

Sr. Director:

He leído el trabajo publicado por Orozco y Sales: «Indicaciones actuales de las placas de osteosíntesis» (Rev Ortop Traumatol 2002;46(S1)70-5, diciembre 2002) y quisiera comentar algunos puntos de dicho artículo.

En el título, en el resumen y en todo el trabajo se hace hincapié en el término «indicaciones». Creo que sería bueno ponernos de acuerdo con respecto a lo que entendemos cada uno con esta frase. ¿Qué quiere decir el médico cuando habla de «buenas» o «malas indicaciones», o, que el caso depende de las «indicaciones», o el resultado depende de las «indicaciones»? Tengo la impresión de que indicación significaría, primero, hacer un claro diagnóstico y segundo, proponer alternativas terapéuticas de acuerdo con ese diagnóstico. Decir «muchas indicaciones de osteosíntesis con placa [...]» (pág. 70), significaría que hay una precisa relación entre diagnóstico y propuesta terapéutica. Si el diagnóstico no es correcto, mal podrán proponerse alternativas curativas.

En el tópico de los diagnósticos entran en juego las clasificaciones, pero —lo dicen los expertos— clasificaciones fiables; de lo contrario no podríamos «garantizar» tampoco la opinión sobre resultados¹. Según Schmidt² una clasificación de simple descripción tiene como desventaja su ambigüedad y subjetividad haciéndola poco útil para propósitos de investigación y publicaciones.

«Lo que pretende la Traumatología es curar las fracturas» (pág. 71). ¿Qué entendemos por «curar»? Según mi opinión significaría lo siguiente: que la fractura consolide pronto, que cuanto antes el paciente salga de su estado de discapacidad, que la consolidación sea con sus ejes normales, que no le quede ninguna secuela funcional, estética, o infecciosa, y que el paciente al final de la curación pueda tener la misma calidad de vida que antes del accidente.

¿Pero, todo esto, *siempre* es posible lograrlo? No. ¿Por qué? Porque *nunca* todos los casos son iguales. El verdadero problema es cómo igualarlos, cuando menos por grupos, para dar indicaciones y hablar de buenos o malos resultados. Problema relacionado nuevamente con las *clasificaciones* (el claro diagnóstico y la orientación terapéutica). Corresponde a lo que Nicoll³, en 1964, llamó «personalidad» de la fractura.

Parece que el tratamiento de la fractura (lo que estudia la Traumatología) se basa en un verdadero trípode: diagnosticar claramente (personificar), disponer de recursos materiales para reducir e inmovilizar (equipos, instrumentos, herramientas, sus protocolos —*software*—), y el grado de preparación del factor hombre-cirujano, verdadero artífice, con sexto sentido, para lograr el objetivo de reducir e inmovilizar bien.

Para curar cualquier fractura no basta decir que el clavo intramedular fresado es mejor o peor que el no fresado;

tampoco vale decir que los fijadores externos monolaterales son mejores que los transfixiantes, o que la placa con tornillos no sirve, o que los tratamientos conservadores con férulas o con yesos son menos inocuos que los tratamientos quirúrgicos. Los clavos intramedulares —cualquiera de los modelos—, las placas, los fijadores externos, los yesos, y otros, son sólo medios mecánicos inmovilizadores.

En todos los casos para iniciar la curación de la fractura se trata de reducir adecuadamente el desplazamiento de los fragmentos (cuando lo hay), y una vez logrado esto, mantener correctamente inmovilizada la fractura durante el tiempo suficiente con alguno de los medios mecánicos disponibles. Si conjuntamente con la fractura se presentan otras lesiones concomitantes, tales como la alteración de los tejidos blandos —*herida*—, la infección, la pérdida de hueso o trastornos en el aporte vascular sanguíneo, estas lesiones añadidas, además de la reducción e inmovilización, tienen que ser solucionadas con acciones curativas muy específicas y en función de su momento terapéutico (protocolos específicos según el diagnóstico claro).

«Desde el punto de vista quirúrgico, es un placer, una delicia, operar bien y con todos los medios una fractura». Según la Traumatología para *curar* las fracturas, éstas deben ser bien reducidas y bien inmovilizadas. La *reducción* es un acto médico definido (lograr la reacomodación del desplazamiento óseo) y la inmovilización, también es otro acto médico pero relacionado con la utilización de algún medio mecánico, externo o interno, que cumpla con los objetivos de la adecuada fijación: no futuros desplazamientos, no excesivamente rígido, no permitir la presencia de macro-movimientos continuos.

En recientes publicaciones se sigue diciendo que el tratamiento de las fracturas puede ser quirúrgico y no quirúrgico². Nosotros creemos que, se trata en cualquier caso, de conseguir siempre una aceptable colocación de los fragmentos desplazados (la *reducción*), y, después de haberlo logrado, mantener *bien inmovilizada* la fractura con un medio inmovilizador de preferencia poco invasivo, no excesivamente rígido (elástico) durante tiempo suficiente. Tanto la *reducción* como la *inmovilización* pueden hacerse con o sin cirugía.

Los medios mecánicos inmovilizadores son de distintas formas y no todos responden a las expectativas de cualquier patrón de fractura. Dependen de la figura, de la fragmentación, del grado de desplazamiento, de la zona donde está ubicada la lesión (región —radio, tibia, cadera, fémur—, si intraarticular, metáfisis-epífisis, diáfisis) y de la concomitancia de herida. Es decir, dependen de su *personificación* (la clasificación). Algunos patrones de fractura pueden ser bien inmovilizados prácticamente con casi todos los medios que conocemos, mientras que otros sólo responderán a determinados medios mecánicos, y otros responderán adecuadamente a una verdadera combinación de *medios*. La elección por parte del cirujano de tal o cual medio también de-

pende de otros factores, en especial de su disponibilidad (factor recursos materiales), del entrenamiento o de un sexto sentido objetivo o subjetivo del cirujano (factor hombre) para ofrecerle al paciente seguridad o confortabilidad del medio a aplicar, pero en esencia, que este medio inmovilizador no permita futuros desplazamientos ni la presencia de macromovimientos continuos (desplazamientos mayores a 2 mm en el foco de lesión⁴).

En la elección del medio inmovilizador, incluso, intervienen factores colaterales al aspecto patrón fracturario, como la edad, sexo, profesión, enfermedades de fondo, politraumatismo, y otros. La elección depende pues, de la bien llamada «personalidad de la fractura» y de los recursos materiales disponibles. No se puede negar que buena parte del éxito depende del cirujano, su preparación, destreza, habilidad, conocimiento, cómo maneja a su paciente hasta el final, e igualmente también, del propio paciente, de su ánimo o disposición a soportar cualquier tratamiento (factores subjetivos de personalidad).

Si el cirujano logra realizar una adecuada reducción e igualmente una adecuada inmovilización con el medio inmovilizador que fuere, sin menoscabar la salud del paciente, debe aceptarse que el procedimiento es bueno. Sin embargo, si queremos evaluar resultados haciendo comparaciones entre medios inmovilizadores, resaltando sus ventajas y desventajas, entonces los casos por evaluar tienen que ser en sus principales características siempre iguales, de lo contrario la evaluación de resultados entre diferentes técnicas nunca será exacta. El cirujano en cualquiera de los casos tiene que reducir bien e inmovilizar bien con el medio que cuente como recurso, eligiéndolo según la «personalidad» con un sexto sentido, objetivo o subjetivo, para ofrecerle al paciente seguridad, confort y rápida salida de su estado de invalidez (calidad de vida). Si el cirujano se decide por un tratamiento de fijación interna (con placa, con clavo intramedular, etc.), es por que intuye y espera darle estas ventajas. El método además de ser seguro debe ofrecer mejor calidad de vida desde el postoperatorio.

Algunos pensamos que no puede atribuirse todo el éxito o todo el fracaso a tal o cual técnica de inmovilización, ya sea por método conservador (yeso), de osteosíntesis interna (placa, clavo intramedular cerrojado o sin fresar) o de fijación externa, si no se tienen en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas.

M. Alfredo-Aybar

Ortopedia y Traumatología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

BIBLIOGRAFÍA

1. Garbuz D, Masri B, Esdaile J, Duncan C. Classification Systems in. J Am Acad Orthop Surg 2002;10:290-7.
2. Schmidt AH, Finkemeier CG, Tornetta P III. Treatment of closed tibial fractures J Bone Joint Surg Am, 2003;85A:352-68.
3. Nicoll EA. Fractures of the tibial shaft —a survey of 705 cases. J Bone Joint Surg Br 1964;46B:373-87.
4. Goodship AE. Mechanical modulation of fracture repair. The 14th International Hoffmann External Fixation Conference. Granada, Spain, 1992.