

Tarugo óseo anticolapsante en las fracturas del radio distal

Dr. LUCIANO POITEVIN*



Fig. 1. Radio cadavérico con fractura conminuta del radio distal experimental.



Fig. 2. El mismo radio una vez regularizada la conminución con fresa tipo Cloward.

El acortamiento del radio por colapso longitudinal es la secuela más invalidante de las fracturas conminutas del radio distal. Dicho colapso es consecuencia de la conminución cortical y/o de la cavitación residual por hundimiento plástico del hueso esponjoso (Figura 5). El empleo de tutores externos fijados al segundo metacarpiano para mantener la distracción por ligamentotaxis es una técnica anticolapsante que actúa a través del carpo y produce con frecuencia distrofia simpática refleja. La colocación de un tarugo óseo bicortical de ílfaco con el instrumental de Cloward previa regularización de la conminución es un procedimiento que hemos ideado y que actúa como elemento anticolapsante biológico y sin costo de implante.

Se inspira en los procedimientos de revisión de las pérdidas de sustancia acetabulares con cotilos no cementados, en las que se busca apoyar un im-



Fig. 3. La misma pieza una vez calzado el tarugo óseo tomado de la cresta ílfaca.

plante de mayor tamaño sobre hueso pélvico sano. De la misma manera, y previa reducción y manteniendo la tracción, con las trefinas adecuadas, procedemos a eliminar la conminución (Figuras 1 y 2) y darle una forma circular para calzar a presión, en

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Antártida Hospital Privado, Rivadavia 4978, (1424) Buenos Aires.

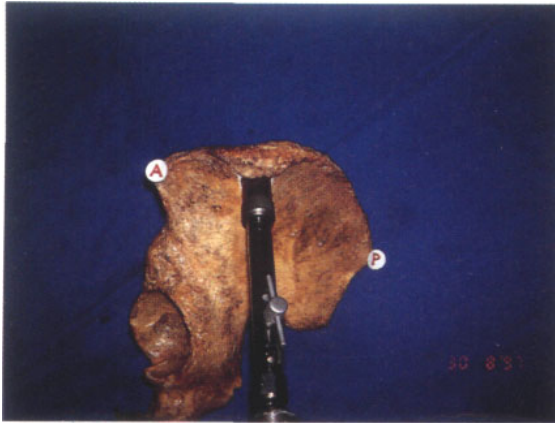


Fig. 4. Toma del injerto óseo de la cresta ilíaca (hueso cadavérico).

la cavidad así creada, un tarugo óseo bicortical que se opone al colapso longitudinal (Figura 3). El tarugo se toma del ala ilíaca, inmediatamente distal a la cresta y a cuatro traveses de dedo por detrás de la espina ilíaca anterosuperior (Figura 4). El montaje se completa con clavijas (Figura 5 y 6) y rara vez requiere ser neutralizado por breve tiempo con un

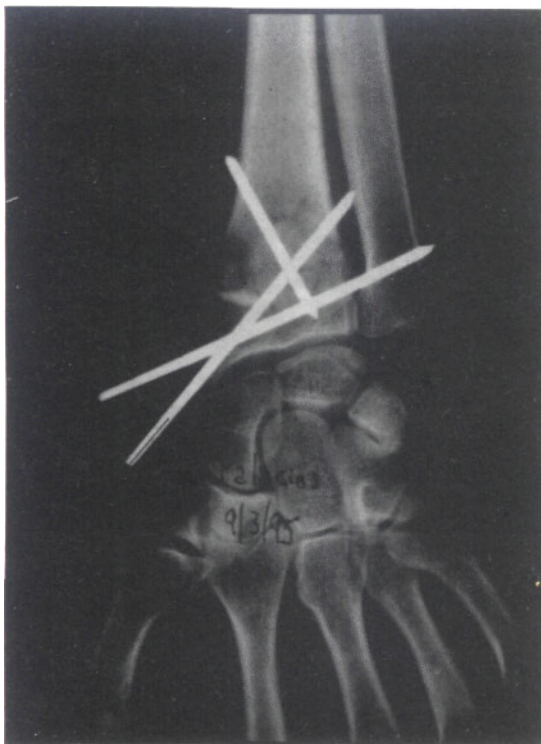


Fig. 6. Radiografía del mismo caso una vez completado el procedimiento. Obsérvese el tarugo óseo *in situ* y las clavijas que estabilizan el montaje.



Fig. 5. Radiografía de un caso clínico mostrando la cavitación residual del hueso esponjoso post-reducción.

tutor externo al segundo metacarpiano.

El acceso al ala ilíaca se hace por una incisión de 4 cm, paralela a la cresta y se divulsiona el glúteo medio longitudinalmente. No requiere hemostector y puede realizarse sin internación.

Empleamos esta técnica para las fracturas extraarticulares conminutas y para las intraarticulares simples con conminución metafisaria.

Hemos operado hasta la fecha 8 casos con resultados satisfactorios. La casuística será presentada próximamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Brody GA, Hentz VR: Cloward technique for obtaining iliac crest bone graft in hand surgery. *J Hand Surg* 1990; ISA: 181-183.
- Cloward RB: History of the anterior cervical fusion technique. *J Neurosurg* 1985; 63: 817-819.
- Cloward RB: The anterior approach for removal of ruptured cervical disks. *J Neurosurg* 1958; 15: 602-617.
- Cloward RB: Vertebral body fusion for ruptured cervical discs. *American Journal of Surgery* 98: 722-727.
- Fritsch Bone Graft. In Leibinger GmbH 90-07540 06/94, 1994.
- Sandow Y, Wai L, Hayes MG: Intercarpal arthrodesis by Dowel Bone Grafting. *J Hand Surg* 1992; 17B: 463-466.