

En la mayoría de nuestros enfermos hemos empleado la vía parenteral, pero en algunos hemos podido mantener los efectos con la administración oral de tabletas una vez mejorado el estado del enfermo.

Por lo general, administramos la córticotropina en dosis de 15 a 25 mg. cada 6 u 8 horas; y en casos graves llegamos a administrar 100 mg. al día, durante uno o varios. Pequeñas cantidades administradas al acostarse alivian el prurito, lo que permite a muchos enfermos dormir tranquilos. Como hemos dicho antes, no hemos podido establecer hasta ahora dosis de mantenimiento debido a la extrema variación individual.

Para ninguna de las dos hormonas hemos explorado los efectos de la administración a largo plazo; nuestra opinión es, que mientras no se aclare esta cuestión, es preferible suspender el tratamiento tan pronto como se considera el efecto suficiente o se llega a la convicción de que no hay mejoría, especialmente tratándose de enfermedades de la piel, que muy raramente son de pronóstico fatal. Una vez más es necesario insistir en que, tanto la cortisona como la córticotropina son sustancias muy activas y que, por lo tanto, es imprudente su administración cuando no son estrictamente necesarias, y en particular cuando no se saben bien sus efectos. La idea de prescribirlas "para hacer algo" en casos que no han respondido a otros tratamientos es francamente reprobable porque se expone al enfermo a un riesgo inmotivado. Estamos firmemente convencidos de que a partir de los espectaculares resultados descritos en 1949 en varias afecciones, estas drogas han sido administradas muchas veces sin necesidad y sin un buen criterio clínico, y en estos casos, los males han sido más que los beneficios.

## FISIOTERAPIA

### TRATAMIENTO DE ALGUNAS COMPLICACIONES DE LA FRACTURA DE COLLES

Dr. MILANDE KNAPP  
Minneapolis, Minn.

**S**E llama fractura de Colles a la de la extremidad inferior del radio, a unos 2 centímetros y medio de la superficie articular, acompañada a veces de fractura de la apófisis estiloides del cúbito. La deformidad suele presentar tres características: desviación posterior, angulación

posterior y desviación radial de la mano sobre la articulación de la muñeca. Los dos fragmentos suelen estar impactados. La lesión es consecuencia de una caída sobre la mano extendida.

Al reducir la fractura es importante que la desviación posterior se corrija por la inmovilización en flexión palmar; sin embargo, como la flexión sobre la palma de la mano, si es forzada, es una posición con la cual la función normal es casi imposible, es importante que la muñeca se coloque tan aproximadamente en línea recta como sea compatible con la reducción. La muñeca tendrá que ponerse otra vez en posición funcional tan pronto como sea posible, lo que suele ser a las dos semanas después del accidente. También es necesario reducir la desviación del cúbito, de modo que se evite el abultamiento del radio a nivel de la muñeca. Si el impacto es pronunciado, no se conseguirá la reducción si no se procede a separar los fragmentos, lo cual se hará lo más cuidadosamente posible; pero aun así, puede quedar la epífisis radial con defecto óseo que requerirá la inmovilización en desviación cubital para que se pueda obtener la curación sin deformidad; como la desviación cubital es una posición funcional, la inmovilización, incluso durante 6 semanas, no significa riesgo para la función de la mano, con tal que se usen los dedos durante el tiempo de la inmovilización.

Por su gran frecuencia, todo médico, incluso los no especialistas, tratan casos de fractura de Colles. En gran número de ellos, los resultados son buenos después de cierto tiempo, pero en una minoría pueden surgir complicaciones que resumimos a continuación.

#### **Fibrosis postraumática**

Tal vez la causa más frecuente de incapacidad es la fibrosis de los tejidos blandos después de un período prolongado de edema. Casi todas las fracturas van acompañadas de hematoma consecutivo al trauma, el cual es motivo de edema, aumentado por las dificultades locales a la circulación de retorno. Tanto el edema como el hematoma deberán eliminarse por los dos procesos de absorción y de organización. La absorción debe ocurrir dentro de los 10 días inmediatos después de la fractura, para que la organización empiece al final de la segunda semana. La misma organización puede provocar la formación de bandas fibrosas que pueden ser motivo de adherencias que a su vez son obstáculos al retorno de las corrientes hemática y linfática; si está cerca de las articulaciones limita los movimientos por ser éstos dolorosos. La formación de callo puede resultar a veces en depósitos de calcio en los tejidos blandos vecinos, proceso que se conoce con el nombre de miositis osificante.

Desde el momento de la reducción de la fractura, se tomarán las medidas necesarias para la eliminación del líquido edematoso; el mejor método es con el movimiento de los músculos. Nos encontramos, pues, con dos propósitos que aparentemente son antagónicos: la inmovilidad para asegurar la curación de la herida ósea y el movimiento de los músculos para eliminar el edema y favorecer la función de los tejidos blandos. Los dos objetivos pueden alcanzarse si el miembro fracturado se acomoda en una férula de escayola bien aplicada, no acolchada, y luego recortada en forma que sea posible la función, es decir, a nivel del pliegue de flexión en la palma de la mano, y de las cabezas distales de los metacarpianos en el dorso.

Por la parte del pulgar, deberá recortarse el borde de tal manera que este dedo pueda ponerse en oposición. Se recortará la férula en su parte proximal de modo que no impida los movimientos de flexión, extensión, pronación y supinación. Se explicará al paciente que debe valerse de la mano lesionada desde el primer día, para comer, vestirse, peinarse, rasurarse, escribir, abrir y cerrar puertas, e incluso para trabajar, aunque deberá evitar manipular objetos pesados así como sumergir la férula en el agua. Se le darán instrucciones para que mueva las tres articulaciones de cada dedo. Se vigilará que la pronación y supinación se haga con el codo en ángulo recto, para evitar que sea sustituida por la falsa pronación a partir del hombro. Deberá evitarse el empleo del cabestrillo, puesto que la movilidad es más espontánea con el brazo libre.

Si el movimiento no basta para reducir el edema, se puede recurrir entonces a la elevación mientras el paciente está en decúbito, con la mano suspendida de un estribo. Para el mismo objeto se puede recurrir también al calor y al masaje, para lo cual será necesario el empleo de una férula bivalva. Este sistema tiene el inconveniente de que, de no proceder con sumo cuidado, se puede provocar un desplazamiento.

Muchas veces el hombro está interesado en los casos de fractura de Colles, no tanto por el golpe recibido en la caída, sino como consecuencia de la inmovilización, con perjuicio aumentado a causa de llevar un cabestrillo. En muchas ocasiones la incapacidad del hombro podrá corregirse con sólo instruir al paciente que se lleve la mano detrás de la espalda dos veces al día.

En algunas ocasiones se ve al paciente en un momento en que la fibrosis ya está bien formada; entonces el empleo del calor, de preferencia en los baños de remolino, será la primera medida para restaurar la función, procediéndose seguidamente al masaje y a ciertos ejercicios de resistencia. Se contraindican las manipulaciones forzadas, incluso en caso

que se quieran intentar bajo anestesia. La terapia ocupacional es excelente porque mantiene el interés del paciente.

En una minoría de casos sigue a la fractura de Colles la atrofia ósea aguda postraumática de Sudeck, entidad patológica que se supone ser debida a una distrofia simpática refleja iniciada por el traumatismo. En las radiografías, se observa en estos casos una descalcificación moteada que, de ser intensa, puede muy bien simular la tuberculosis. Si la movilización se empieza precozmente, esta complicación es en extremo rara, pero, de presentarse, algunos autores han propuesto un bloqueo simpático, aunque la actividad parece ser la mejor medida terapéutica. El calor se contraindica porque provoca la atrofia ósea; el estímulo eléctrico puede ser de utilidad en caso de estar impedidos los movimientos naturales. Esta afección es de curso lento y, como consecuencia, el paciente necesita mucho estímulo moral durante la larga convalecencia; en general ocurre este tipo de distrofia en los sujetos de acusada inestabilidad nerviosa, lo que dificulta su atención. Aquí, más que en otra ocasión, la terapia ocupacional es de gran ayuda.

También se cita como complicación de este tipo de fractura, la artritis postraumática. Es cierto que pueden aparecer lesiones en la superficie articular, pero se desconoce si la artritis es el resultado de la fractura o de la inmovilización obligada. Generalmente ocurre en pacientes delgados y adultos, especialmente si rehusan hacer movimientos algo dolorosos. Después de algunos meses, la radiografía presenta imágenes de pérdida del cartílago articular, con descalcificación del hueso inmediato. Aquí se aplican los principios de tratamiento expuestos al hablar de la fibrosis postraumática.

Las complicaciones más raras comprenden la ruptura del tendón del extensor largo del pulgar, la tendovaginitis estenosante y la lesión de los nervios de la región, con la secuela de aparecer parestesias. Algunas de estas complicaciones exigen la reparación quirúrgica.