



# Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



## COMENTARIO AL ARTÍCULO

### Tratamiento de las fracturas de tibia por enclavamiento cerrado tipo Kuntscher

### Treatment of fractures of the tibia by closed pegged rate Kuntscher

En este artículo que nuestra revista me invita a comentar saltan a la vista, al menos en una lectura superficial, dos aspectos que una vez más llaman la atención de nuestra sección de artículos clásicos, por una parte, la frescura, la rigurosidad y la sencillez del lenguaje utilizado y, por otra, la vigencia de la mayor parte de las afirmaciones que se realizan.

A pesar de que los orígenes del enclavado intramedular se sitúan en la primera mitad del siglo XIX, fruto del desarrollo de las técnicas de asepsia, es en 1940 cuando Gerhard Kuntscher establece los principios de enclavado a foco cerrado que consideramos precursores de las técnicas actuales. A partir de ese momento, sus métodos son mejorados progresivamente por la escuela francesa y en Alemania por él mismo, en que se desarrollan los conceptos de fresado, contacto en tres puntos y hasta los más modernos de enclavado dinámico y estático a principios de los sesenta.

El presente artículo muestra cómo los profesores Enrique y Alfredo Queipo de Llano contribuyeron a divulgar estos avances en nuestro país, contribuyendo de forma decisiva en el desarrollo de la emergente especialidad de traumatología.

Mediante clavos no cerrojados logran resultados excelentes en cuanto a tasas de consolidación, recuperación de la movilidad de la rodilla y carga precoz que se aproximan a los resultados obtenidos con las técnicas actuales.

La modificación del punto de entrada promulgada por la escuela francesa del Hospital de Cochin se ha consolidado como técnica habitual al evitar las complicaciones derivadas de la inserción a nivel de la tuberosidad anterior de la tibia, y es la recomendada por todos los tipos de enclavados de tibia del adulto.

Las indicaciones de enclavado, incluso en fracturas abiertas con exposición del hueso, con adición de gestos de cobertura de las partes blandas concuerdan con los últimos enfoques agresivos que se vienen promulgando de osteosíntesis y cobertura en el mismo tiempo quirúrgico

como alternativa al tratamiento con fijación externa definitiva en este tipo de fracturas.

La técnica quirúrgica es detallada y con alusión a aspectos prácticos que tienen plena vigencia actualmente y de los que carecen la mayor parte de los estudios actuales, bien por desconocimiento de ellos o bien por sobreentenderse que son de todos conocidos.

Su cuidada descripción, tanto de la colocación del paciente como de todos los detalles quirúrgicos para obtener un resultado óptimo, nos permite mejorar nuestras técnicas actuales y evitar errores frecuentes que no por bien conocidos son aplicados siempre.

La aparición del clavo encerrojado nos ha permitido ampliar las indicaciones de enclavado a las fracturas conminutas, fracturas con pérdida de sustancia ósea y fracturas espiroideas más allá de las propuestas por los autores, así como el fresado sistemático del canal para introducir clavos de mayor grosor nos permite cargas inmediatas cuando está indicado. No obstante, el manejo que se describe en este artículo dista muy poco del actual y supone un salto cualitativo en el tratamiento de las fracturas de la diáfisis tibial.

Como reflexión propia, envidio la capacidad didáctica, la claridad, la meticulosidad y el detalle en la explicación, tanto del planteamiento terapéutico como de la técnica empleada, y me produce pesar al compararlo con los artículos actuales, donde parece que, por lo general, hemos perdido esa capacidad de comunicación y nos hemos encorsetado en un lenguaje de términos estándar que aportan mucho menos al lector que busca mejorar su práctica diaria.

Solo queda disfrutar de la lectura repetida de este artículo donde se respiran la buena praxis y el entusiasmo que nos empujan a todos a la hora de enfrentarnos con nuestros retos diarios.

A. Ibarzabal Gil

*Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología,  
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

*Correo electrónico: aitoribarzabal@hotmail.com  
(A. Ibarzabal Gil)*