

de un garbanzo y conteniendo en su interior un coágulo sanguíneo en vías de organización.

En región glútea izquierda presenta un gran absceso supurado.

El estudio anatomopatológico microscópico indica: Médula ósea. Pequeñísimos islotes de tejido hemopoyético en el seno de abundante grasa.

Hígado y bazo.—Lesiones cadavéricas muy acentuadas, que impiden el estudio. El hígado tiene la estructura conservada. Los sinusoides, algo dilatados, y en algún punto se observa esteatosis de gruesas gotas. El bazo parece congestivo.

Riñón.—Glomérulos, en general grandes. Los tubos principales están dilatados. Tanto en ellos como en el espacio capsular se encuentra un exudado albuminoso. Por lo demás, los riñones no tienen otras lesiones.

Suprarrenales.—Únicamente persiste la zona externa de la corteza, estando necrosado el resto del órgano. En él se encuentra aumento de grasa.

Nos queda por comentar cómo la mielopatía, al principio manifestada por inhibición de la maduración de los elementos citológicos sanguíneos, se transforma indudablemente por agotamiento en una aplasia verdadera. El papel del Neosalvarsán es indudable (en esta misma Revista se publicó por ALCOCER y ALCOBER un caso de anemia aplásica por salvarsán), y nos interesa de momento referirnos al dato anatomopatológico de la destrucción de las suprarrenales, de las que únicamente persiste la zona externa de la corteza. ¿Qué relación tiene la afectación de las suprarrenales con el cuadro de panmieloptosis? En primer lugar, parece poco verosímil que la afectación de las suprarrenales sea sintomática del proceso hematológico; en efecto, no se trata del cuadro hemorrágico localizado en las suprarrenales que se ve, por ejemplo, en algunas septicemias, sobre todo (o casi exclusivamente) en las meningococcemias, ni tampoco se descubren lesiones de carácter tuberculoso (la sepsis tuberculosa, a veces una complicación secundaria a la falta de defensas condicionada por la panmieloptosis). La necrosis de las suprarrenales no ha sido señalada como complicación de la anemia aplásica, y aunque las necrosis de otros órganos, por ejemplo, de la cavidad bucofaringea, etc., no cabe duda que son secundarias por los caracteres anatomopatológicos, parece difícil que lo mismo ocurra en las suprarrenales.

Más razonable es relacionar el defecto de función suprarrenal, con la evolución fatal hasta la aplasia verdaderamente anatómica de la médula ósea. En estos últimos años, DOUGHERTY y WHITE, en experiencias administrando hormona adrenotrópica de la hipófisis, por un lado, y esteroides de la corteza suprarrenal, por otro, a ratas y ratones normales y suprarrenalectomizados, llegan a la conclusión de que dichas hormonas aceleran la destrucción de linfocitos en las masas ganglionares. Lo curioso es que la disolución de los linfocitos afecta principalmente al citoplasma, sin que sea obligado la muerte del núcleo, con lo que a partir de éste puede regenerarse el citoplasma normal. Como, según la tesis de los citados autores, el citoplasma contiene la gamma-globulina en los animales inmu-

nizados, los anticuerpos, al ser disuelto el citoplasma por la acción de las citadas hormonas, pasan a la linfa. Por lo tanto, la hipófisis y la corteza suprarrenal regulan la gamma-globulina con toda la importancia que tiene en los procesos de inmunidad. Como la acción de la hipófisis es a través de la hormona adrenotrópica, es la corteza suprarrenal, la que en último término controla (por lo menos en gran parte) el número de linfocitos en la sangre periférica y en los ganglios linfáticos. Todo lo que suponga una hiperfunción de la corteza suprarrenal o la administración de hormona adrenotrópica origina una linfopenia inmediata.

Por otra parte, los estudios de THORN y colaboradores han demostrado que la inyección adrenocortitropa disminuye el número de leucocitos eisonófilos en la sangre circulante, efecto que falta en los pacientes de enfermedad de Addison. La acción de la hormona adrenocortitropa se debe a la producción por las suprarrenales de esteroides oxigenados en posición C-11 y C-17. Por tanto, si se van conociendo las relaciones de la corteza suprarrenal con la formación de linfocitos y con la cuantía de eosinófilos circulantes, puede sospecharse a título de sugestión que la corteza suprarrenal intervenga de una manera hasta ahora desconocida en la maduración de los elementos de la médula ósea. En este sentido tiene interés la coincidencia en nuestra enferma de anemia aplásica y necrosis de cortical de las suprarrenales.

LA OSTEOTOMIA VERTEBRAL EN LA ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA

R. ARGÜELLES

Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial, Madrid.

En la cirugía del aparato locomotor, la osteotomía constituye una de las operaciones más antiguas y que mejores resultados proporcionan en el tratamiento de las deformidades de los miembros. La idea de aplicar esta intervención a los casos de espondilitis anquilosante, en los que la columna vertebral queda convertida en un tallo rígido y en pronunciada flexión, es muy reciente, SMITH PETERSEN y colaboradores publican los primeros casos en 1945. Desde entonces han aparecido algunos trabajos más, naturalmente con escasa casuística, pero señalándose en todos ellos buenos resultados. En España no sabemos que se haya publicado ningún caso, y por esto nos parece de interés referir el que sigue.

P. J. J., de treinta años, de Jaén. Lleva diez años enfermo; pero la fase dolorosa, aguda, que le afectó primero y pasajeramente a los tobillos y rodillas y luego

a la columna vertebral; ha durado sólo un año. A su ingreso en la clínica presenta una cifosis dorsolumbar sacra, rígida, siendo movable la columna cervical. Inmovilidad respiratoria del tórax (fig. 1, a).

En la radiografía (fig. 2), total anquilosis de las arti-

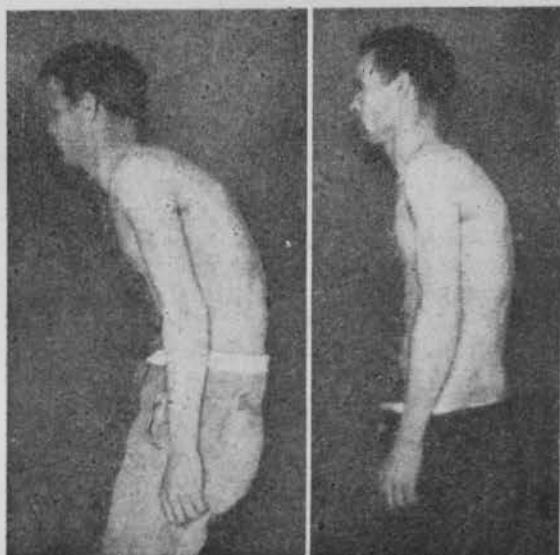


Fig. 1.

culaciones intervertebrales. Conservación de los espacios intercorporales y osificación apenas visible del ligamento vertebral común anterior.

En junio de 1948 se practica la osteotomía vertebral

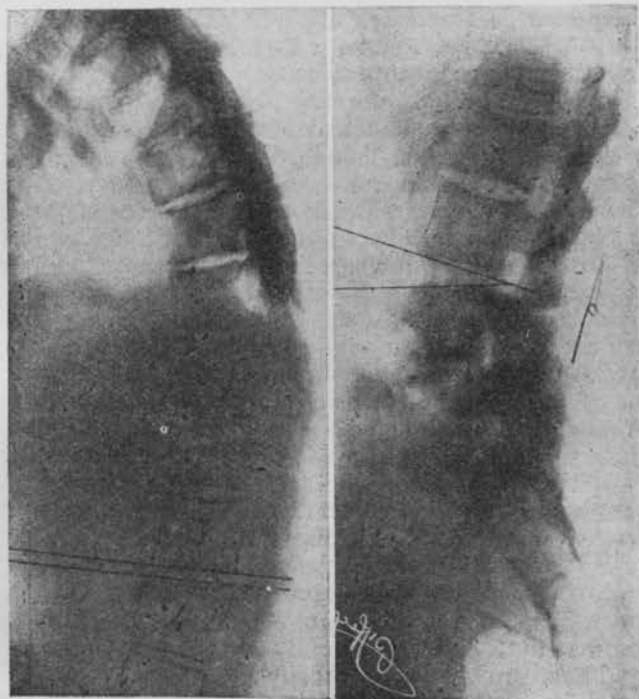


Fig. 2.

por vía posterior. El resultado actual puede apreciarse en la figura 1, b.

La fusión vertebral en la espondilitis anquilopoyética se lleva a cabo en la parte anterior, por osificación del ligamento vertebral anterior,

raramente del posterior, y en la región del arco, por anquilosis de las articulaciones intervertebrales y osificación de los ligamentos amarillos, supra e interespinosos.

La sección de la columna ósea posterior requiere la extirpación de parte de las láminas y apófisis espinosas y de las articulaciones intervertebrales, y constituye una dificultad considerable, pues la masa ósea es espesa y dura, la pinza gubia muerde con dificultad y hay que trabajar cuidadosamente con el escoplo. En cambio, el ligamento vertebral común interior constituye una débil resistencia, que en la gran mayoría de casos se vence sin gran esfuerzo al enderezar la columna, una vez resecada la parte posterior.

La intervención se realiza en la región lumbar, entre la tercera y cuarta o entre la cuarta y quinta, o incluso puede practicarse en dos puntos. Se eligió la región lumbar baja para huir del peligro de la lesión medular, aparte de que la anquilosis de las articulaciones costovertebrales y la osificación de sus ligamentos harían imposible la corrección.

Con el enfermo acostado boca abajo se practica la resección en forma angular, como indica la figura 3. El enfermo se apoya sobre el tórax y la pelvis, quedando en vano la zona operatoria; resecada la parte posterior, la presión sobre

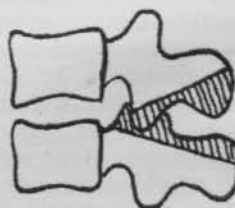


Fig. 3.

la espina basta para romper el ligamento anterior y que los bordes de las apófisis espinosas se aproximen, fijándolas con un alambre grueso o una placa metálica. El ligamento vertebral común posterior sirve de charnela y evita la separación de los cuerpos.

Sólo en los casos en que la osificación del ligamento anterior fuese muy sólida estaría justificada la operación en dos tiempos, siendo el segundo la osteotomía de este ligamento, por vía extraperitoneal, análoga a la seguida en la extirpación de la cadena simpática.

Tratándose de una operación que puede hacerse con anestesia local, y que es perfectamente tolerada, creemos que está indicada en todos los casos en que la inflexión vertebral sea considerable y haya pasado la fase aguda.

BIBLIOGRAFIA

- BRIGGS, KEATS, SCHELESSINGER.—J. Bone and Joint Surg., 29, 1075, 1947.
CHAPELLLE.—J. Bone and Joint Surg., 28, 851, 1946.
SMITH PETERSEN, LARSON, ANFRANC.—J. Bone a. J. Surg., 21, 1, 1945.