

NOTAS CLINICAS

COMENTARIOS A LA PSEUDOARTROSIS CON NECROSIS AVASCULAR DEL ESCAFOIDES CARPIANO *

E. SANTO TOMÁS COBOS

Cirujano por oposición del Hospital Provincial de Madrid.

Hasta hace relativamente pocos años, una fractura del escafoides carpiano era realmente un problema sin solución, y no digamos si además ésta era vieja o había necrosis de uno de los fragmentos o pseudoartrosis. Hoy se ha perfeccionado la técnica, y con un tratamiento adecuado se puede conseguir un 96 por 100 de curaciones.

Por el método de Böhler hemos tratado varias fracturas frescas, quedando francamente satisfechos de los resultados, ya que no se registró ningún fracaso.

El motivo de esta disertación es la presentación de un caso operado, con ciertas características, que a continuación describimos:

Caso aportado.—C. L. L., de treinta y dos años de edad, herrero, se nos presenta en abril de 1949 en consulta privada, con una pseudoartrosis del escafoides de diez meses de antigüedad (fig. 1). El espacio interfragmentario es enorme, con aspecto quístico y necrosis ósea del fragmento proximal, así como ligeros cambios artrosicos entre estíloides radial y semilunar con el escafoides. Presenta la sintomatología clínica de estas lesiones.

Le habían aconsejado la enucleación del hueso, y nosotros, opuestos siempre a este proceder, le enclavijamos con injerto óseo tomado del mismo radio, después de seccionar la estíloides radial (según técnica de Cobey y White). Yeso a lo Böhler, con la modificación de GARREY-THORDIKE (apresando base del pulgar).

A los cuatro meses de operado (fig. 2, 7-VIII-1949), la necrosis del fragmento proximal es total, a causa de las maniobras operatorias con toda seguridad, habiendo penetrado poco en él el injerto. Se sigue con la misma inmovilización, y dos meses más tarde (17-X-1949) se ve claramente que se inicia la rehabilitación de la parte necrosada por el injerto (fig. 3).

El 20-I-1950, o sea, a los nueve meses de la intervención, la consolidación y rehabilitación ha tenido lugar, por lo que se suprime el yeso, encontrándose con que después de tanto tiempo el carpo es indoloro y tiene más movimiento que al empezar el tratamiento (fig. 4). Visto veinte días después, le damos de alta por curación, con el 100 por 100 de su función.

Desde el segundo mes de operarle, presenta en hueso grande, ganchoso y semilunar unas zonas de aspecto quístico y redondeado, que luego comentaremos.

COMENTARIOS.

El tratamiento de estas fracturas ha mejorado extraordinariamente desde que hace quince años se empezaron a usar los injertos óseos.

(*) Comunicación leída ante la Academia de Cirugía de Madrid durante el curso 1949-1950.

Hasta esta fecha el problema seguía en pie, empleándose diversos procederes; en un principio estos fracturados no se inmovilizaban o lo eran durante quince días, para empezar después con una serie de masajes o medidas fisioterápicas, que casi siempre iban seguidas de la extracción del hueso, si no se conseguía la recuperación en breve tiempo. Otros cirujanos extirpaban el fragmento proximal; otros la última fila del carpo; otros hacían—y aún hoy se practica—artrodesis de la muñeca, taladros de Beck, artrodesis del escafoides a los huesos vecinos, etcétera, etc.; el resultado era casi siempre la obtención de una mano impotente, dolorosa o mi-



Fig. 1

norizada. Solamente la aplicación de injertos autógenos consigue la curación en estos lesionados.

Ahora bien, ¿qué casos deben ser seleccionados para hacer el enclavijamiento óseo?, y caso de estar indicado, ¿cuál es el momento oportuno? Hoy día estos dos puntos están sometidos a controversia.

Algunos autores, como MURRAY, ROBER HARRIS, CAVE, etc., creen no debe injertarse aquellos casos en que hay cambios artíticos entre radio y escafoides u otras zonas carpianas. HARRIS prefiere una artrodesis de muñeca, sobre todo en los sujetos que tengan que hacer trabajos pesados.

CAVE ve contraindicado el proceder no sólo ante la presencia de artritis, sino también cuando hay necrosis de fragmento proximal, inclinándose entonces a extirpar este fragmento o a realizar el injerto entre el hueso en cuestión y el semilunar.

Por el contrario, para MURRAY la presencia de necrosis aséptica es una indicación formal de enclavijamiento óseo.

COBEY, WHITE y el mismo MURRAY, ante la existencia de degeneración quística en la línea de fractura no aplican autoinjerto alguno.

SOTO-HALL, de California, ve las mismas contraindicaciones que los autores citados; es opuesto a la enucleación del escafoides y a los taladros de Beck, propuestos por SCHNEK, mostrándose más inclinado a la artrodesis de la

para el cirujano es un éxito de momento, pero él, como perito en la materia, ve los casos operados muchos años después y no ha encontrado ningún buen resultado, coincidiendo con él los técnicos de las Cajas de Pensiones, muchos autores (BARNARD, STUBBINS) y la mayoría de los cirujanos alemanes. Nosotros hemos visto tardíamente cuatro enfermos sin escafoides y



Fig. 2.—Se hace calco de esta radiografía porque se realizó al cuarto mes. La imagen del injerto está desdibujada por la osteoporosis para así evidenciarlo.

muñeca ante estos casos, y con más restricciones a quitar la hilera carpiana proximal.

WATSON-JONES injerta siempre, pero si hay algún fragmento avascular lo extirpa solo o con todo el hueso. Si la fractura es vieja y hay artritis considera inútil quitar el escafoides, porque ésta sigue, abogando entonces por la artrodesis de la muñeca y proscribiendo la extir-

los resultados efectivamente son malos, y creemos que solamente en las pseudoartrosis de más de dos o tres años de antigüedad, con accentuadas y dolorosas osteoartritis debe enuclearse, y estos casos, por fortuna, son raros.

DWYER, de Liverpool, publica en 1949 19 casos de extirpación del escafoides, con los siguientes resultados: 3, muy buenos; 9, buenos



Fig. 3



Fig. 4

pación de la hilera proximal del carpo por los malos resultados.

La extirpación del escafoides no sólo en estos casos, sino como tratamiento inicial, tiene muchos adeptos en los países anglosajones y algunos europeos (HIRCH, HORWITZ, DAVINSON, DWYER, etc.), y casi asegurariamos que actualmente son muchos los cirujanos partidarios de estas técnicas, que BÖHLER censura con dureza, pues, como él comenta muy acertadamente,

4, medianos, y 3, malos, cifras a nuestro criterio poco alentadoras (36,84 por 100 de malos resultados), siendo opuestos a la extirpación del fragmento proximal, porque al seguir rociando el radio con el distal, continúa la artritis

El segundo punto es: ¿Cuándo se debe poner injerto en una fractura no consolidada? Por muchos se ha pretendido dar un patrón tiempo para ejecutar la operación, sin contar con las variantes que en cada caso hay. La contesta-

ción es fácil: hay que limitarse al "momento radiológico" que asegure categóricamente la no unión, o sea, cuando en una placa se vea que la decalcificación fracturaria es reemplazada por la calcificación, cuando la línea de fractura se ensanche, cuando los bordes se condensen o aparezca un opérculo escleroso, o bien aspecto quístico en plena fractura, etc., entonces es el momento, y ésto sólo lo dice una buena radiografía.

En el caso aportado pusimos el injerto por varias razones:

1.^a Si bien es verdad que presenta ligera artitis, es provocada por contacto de la zona avascular con el cartílago sano, y porque en suma es consecuencia—como en otras regiones—de la falta de inmovilización. Por lo tanto, suprimiendo la causa desaparecerá o mejorará el efecto.

2.^a Porque la extirpación del escafoides ocasiona profundas alteraciones arquitecturales en el carpo, que tardía e irrevocablemente determinan osteoartritis, dolores e impotencia.

3.^a Porque la necrosis aseptica nos parece una seria indicación de enclavijado óseo, que seguido de una inmovilización perfecta, produce siempre la rehabilitación por hueso vivo, igual que en otras zonas del organismo (necrosis avasculares del fémur, Perthes, etc.).

4.^a Porque en todos los enfermos, y especialmente en los sujetos dedicados a trabajos pesados, hay que tratar de conseguir la "restitución ad integrum". Para medidas heroicas siempre hay tiempo.

GORDON MURRAY, del Canadá, pone injerto óseo en 100 casos y obtiene 97 curaciones. En ellos había 15 necrosis avasculares, 8 del fragmento proximal, 6 de todo el hueso, uno del semilunar, 2 con cambios quísticos y uno con artritis. Ninguno de estos casos fracasó.

En este caso el injerto fué pequeño, debiera de haber sido mayor y más clavado, pero esto habla de la bondad del método por sí solo, porque a pesar de que la necrosis se acentuó al segundo mes, probablemente fué que al descubrir el hueso en el acto operatorio le privamos más aún de su riego, ya comprometido; pero la previa tunelización, el exiguo injerto y la adecuada inmovilidad fueron suficientes para abrir paso a nuevas vías vasculares.

Al tercer mes del tratamiento aparecen en hueso grande, ganchoso y semilunar, pequeñas zonas quísticas redondeadas, si bien más pequeñas que las vistas en un reciente trabajo de RODHOLM y PHEMISTER, descritas ya por BUNNELL en 1944, que éstos achacan a una degeneración ósea traumática, por trastornos en su riego sanguíneo (AXHAUSEN). Estudiada anatomicamente encontró áreas de hueso necrótico, que después de absorbido son invadidas por tejido fibroso con zonas de calcificación, que tarde o nunca son reemplazadas por hueso viviente. Análogas imágenes a las de PHEMISTER, BUNNELL y nuestro caso se observan en el Tratado de Böhler, quien las denomina cavida-

des traumáticas. Sin embargo es punto éste sobre el que carece de interés insistir aquí.

Recapitulando, creemos que la exéresis del escafoides sólo en contadísimas ocasiones se hará, mucho menos la artrodesis de la muñeca y nunca la extirpación proximal de los huesos carpianos.

CONCLUSIONES.

De una manera general son las siguientes:

1.^a Se pondrá injerto óseo en toda fractura de escafoides no consolidada, aunque exista necrosis de uno de los fragmentos, zonas quísticas u osteoartritis si no es muy intensa.

2.^a Cuando la pseudoartrosis es de más de dos y medio a tres años, hay marcada artritis degenerativa de todo el carpo y dolores, se encleará el escafoides.

3.^a Rarísima vez se llegará a la artrodesis de muñeca y nunca a la extirpación de la hilera proximal.

BIBLIOGRAFIA

- AXHAUSEN.—Arch. für Klin. Chir., 120, 325, 1922.
BARNARD y STUBBINS.—Jour. Bone. a. Joint. Surg., Am., 30, 98, 1948.
BÖHLER.—Técnica del tratamiento de las fracturas. 3.^a ed. Edit. Labor, 1941.
COBEY y WHITE.—Jour. of Bone and J. Surg., Am., 28, 757, 1946.
DWYER.—Jour. Bone and J. Surg. Brit. 31, 572, 1949.
MURRAY.—Jour. Bone and J. Surg. Am., 28, 749, 1946.
RODHOLM y PHEMISTER.—Jour. Bone and J. Surg. Am., 30, 151, 1948.
SCHNEK.—Beitrag. z. Klin. Chir., 161, 129, 1935.
SOTO-HALL y HALDEMAN.—Jour. Bone and J. Surg., 16, 822, 1934.
SOTO-HALL y HALDEMAN.—Jour. Bone and J. Surg., 23, 841, 1941.
WATSON-JONES. — Fracturas y traumatismos articulares. Ed. Salvat, 1945.

ESTREPTOMICINA Y TUBERCULOSIS INTESTINAL

M. FUENTES GÓMEZ.

Beneficencia Municipal. Especialista de Aparato Digestivo del Seguro de Enfermedad. Mérida (Badajoz).

A pesar de ser ya abrumadora la literatura sobre estreptomicina, en la a nuestro alcance es muy rara la que se refiere a la aplicación de este antibiótico en la tuberculosis intestinal.

Refiriéndonos exclusivamente a este último aspecto redactamos la presente nota, basada en el estudio de tres casos de tuberculosis intestinal (T. I.) que hemos podido tratar con estreptomicina, sin otra pretensión que dar a conocer los resultados obtenidos sin entrar en detalles de historia, farmacología, aplicaciones, etc., del medicamento, datos que pueden recogerse en estudios de conjunto y, en lengua española, en el libro de SEGOVIA y PALACIOS.

Expondremos primero las historias clínicas y haremos a continuación algunas consideraciones de orden diagnóstico y terapéutico referidas a nuestros casos.