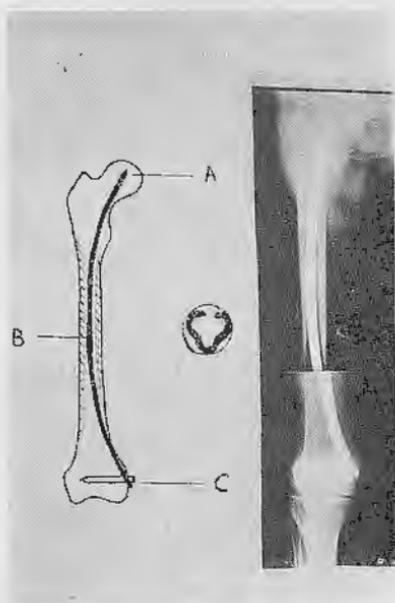


FIG. 7



FIG. 8



FIG. 9

que tener la precaución de quitar la tracción para no provocar diastasis una vez que el clavo haya sobrepasado en unos 2 cm el foco de fractura.

9) Extracción de la guía (fig. 12).

10) Finalmente se introduce *transversalmente* al clavo (por un orificio



FIG. 10

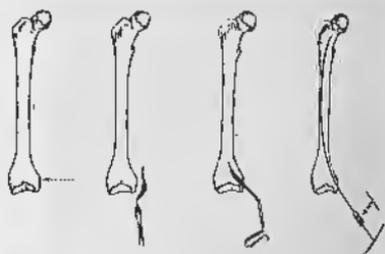


FIG. 11

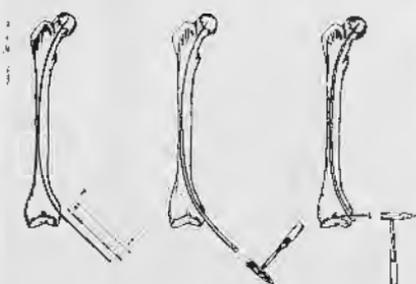
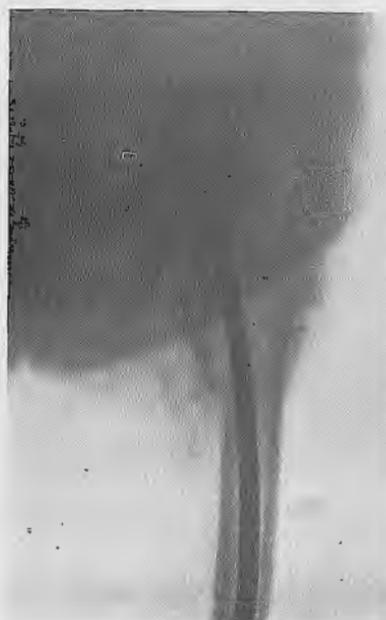


FIG. 12

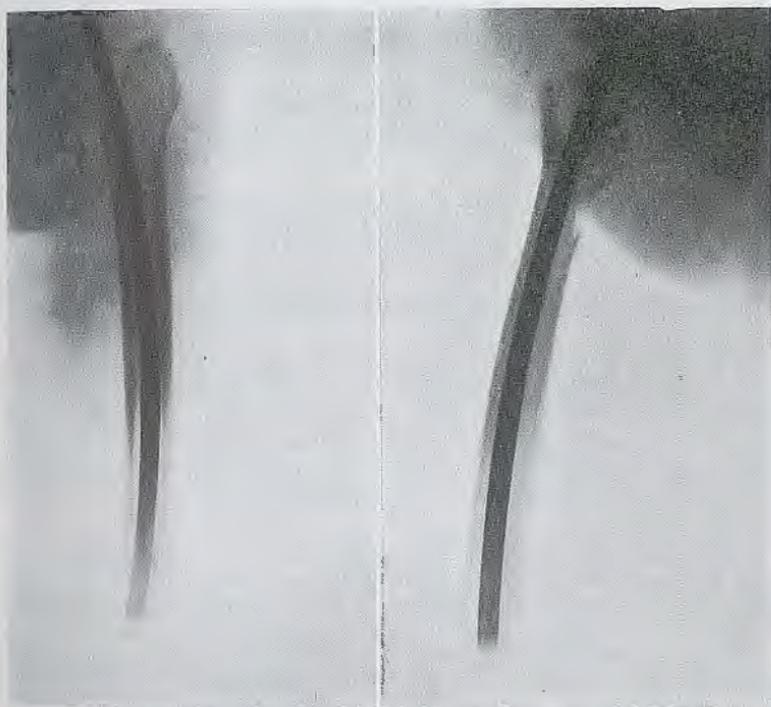


FIG. 13



que sirve también para extraerlo) una pieza especial (tachuela) para evitar el retroceso del mismo (figs. 12 y 13).

11) Cierre de la herida operatoria en un solo plano.



Ventajas. — Sobre los procedimientos hasta ahora empleados, citados más arriba, tiene las siguientes ventajas:

- 1) Incisión mínima y poco sangrante.
- 2) Rapidez de ejecución.
- 3) Osteosíntesis a cielo cerrado.
- 4) Poco riesgo de infección. (Poca zona cruenta y se maniobra lejos del foco de fractura).
- 5) Menos irradiación del cirujano, por trabajar fuera del haz de rayos X.

CONCLUSIÓN. — No poseemos casuística con tiempo suficiente para sacar deducciones definitivas, sin embargo, las ventajas antes citadas (que hemos comprobado personalmente) nos hacen sentir francamente optimistas y creemos, si la experiencia nos lo confirma, se trata de un procedimiento muy digno de tener en cuenta.