

Comentario

Doblemente atractivo ha sido para mí recibir el encargo de comentar el artículo del Dr. D. Vicente Sanchís Olmos sobre la artrodesis de la cadera en las coxitis tuberculosas. En primer lugar por entender que es un especial honor referirme al Dr. Sanchís que fue un antecesor mío en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, que entonces se llamaba Servicio de Ortopedia y Traumatología Infantil. D. Vicente fue Cirujano Ortopédico de este Hospital desde el año 1940 a 1945, tras haberlo sido del mismo Hospital de Valencia y antes de serlo del Hospital de la Beneficencia Provincial de Madrid, pleno de una vida profesional que hoy nos admira por su colmada fecundidad, pese a haber tenido una vida no excesivamente prolongada de 51 años (1911-1963).

En segundo lugar, el encargo tiene a su vez una doble vertiente histórica, lo que siempre es motivo de satisfacción personal, vertiente que es doble, como digo, por tratarse de un artículo, que, dada la notable evolución de la Medicina, en su rápido devenir hace prontamente historia y, por otra parte, porque el tema tratado por el Dr. Sanchís, —deberíamos llamarle D. Vicente como entonces se le trataría—, la coxitis tuberculosa, es ya casi a su vez una reliquia histórica en nuestro medio, como luego veremos.

El Dr. Sanchís publicó este artículo en el Volumen I, Fascículo 1 de la Revista de Cirugía del Aparato Locomotor por él fundada, es decir en su número 1, en 1944, y tras éste siguieron hasta 68 artículos en ella que culminaron en el que publicó en 1963, el mismo año de su fallecimiento. Hasta 130 sumaron con éstas sus restantes publicaciones, amén de 10 monografías y varios libros, algunos como «Skeletal tuberculosis» en Estados Unidos.

En ese periodo de la medicina, decenio de los años cuarenta, nuestro país atravesaba una época de especiales características: había superado una tremenda confrontación bélica fratricida y arrastraba graves secuelas de las que la no menos importante fue la escasez de alimentos que mantuvo a muchas gentes en situación de desnutrición y por lo tanto dejaba a la población en riesgo de padecer enfermedades y de sufrir una mala evolución en las mismas. La tuberculosis en todos sus aspectos fue protagonista en esta época tanto por su morbilidad, ya que afectó ampliamente a la población como por su mortalidad, a la que se abocaba por la falta de recursos alimenticios tanto o más que por la inexistencia de una medi-

cación que no iba más allá de la calcioterapia y la helioterapia. La promiscuidad por la escasez de vivienda en una España devastada, contribuyó a la propagación de la enfermedad y a poder hablar casi de un estado de epidemia. Finalmente la endemia tuberculosa, aquí sí ciertamente endemia, en la cabaña ganadera del vacuno, facilitó la adquisición de la enfermedad sobre todo en la población infantil, en la que fue frecuentísima la evolución a la producción de una coxitis tuberculosa cuya imagen clásica, como todos recordamos, es la de un niño de unos 10 ó 12 años con la extremidad inferior inmovilizada en flexión y aducción y con una notable atrofia muscular.

La infección tuberculosa primaria, el «chancro de inoculación», evolucionaba a una tuberculosis secundaria por diseminación orgánica, en una de las llamadas fases «alérgicas» de la enfermedad y a las que tanta importancia se les dio en su tiempo. Después, en las formas terciarias, la localización metastásica llevaba el proceso sobre todo al sistema esquelético en afectaciones osteoarticulares de la cadera, rodilla, muñeca y columna vertebral y a las diáfisis, como las de algunas de las falanges.

La coxitis tuberculosa recababa la mayor atención de los cirujanos por su carácter invalidante y la presencia de las deformidades y actitudes viciosas que producía. Tras el descubrimiento del bacilo por Koch en 1886, poco podía actuarse sobre el mismo por la carencia absoluta de medios específicos de tratamiento. El reposo general, la helioterapia, el reposo articular, bien en sistemas de tracción-extensión continua en los periodos iniciales o bien inmovilizando en espigas de yeso la articulación coxofemoral y los intentos de corrección de las deformidades con estos vendajes, constituían todo el arsenal terapéutico del momento.

Existía ya un antecedente en la primera resección articular de la cadera por coxalgia en la intervención de Brodie en 1836. Durante bastantes años no se destaca hecho importante en este tratamiento quirúrgico de la coxalgia hasta que Lannelongue presenta un amplio estudio en el XII Congreso Internacional de Cirugía de Moscú en 1897 sobre el tratamiento de la tuberculosis quirúrgica, especialmente la osteoarticular. En los años siguientes del comienzo del siglo, Dentu y Fergue ya proponen el legrado con «cuchara cortante» de las cavidades, pero la actuación directa sobre la articulación toma predicamento después de la publicación de Albee, en 1908, en que refiere haber realizado una artrodesis interarticular

remodelando la cabeza femoral.

En 1911, Hibbs inmoviliza una articulación vertebral practicando una fusión por un mal de Pott y dos años después Maragliano crea un nuevo hito en el tratamiento quirúrgico de la coxalgia realizando una artrodesis ileotrocantérica de la cadera. A partir de este momento se realizan poco a poco nuevas artrodesis con diferentes técnicas, pero aún prevalece para muchos en los años de 1920 la secuencia de tratamiento de reposo, extensión continua, vendajes correctores de yeso y en los casos con avanzadas caries, artrectomía y legrado o resección articular.

Hasta aquí los comienzos y planteamientos del tratamiento quirúrgico de la coxartrosis. El periodo que sigue, con la aparición de nuevas técnicas y su agrupación y diferenciación de las artrodesis entre articulares y extraarticulares, es el que comienza a estudiar y describir el Dr. Sanchís Olmos con una precisión y análisis de todas ellas dignos de la mejor publicación magistral de nuestros días.

El Dr. Sanchís Olmos sienta cuidadosamente las bases del tratamiento quirúrgico partiendo del convencimiento, por otra parte ya ampliamente respaldado por la práctica, de que solamente la anquilosis de la articulación será la condición necesaria para la curación de la tuberculosis de la cadera: «será temerario pretender curar una artritis tuberculosa conservando la función articular» y estudia los diferentes métodos para obtener una anquilosis ósea. No niega que los tratamientos conservadores puedan llevar a esta supresión de la movilidad pero reconoce la dificultad del tratamiento y sobre todo su duración y la incertidumbre de obtenerla por el alto número de fracasos.

Estudia las técnicas quirúrgicas y no deja en el olvido las osteotomías subtrocantéreas, buen conocedor de que solamente podían tener su indicación en cuanto pueden facilitar la producción de la deseada anquilosis. Analiza después las numerosas técnicas que se conocen y hace una excelente exposición de todas ellas. No es ajeno a la iconografía y en quince dibujos de la calidad que en su tiempo era posible en los medios editoriales, recoge las diferentes técnicas que se conocen. No se limita su estudio al descriptivo de un simple dibujo: da fechas, autores, criterios de unos u otros, y describe su casuística personal y con ello, los fundamentos de las decisiones y cambios en las técnicas que se produjeron. Siempre he creído que este momento de la Cirugía Ortopédica fue extraordinario en el sentido de que estaba abierta, libre, despejada, la capacidad de creación para los cirujanos ortopédicos de técnicas, procedimientos, recursos nuevos, que sólo había que aplicar y esperar los resultados. Y podemos afirmar que estuvo todo

ello muy por encima de nuestra «novedosa» cirugía protésica actual que, aunque alguien se escandalice, está muy por encima de los médicos y en manos más de los técnicos, metalúrgicos, industriales, de los que sólo somos simples aplicadores de sus dictados.

Analiza, como digo, el Dr. Sanchís, las diferentes técnicas agrupadas en tres tipos: intraarticulares, extraarticulares y mixtas. Los dibujos y su descripción nos muestran los diferentes lugares de la toma de los injertos y su colocación «ponteando» la articulación en situación más o menos alejada de ella para, finalmente, describir su propia técnica.

Sienta las indicaciones tras reconocer el origen de los fracasos de otras técnicas, señala los objetivos que puede perseguir una artrodesis y aboga por las técnicas yuxtaarticulares, las de más proximidad a la articulación y a sus cartílagos para lo que abre la cápsula articular. Distingue muy bien las dos cualidades de los injertos, su acción osteogénica y su capacidad mecánica, estabilizadora primaria de la articulación.

Sigue con una prolija descripción de su técnica operatoria iniciando la secuencia de los tiempos con el de la anestesia y los tiempos operatorios sucesivos con una claridad que nos haría posible hoy repetir su técnica con la corrección precisa. Muestra tres casos clínicos con historia resumida y radiografía y concluye con una relación bibliográfica excelente. Al llegar a este punto y recordando las exigencias bibliográficas de nuestras publicaciones actuales, me hago la pregunta y se la hago al comité de redacción de la revista: ¿Sería hoy publicable de nuevo el artículo del Dr. Sanchís Olmos tal como en su tiempo se hizo? Nuestra respuesta es que sí.

Debemos concluir con alguna referencia al estado actual del tratamiento de la osteoartritis tuberculosa de la cadera y la primera consideración es la necesidad de marcar tres hitos que jalonaron otra directriz en este tratamiento: la utilización de la estreptomycin en 1946, de la isoniazida en 1952 y la idea de la trimedicación con la asociación de paraaminosalicílico en 1955. Nuevos fármacos, más eficaces y con menos efectos secundarios y resistencias, más cómoda dosificación y mayor eficacia, han sucedido a los tres primeros, y todos ellos han contribuido a modificar el panorama de la coxitis tuberculosa. Se han reducido hasta casi su desaparición las localizaciones terciarias de la infección. La quimioterapia ha eliminado la indicación de las fusiones extraarticulares. Vaquero percibe el gran declive de las artrodesis ya entre los años 1951 y 1977. Se ha podido iniciar un procedimiento quirúrgico en algunos casos hasta sólo un mes después de iniciado el tratamiento quimioterápico. Se han podido limitar muchos casos

a una intervención simple de limpieza, legrado, sinovectomías y se ha hecho posible la restauración de la movilidad. Tronzo dice que el tratamiento de la enfermedad ha pasado a los internistas y desplazado a los cirujanos, para que en los contados casos que pueden actuar para realizar una artrodesis, puedan utilizar a su vez nuevas técnicas y medios de fijación que comenzaron a usarse después que Smith Pettersen iniciara la osteosíntesis de la cadera con un clavo trilaminar en 1931, osteosíntesis que hoy culmina en el uso de una placa de fijación en el iliaco, en el trocánter y en la diáfisis femoral y que tiene la forma de una serpiente cobra.

Y además, el paciente no quiere aceptar de ningún modo una fijación articular: ha oído hablar de las prótesis, conoce casos y no quiere perder movilidad, no es receptivo a ningún razonamiento. Y esto abre otro punto de vista evolutivo del tratamiento, la sustitución protésica, planteada desde luego cuando el proceso se ha hecho inactivo —la quimioterapia lo hace posible— y que algunos siguen con éxitos posibles y razonablemente fundados.

Nos preguntamos ¿Podría algún cirujano ortopédico de nuestros días publicar un artículo análogo al

del Dr. Sanchís Olmos? No lo creemos por que nadie puede poseer una casuística suficiente, y si alguno tiene algún caso, será esporádico y procedente de una situación social excepcional. A este respecto queremos señalar que en el último Congreso de la SECOT en octubre del pasado año, no ha habido comunicación alguna sobre tuberculosis osteoarticular entre 400 exposiciones en ponencias, comunicaciones, conferencias y carteles. No así ocurre en Ibero América, donde colegas nuestros nos han dicho que ellos poseen mayor experiencia que nosotros por la permanencia de la infección en estos países. Y queremos recordar una frase que leímos hace bastante tiempo respecto de la enfermedad: La tuberculosis se despidió pero no se fue. Pero ¿no se ha aposentado de nuevo en nuestros enfermos inmunodeprimidos? Y ¿es predecible qué evolución cabe esperar en ellos de la infección?

V. Corbatón Blasco