
Comentario

El artículo está firmado por dos personalidades pioneras de lo que es hoy la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica en nuestro país. Sanchís-Olmos fue el fundador de la actual *Revista de Ortopedia y Traumatología*, y Hernández-Ros fue un referente nacional en el Gran Hospital del Estado (hoy convertido en el Hospital Universitario La Princesa), y conocido por las múltiples innovaciones técnicas que introdujo en la osteosíntesis de las fracturas. Algunas de ellas han perdurado y sobrevivido casi 5 décadas después. Quien firma este editorial ha conocido y observado la realización de alguna de ellas durante su formación de residente en los primeros años de la década de los noventa.

Los autores describen una nueva técnica de osteosíntesis en el tratamiento quirúrgico de las fracturas simples desplazadas del olécranon, haciendo revisión crítica de los procedimientos de osteosíntesis utilizados hasta ese momento a nivel internacional (año 1944). El artículo expone los pro-

blemas encontrados con los métodos de osteosíntesis metálicos y no metálicos, y especialmente con los metálicos: el cerclaje de alambre según técnica de Böhler y el uso aislado de tornillos de esponjosa. Los autores describen los principios técnicos que debe cumplir la osteosíntesis de estas fracturas para evitar complicaciones como la ausencia de consolidación de la fractura, o la consolidación en posición errónea, con la consiguiente repercusión funcional. Estos principios son: la consecución de la reducción anatómica de los fragmentos, la obtención de compresión en el foco de fractura y finalmente la estabilidad intraoperatoria.

Estos principios acompañan a una cuidadosa y planificada técnica quirúrgica, que consiste en la colocación de un alambre, premoldeado antes de la cirugía, que abraza y reúne ambos fragmentos, al mismo tiempo que realiza compresión interfragmentaria. Los autores presentan excelentes resultados, con ausencia de complicaciones, y con recuperación completa de la movilidad, a pesar del retraso en el

inicio de movilización activa de la articulación del codo (6 semanas). Actualmente las fracturas de olécranon se dividen según el grado de desplazamiento en fracturas no desplazadas (< 2 mm) y desplazadas. A su vez las fracturas desplazadas se pueden dividir en estables e inestables. El 85% de las fracturas de olécranon suelen ser desplazadas, estables y simples, como los casos descritos en el artículo. Estas fracturas deben su estabilidad a la integridad del fascículo anterior del ligamento colateral medial¹.

Las fracturas no desplazadas son poco frecuentes (5%) y responden bien al tratamiento conservador; no obstante suelen ser intervenidas si no concurren factores como edad avanzada y malas condiciones médicas del paciente, con el fin de acelerar el inicio de movilización activa de la articulación. Las fracturas desplazadas e inestables son afortunadamente también poco frecuentes (5%), y generalmente se asocian bien a fracturas de la cabeza radial como a gran conminución de la propia fractura del olécranon, características de las fracturas de alta energía tan frecuentes en los tiempos en los que vivimos, no así en el momento en que el artículo fue publicado¹.

El tratamiento de las fracturas de olécranon también ha evolucionado con el conocimiento de las fuerzas implicadas en la génesis de estas fracturas, y con el aumento de fracturas más complejas. El tratamiento de las fracturas de olécranon debe seguir los principios básicos presentados en el artículo, buena reducción anatómica y compresión en el foco de fractura, siempre que sea posible. La única salvedad ha sido la búsqueda de técnicas quirúrgicas que permitan iniciar más precozmente la movilización activa, y que logren al mismo tiempo la consolidación de la fractura, con el mínimo menoscabo de la función de la articulación del codo.

Asimismo las técnicas quirúrgicas han ido variando en función del tipo de fractura. En los casos de fracturas desplazadas y estables, como los presentados en el artículo, el tratamiento más aceptado en la actualidad sigue el principio del obenque (tirante) apoyado sobre agujas de Kirschner, y ello puede combinarse con tornillos de tracción en las fracturas de trazo oblicuo². Esta técnica quirúrgica ha sufrido diferentes modificaciones técnicas, con implicaciones biomecánicas en la mejora de la compresión interfragmentaria, como la realización de dos nudos, a nivel medial y lateral, en lugar de un solo nudo³. Como alternativa se ha descrito el uso de tornillos de esponjosa que penetren en la medular del fragmento distal, pero combinado con un cerclaje de

alambre⁴. En el artículo ya se mencionan las posibles complicaciones de realizar la osteosíntesis de estas fracturas mediante sólo un tornillo de esponjosa, especialmente en las de trazo oblicuo, por no oponerse a las fuerzas de tracción.

No obstante ahora se observan con mayor frecuencia fracturas más complejas o conminutas, estables e inestables, que no objeto de artículo. En estas fracturas la osteosíntesis recomendada son las placas en sus diferentes modelos. En estos casos se debe intentar reconstruir la superficie articular, especialmente su radio de curvatura, para preservar la congruencia, y por tanto la movilidad articular¹. Sólo en casos excepcionales y de gran conminución, se puede realizar la extirpación del fragmento proximal, y reinsertar el tríceps en el fragmento distal, sin que ello haya demostrado que se provoque mayor dolor y limitación funcional que el intento de preservación de la anatomía ósea¹. Mas aún, tampoco se ha demostrado una pérdida de la fuerza de la musculatura extensora⁵.

La última reflexión es intentar desterrar la idea de la benignidad de estas fracturas, las cuales no olvidemos son articulares, y algunas de difícil reconstrucción anatómica, con el consiguiente riesgo de importantes complicaciones: dolor y limitación funcional por el desarrollo de artrosis secundaria, y limitación de movilidad por estabilidad insuficiente que impida una rehabilitación precoz.

J. Fernández-González

*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Hospital Universitario La Princesa. Madrid.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrey BF. The elbow and its disorders. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
2. Orozco R, Sales JM, Videla M. Atlas de osteosíntesis. Fracturas de los huesos largos. Barcelona: Masson, 1999.
3. Fyfe IS, Mossad MM, Holdsworth BJ. Methods of fixation of olecranon fractures: an experimental mechanical study. J Bone Joint Surg Br 1985;67B:367-72.
4. Murphy DF, Greene WB, Dameron TB. Displaced olecranon fractures in adults: clinical evaluation. Clin Orthop 1987;224: 215-23.
5. Gartsman GM, Sculco TP, Otis JC. Operative treatment of olecranon fractures. J Bone Joint Surg Am 1981;63A:718-21.