

Sr. Director:

Hacemos referencia al Volumen 45, fascículo 4 de nuestra Revista, excelente número monográfico dedicado al clavo endomedular. En el volumen citado Fernández Domingo señala en Editorial la prudencia que corresponde a una cirugía que utiliza estos elementos mecánicos y Forriol generaliza las indicaciones, después de un excelente recordatorio biológico y mecánico. Sin embargo nos atterra pensar que el conjunto, mal leído, pueda ser una incitación más al uso indiscriminado del implante intramedular encajonado del que suelen precisarse poco sus indicaciones. En el año 1993 publicamos el libro Errores en la Osteosíntesis, reeditado el 2000, en el que recogíamos los grandes errores que hemos cometido en el manejo de las placas. Actualmente

estamos documentando, por su interés pedagógico, los errores que se cometen con los clavos. Permítanos adjuntarle, aunque no sea habitual en esta sección, algunas imágenes (figs. 1 a 6) que por su impacto sin lectura, pueden alertar al lector. Todas ellas pueden interpretarse leyendo detenidamente el original de Forriol.

Rafael Orozco. J. Miquel Sales.
Fundación M. E. Müller.
Barcelona



Figura 1. El acortamiento y el alargamiento son errores frecuentes. Suelen asociarse a otras desviaciones.

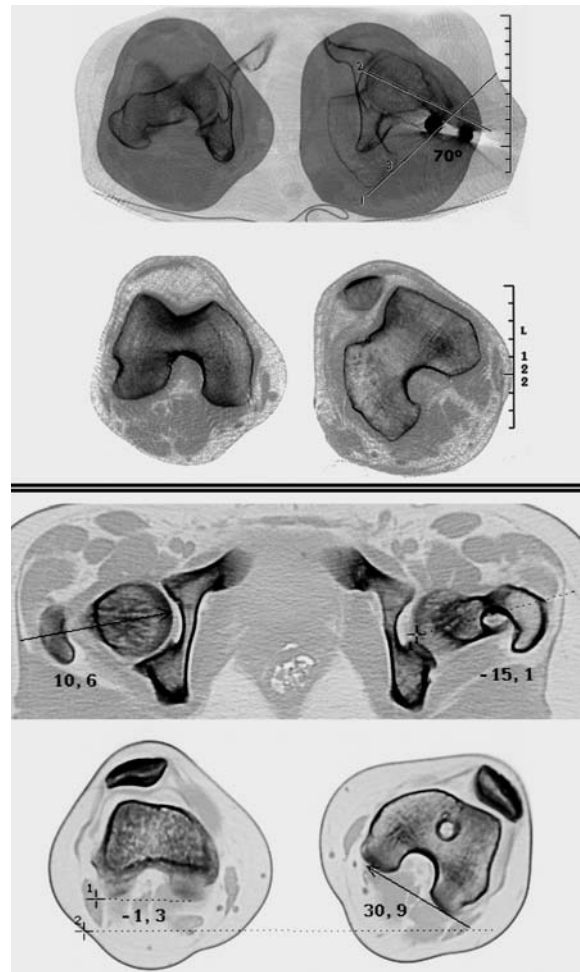


Figura 2. El control de la rotación es la parte más difícil de la técnica. El encajonado, aditamento del clavo propuesto para evitar la rotación secundaria, fija también los defectos de reducción. Ejemplos de rotación interna de 70° y de rotación externa de 58°.



Figura 3. La filosofía, cada vez más aceptada, que el enclavado intramedular es técnica de elección en los polifracturados, puede llevar a situaciones de invalidez difícilmente recuperable aunque el paciente sobreviva. Combinación de desviaciones en acortamiento, rotación, varo, flexión.

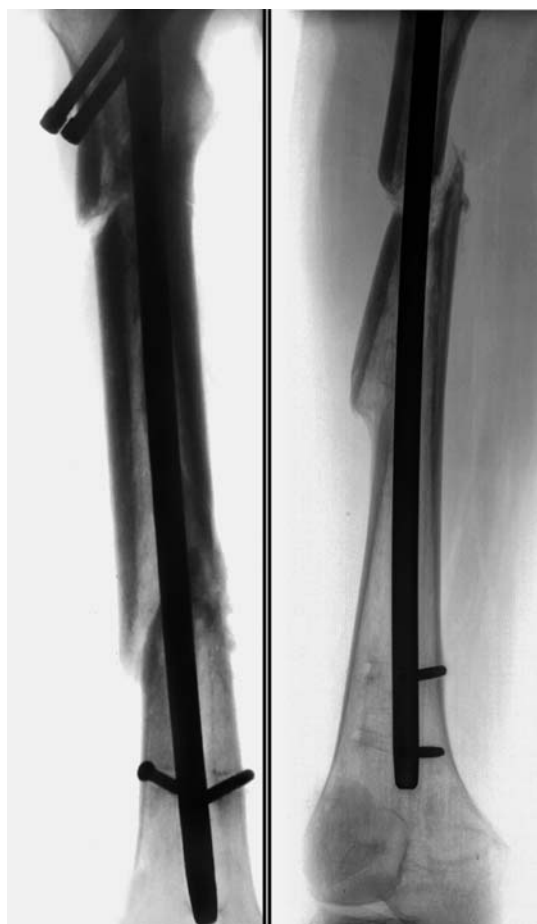


Figura 4. En fracturas polifragmentarias, los cerrojos mantienen la longitud, pero si no existe suficiente contacto entre los fragmentos, sufren fatiga y rompen. La dinamización espontánea puede dar origen a la curación, pero no siempre es así. La extirpación de los fragmentos distales del tornillo roto es difícil y si no se hace pueden impedir la extirpación del clavo.

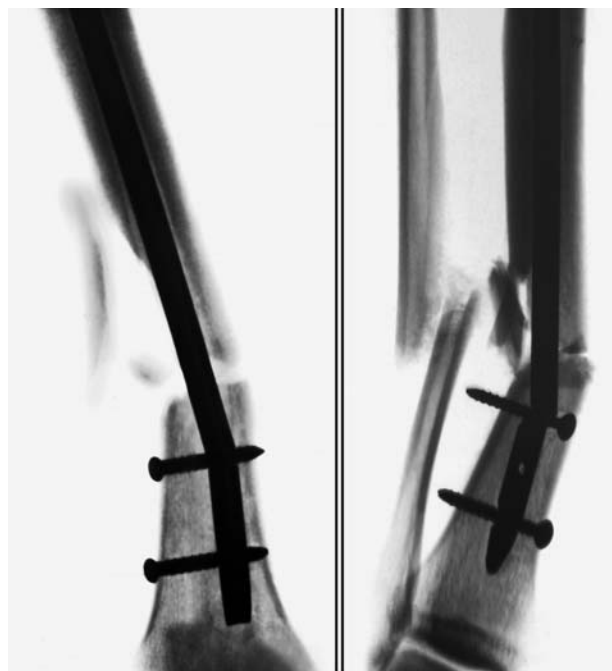


Figura 5. Los clavos cerrojados con indicación apurada sobre fracturas metafisarias, pueden romper por fatiga a nivel del agujero más proximal a la fractura, zona débil en la que se concentran las sollicitaciones. Ejemplos en fémur y tibia.

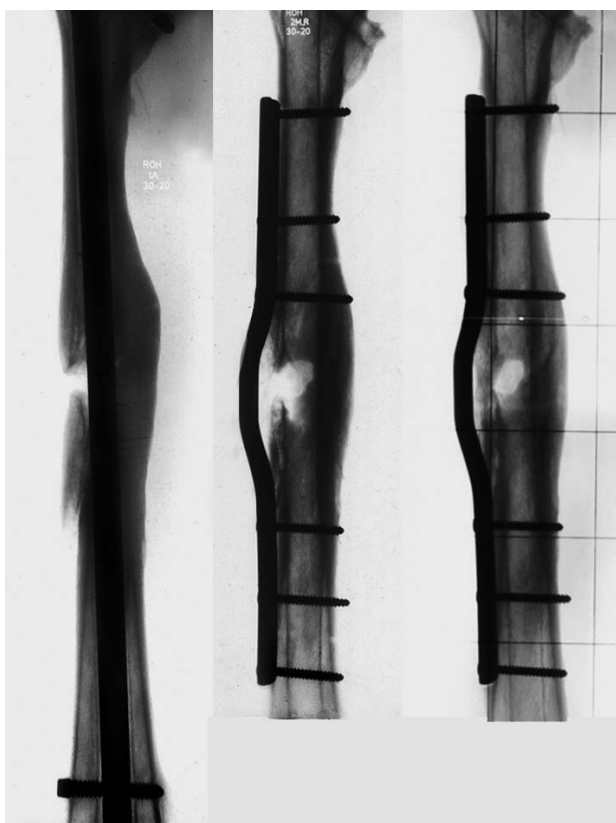


Figura 6. En las fracturas polifragmentarias de la diáfisis femoral, suele observarse callo en la cortical sometida a compresión (cortical interna) y reabsorción, a veces muy importante, en la cortical sometida a tracción (cortical externa). El fenómeno es casi constante y a veces sólo se observa en el momento de la extirpación del clavo. Pueden ser causa de refractura que obliga a reintervención.

COMENTARIO

El Consejo de Redacción está de acuerdo con las puntualizaciones anotadas en su Carta al Director, considerando importante que se tenga siempre en mente la ortodoxia y la corrección en la indicación de cualquier método de osteosíntesis para tratar de minimizar los errores y los malos resultados.

La Dirección de Revista de Ortopedia y Traumatología