



Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



COMENTARIO AL ARTÍCULO

Osteosíntesis en las fracturas maleolares[☆]

Internal fixation of ankle fractures

El artículo presenta la experiencia preliminar de los autores en el tratamiento quirúrgico de las fracturas maleolares; hace hincapié en la importancia de la reducción anatómica del maleolo tibial y asume que su reposición conlleva la de astrágalo y de calcáneo, con lo que la función y la biomecánica del tobillo quedarían repuestas. Junto con el uso de tornillos de Vitallium[®] y antibióticos, afirman que el riesgo de infección y de intolerancia a los metales prácticamente desaparecerían.

En la presentación de casos, salvo en uno en que utilizan un enclavado endomedular de peroné, sólo se interviene el maleolo tibial, seguido de inmovilización con yeso durante 6 semanas; no hacen referencia a si, además de la reducción quirúrgica y la síntesis con un tornillo del maleolo tibial, se manipula y se reduce la fractura de peroné. En todos los casos se mantiene la inmovilización durante 6 semanas, tiempo habitual en el tratamiento conservador de estas fracturas. Tampoco se aportan datos sobre la diástasis tibioperonea como consecuencia del desplazamiento del peroné y la posible lesión del ligamento o sindesmosis tibioperonea, sólo se mencionan los resultados funcionales y de reincorporación laboral.

Aunque en el trabajo no aparecen referencias bibliográficas, los autores citan 2 publicaciones previas (Boppe y Vassitch y Patoir), una destaca la urgencia del tratamiento y la otra incide en los malos resultados del tratamiento quirúrgico de sus primeros casos.

Llama la atención que, aunque el tratado de Böhler ya se había publicado traducido al castellano, al menos 3 ediciones, y en éste se describen las lesiones de los maleolos y los ligamentos (aunque se emplea únicamente el tratamiento conservador), en el trabajo de Salaverri y Gorostidi no se hace mención a la sindesmosis o al ligamento tibioperoneo¹. En esas mismas fechas, Lauge-Hansen publica sus trabajos con su clasificación, que, actualmente, junto con el posterior trabajo de Danis-Weber², se sigue utilizando³. Sin embargo, aunque se hacía referencia a la lesión de la sindesmosis tibioperonea,

Böhler sólo prolongaba la inmovilización de 6 a 12 o 18 semanas en los casos con clara apertura de la pinza tibioperonea y no insistía en lo crucial de la reposición de la longitud del peroné y de la sindesmosis¹. Si bien en el tratado de Sanchis Olmos, que hace referencia especial a las lesiones en rotación externa y a la reposición de la pinza tibioperonea mediante el desplazamiento medial del peroné sin supinar el tobillo, señala que rara vez es necesaria la cirugía y sólo hace falta prolongar el yeso por encima de la rodilla y mantenerlo al menos 8 semanas⁶.

Actualmente, es impensable que un trabajo de este tipo se enviara para publicar, pero hace 60 años el mero hecho de intentarlo exigía un esfuerzo importante, ya que el acceso a la literatura médica era muy limitado. Las publicaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología comenzaban a aparecer en las publicaciones de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), o de forma esporádica en revistas de Cirugía. Estas revistas tenían una difusión limitada. Junto con esto, las reuniones científicas y congresos eran escasos, había dificultad para los desplazamientos y el intercambio de información y experiencias. Muy pocos especialistas salían al extranjero y aportaban innovaciones a la práctica habitual.

En ese contexto, la publicación de este trabajo, con la novedad que suponía en cuanto al tratamiento quirúrgico de una fractura que hasta entonces sólo se trataba de forma conservadora, supone tanto un hito en el ámbito de la especialidad como el hecho de asumir el riesgo de las críticas de los colegas (muy böhlerianos) hasta que se difundieron las ideas de Danis sobre el tratamiento quirúrgico a través de la sistematización del grupo de la Asociación para el Estudio de la Osteosíntesis (AO)⁵. Igualmente, el tratado de Watson-Jones de pocos años después aportaba ya la diferencia de reponer la pinza tibioperonea con un tornillo en esta enfermedad⁴.

Actualmente, pocas fracturas de tobillo se tratan de forma conservadora, salvo las no desplazadas. Autores previos han sistematizado su conocimiento a partir de un análisis minucioso de sus casos y, sobre todo, de sus fracasos. Junto con esto, la utilización de una técnica depurada, respetuosa con las partes blandas, la profilaxis antibiótica y disponer de implantes de osteosíntesis bien desarrollados y fabricados permiten conseguir unos resultados consistentes y reproducibles. A esta conclusión se llega a partir de las aportaciones de los predecesores, como los

[☆]M. Salaverri Bearán e I. Gorostidi Erro. Cirugía del Aparato Locomotor, vol. VII, fasc. 1.º págs. 466-71, 1950.

autores de este trabajo y los demás mencionados en este comentario.

Bibliografía

1. Böhler L. Técnica del tratamiento de las fracturas. Vol II, 3 ed. Barcelona: Labor; 1942. p. 1301–72.
2. Danis R. Théorie et pratique de l'osthéosynthèse. Paris: Masson et cie; 1949.
3. Lauge-Hansen N. Fractures of the ankle. Analytic historic survey as the basis of new experimental, roentgenologic, and clinical investigations. Arch Surg. 1948;56:259–317.
4. Watson-Jones R. Fracturas y traumatismos articulares. Barcelona: Salvat editores; 1957. p. 815–62.
5. Müller ME, Algöwer M, Schneider R, Willenegger H. Manual de osteosíntesis. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1971 (1.º edición en alemán, Springer-Verlag, 1970).
6. Sanchís Olmos V. Fracturas y otras lesiones traumáticas. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1963.

E. Gil Garay

Departamento de Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: egilgaray@msn.com (E. Gil Garay)