



Yo soy una persona afortunada Dr. Jose Hungria Neto

“Viví el cambio fundamental en el tratamiento de las fracturas y otros problemas del sistema musculoesquelético y quiero relatarles lo que paso”

Me gradué en el año de 1970 en la Santa Casa de São Paulo. En los dos años siguientes hice la residencia en el mismo hospital.

En aquella época el tratamiento de las fracturas era esencialmente incruento.

Las clavículas no se operaban jamás, en las fracturas de luxaciones del húmero proximal más graves socavamos la cabeza, las diáfisis del húmero recibían yeso colgante o un Dassault y algunas veces tracción por el olecranon y yeso toraco braquial, las fracturas supracondíleas cuando eran graves se trataban con alambres de Kirschner y yeso y para el antebrazo alambres de Kirschner endomedulares y yeso.

Las fracturas proximales del fémur si eran operadas: clavo de Smith Petersen o endoprótesis de Moore o Thompson, las fracturas trocánteras se fijaban con implantes angulados o tornillos de Pinto de Souza, los fémur con fracturas en el istmo y transversas y oblicuas cortas recibían el clavo de Küntscher por vía abierta y con fresado manual. Otros tipos de fracturas: tracción por 6 semanas y yeso pelvopodálico por 4 meses (por lo menos). Las rótulas recibían cerclaje y yeso o patelectomía parcial o total.

Para las tibias, el tratamiento se basaba en los “nuevos” conceptos de Sarmiento con el aparato yesado PTB. Los tobillos si eran operados con tornillos y alambres Kirschner (y yeso por supuesto).

Como vimos pocas fracturas eran operadas y las operadas en general recibían inmovilización pos-operatória hasta la consolidación, mismo

las fracturas articulares. Los resultados finales se consideraban buenos si la consolidación era alcanzada. La función y el tiempo de curación no eran importantes.

En el año 1974 tuve la oportunidad de leer y estudiar el Manual de Osteosíntesis en la primera edición en portugués. La parte mecánica era encantadora y los dibujos muy espectaculares. A mí me pareció interesante pero lejos de la realidad que conocíamos en aquellos tiempos.

En 1975 el Prof. Nova Monteiro organizó el Primer Curso AO en Brasil en la ciudad de Rio de Janeiro. Me conseguí un cupo con la idea de comprobar que los principios en el Manual no se aplicaban en las actividades prácticas, pero lo que me sorprendió a parte de la teoría biomecánica, fue que los esquemas del Manual eran reproducciones de radiografías verdaderas de tratamiento, completadas con imágenes de la movilización precoz de los pacientes operados. El milagro estaba consagrado! Contra hechos no hay contestación. Me quedé completa y permanentemente convertido a los principios AO = reducción anatómica, compresión interfragmentaria, técnica atraumática y movilización precoz.

El primer enfermo que operé cuando volví fue una fractura trifocal del fémur con trazo articular supracondiliano. Operamos con una placa larga de Vitalium de la empresa Howmedica. Recibimos todas las críticas y contestaciones posibles de los maestros mayores. Cuando presentamos las fotos de la movilización y

carga parcial el efecto fue dramático. A partir de ese momento, todos pacientes operados tuvieron documentación de la operación y de la movilidad pos-op y los resultados consagraron los principios AO definitivamente.

En el Segundo Curso AO en Brasil (1977) participé como instructor de mesa y recibí más informaciones sobre los principios incrementando mis convicciones. En el año 1979 para el Tercer Curso AO en Brasil el Prof. Willenegger me brindó con una charla sobre Fracturas Maleolares. El nos enseñaba que decir en cada diapositiva de la presentación y en este momento me presento como un alumno del gran maestro Willenegger que ha sido mi mentor y a quien reverencio como la persona que me ha formado como cirujano y docente AO.

Involucrado en la AO desde ese periodo tuve la oportunidad de conocer y participar de cursos AO en todo Latinoamérica. Conocí y conviví con personas magníficas como Salomón Schächter de Argentina, Hugo Max Grove de Chile, Roberto Masliah de Uruguay, Pepe Ortega y Julio Ramos de México, el Dr. Quintero (padre) de Colombia y muchos otros hombres importantes en la Ortopedia de Latinoamérica. Tuve el honor de participar de innumerables cursos AO en Latinoamérica donde pudo hacer muchos amigos traumatólogos y personas que verdaderamente vivían los Principios y la Filosofía AO. Por suerte las cosas progresan y la época Mecánica de la AO recibió nuevos conceptos en el año 1988 cuando el respeto a las partes blandas y a la biología sustituyeron la mecánica.

Eso significa que viví el periodo mecánico puro - casi todas fracturas eran fijadas con reducción anatómica y compresión Inter fragmentaria a cualquier costo y con sus consecuencias dañosas. Pero hay que reconocer que existían muchos resultados magníficos también. Un fenómeno interesante se presentó: la búsqueda de estabilidad absoluta necesitaba cirugías hechas por cirujanos hábiles. Para las fijaciones se nos presentaba pocas alternativas: caja de grandes fragmentos: tornillos y placas DC;

placas especiales (T, L para metáfisis y epífisis) placas anguladas y clavos endomedulares fresados y poco utilizados). Aparte de eso los accidentes involucraban mucha más energía con daños importantes a las partes blandas. Por esa razón se realizó la revisión de los conceptos en el año 1988 (treinta años después de la fundación de la AO); la atención se volvió para la biología: respecto a la vascularización (reducciones indirectas, estabilidad relativa con tutores). Vivimos una segunda revolución en el tratamiento de las fracturas, pseudoartrosis y politraumas. Al lado de la evolución de conceptos aparece una cantidad de nuevos instrumentos e implantes para facilitar las osteosíntesis con técnicas poco invasivas. Hoy en día el respeto a la biología es el factor más importante en la cirugía del trauma.

El hecho de haber vivido ese periodo me permite una visión más crítica del proceso del tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas. Lo que se observa actualmente es que la generación más joven en general, no conoce y no puede realizar osteosíntesis con estabilidad absoluta, ya que es un concepto que se considera superad; pero hay que recordar que en ciertas ocasiones es necesario realizar osteosíntesis con estabilidad absoluta no solamente en fracturas articulares, sino también en algunas fracturas meta-diafisarias y especialmente en el tratamiento de pseudoartrosis y osteotomías.

Para terminar, quiero decir que gracias a la AO participé de innumerables cursos en toda Latinoamérica y en consecuencia conocí e hice amigos por toda parte. Amigos que me enseñaron mucho y ayudaran a difundir la AO en nuestro continente.

Soy agradecido especialmente al Prof. Willenegger que fue mi mentor y me mostró el camino de la osteosíntesis. Él decía siempre que el paciente estaba en primero lugar, que no se podía desconsiderar el sentido común, que no hay reglas absolutas en el tratamiento de las fracturas y que utilizar implantes e instrumentos Synthes-DPS no significa aplicar las técnicas AO. Son consejos para respetar en nuestra práctica médica.



Eu me considero uma pessoa com sorte

Dr. Jose Hungria Neto

“Vivi uma mudança fundamental no tratamento das fraturas e outros problemas do sistema músculo-esquelético. E quero contar a vocês o que se passou”

Formei-me em 1970 na Santa Casa de São Paulo. Nos dois anos seguintes fiz a residência médica em ortopedia no mesmo Hospital.

Naquela época o tratamento das fraturas era essencialmente incruento. As clavículas nunca eram operadas: nas fratura-luxações mais graves do úmero proximal o tratamento era a ressecção da cabeça umeral. Fraturas diafisárias do úmero eram tratadas com gesso pendente ou imobilização de Desault. Em alguns casos utilizávamos tração no olécrano seguida de gesso tóraco-braquial. As fraturas supracondilíneas do úmero mais graves eram fixadas com fios de Kirschner e gesso. No antebraço a regra era fios intramedulares e gesso.

Nas fraturas proximais do fêmur o tratamento era cirúrgico com pregos de Smith-Petersen ou endoproteses de Moore ou Thompson. Fraturas trocântéricas eram fixadas com implantes angulados ou pino-parafuso de Pinto de Souza. Fraturas diafisárias do fêmur transversas ou oblíquas curtas e no istmo eram fixadas com hastes de Küntscher por via aberta e fresado manual. Outras fraturas diafisárias eram tratadas com tração esquelética seguida de gesso pelvi-podálico por 4 meses (pelo menos). As patelas recebiam cerclagem e gesso ou patelectomia parcial ou total.

As tibias o tratamento se baseava nos “novos” conceitos de Sarmiento com o gesso PTB. Para as fraturas maleolares a osteossíntese era com parafusos e fios de Kirschner (e gesso, claro).

Como vimos poucas fraturas eram operadas: as operadas eram normalmente imobilizadas com gesso pós-operatório até a consolidação, mesmo as fraturas articulares. Os resultados finais eram

considerados bons se houvesse consolidação. A função e o tempo de tratamento não eram importantes.

Em 1974 tive a oportunidade de ler e estudar o Manual de Osteossíntese em sua primeira edição em português. A parte mecânica era fascinante e os desenhos espetaculares. Achei muito interessante, mas para mim era algo longe da realidade (que era o que fazíamos naquela época).

Em 1975 o Prof. Nova Monteiro organizou o Primeiro Curso AO no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro. Consegui me inscrever, com a idéia de que os princípios do Manual não se aplicavam na prática. Mas o que me surpreendeu, além da teoria biomecânica, foi que os esquemas que estavam no Manual eram reproduções de radiografias de casos reais, complementadas com imagens de movimentação precoce dos doentes operados. O milagre estava consagrado! Contra fatos não havia contestação. A partir desse momento me converti completa e definitivamente aos Princípios AO = redução anatômica, compressão inter-fragmentária, respeito à vascularização e movimentação precoce.

O primeiro doente que operei quando voltei do curso tinha uma fratura trifocal do fêmur com traço articular supracondilíneo. Operamos com uma placa longa de Vitalium da empresa Howmedica. Recebi todas as críticas e contestações possíveis dos professores mais velhos, conforme eram os conceitos da época. Porém quando apresentei as fotos da movimentação precoce e carga

parcial desde o início o efeito foi dramático! A partir deste caso todos doentes operados eram documentados tanto da operação quanto dos resultados clínicos. E os resultados documentados consagraram os princípios AO definitivamente.

No segundo curso AO no Brasil, em 1977, fui escalado como instrutor de mesa nas práticas, que era a primeira etapa na carreira de faculty AO. Nesse curso recebi mais informações sobre os princípios AO o que fortaleceu ainda mais minhas convicções. Em 1979, no terceiro curso AO no Brasil o Prof. Willenegger me encarregou da aula teórica sobre fraturas maleolares. O próprio Prof. Willenegger ensinava a cada um de nós o que dizer em cada diapositivo apresentado. Neste ponto da minha vida me firmei como um aluno do Prof. Willenegger, grande mestre, que foi meu mentor e a quem reverencio com a pessoa que me formou como cirurgião AO e como docente AO.

Envolvido com a AO desde então, tive a oportunidade de conhecer e participar de cursos AO na América Latina. Conheci e convivi com pessoas magnificas como Salomon Schachter da Argentina, logo Max Grove do Chile, Roberto Masliah do Uruguai, Pepe Ortega e Julio Ramos do México, Dr. Quintero pai da Colombia e muitos outros homens importantes na Ortopedia latinoamericana.

Tive a honra de participar de inúmeros cursos AO na America Latina quando pude conhecer e fazer muitos amigos que verdadeiramente viviam os Princípios e a Filosofia AO. Por sorte as coisas progrediram e a fase Mecânica da AO acolheu novos conceitos e em 1988 a biologia com o respeito às partes moles passou a ser o ponto importante no tratamento das fraturas, isto significa, redução indireta e estabilidade relativa para aos fraturas diafisárias dos ossos longos.

Isso mostra que vivi o período mecânico puro - quase todas fraturas eram fixadas com redução anatômica e compressão interfragmentária, a qualquer custo, muitas vezes com as

complicações já conhecidas. Entretanto devemos reconhecer que conseguimos muitos resultados magníficos. Um fenômeno interessante surgiu: a procura de estabilidade absoluta exigia cirurgões hábeis. A fixação das fraturas era feita com poucos implantes disponível na época: caixa de grandes fragmentos, parafusos, placas DC, placas especiais (T, L para metáfises e epífises), placas anguladas e hastes intramedulares freadas, mas pouco utilizadas. Concomitantemente os acidentes envolviam muito mais energia com maior dano às partes moles. Por isso a AO revisou os conceitos em 1988 (trinta anos depois da fundação da AO); a atenção se concentrou na biologia: respeito à vascularização (redução indireta, estabilidade relativa com tutores). Assim vivemos uma segunda revolução no tratamento das fraturas, pseudoartroses e politraumas. Paralelamente surgiram novos implantes e instrumentos para facilitar as osteossínteses com técnicas menos invasivas. Atualmente o respeito à biologia é o fator mais importante na cirurgia do trauma.

Por ter vivido esse período posso ter uma visão mais crítica do processo do tratamento das lesões músculo-esqueléticas. O que se observa atualmente é que a geração mais jovem, em geral, não conhece e não sabe fazer osteossíntese com estabilidade absoluta em fraturas agudas, mas principalmente em pseudoartroses e osteotomias.

Finalizando quero dizer que graças à AO pude conhecer e fazer amigos na América Latina. Amigos que me ensinaram muito e ajudaram a difundir a AO no nosso continente.

Sou especialmente agradecido ao Prof. Willenegger que foi meu mentor e me mostrou o caminho da osteossíntese. Em suas palavras, que respeito e transmito sempre, o doente vem sempre em primeiro lugar, que não se pode desconsiderar o bom senso, que não há regras absolutas na osteossíntese e que utilizar instrumentos e implantes AO não significa usar a técnica AO. São conselhos que devemos sempre considerar na nossa prática médica.