

## Comentario

De este artículo de Prof. Fernández-Yruegas publicado en la revista *Cirugía del Aparato Locomotor* en 1947, y por tanto con casi 60 años de antigüedad, me han llamado la atención tres hechos: su prosa, su rabiosa actualidad junto con su obsolescencia «esporádica», y la edad de sus pacientes.

En primer lugar el lenguaje utilizado es lógicamente distinto al español científico actual. Por momentos diría yo que es casi poético. Llamen poderosamente la atención algunas palabras y expresiones que han dejado de ser términos técnicos para pasar a ser incluso «políticamente incorrectos» (algo habitual en el lenguaje médico, basta con recordar términos como «idiocia» o «cretinismo»): «las osteomielitis crónicas eran unos de los problemas más angustiosos», «acaban por hacer del enfermo un *lisiado*», «será instituida una *cura con penicilina* hasta la completa curación» o «*reforzar mediante injertos* la resistencia del hueso intervenido».

En segundo lugar impresiona al lector la aplastante actualidad del artículo en muchos de sus conceptos; por momentos parece hasta excesivamente moderno (véanse los siguientes puntos 1, 6 y 7):

1. Califica a la osteomielitis hematógena aguda como enfermedad médica gracias a la penicilina, refiriendo que ha dejado de ser un problema quirúrgico.
2. Graves complicaciones y secuelas ortopédicas de las osteomielitis crónicas: rigidez articular, atrofia muscular, fracturas patológicas, retardos de consolidación, pseudoartrosis, reactivaciones y recidivas, etc.
3. Insuficiencia de los antibióticos aislados en el tratamiento de la osteomielitis crónica.
4. Necesidad de cirugía radical asociada a antibioterapia para controlar las osteomielitis crónicas: resección de secuestros, hueso ebúrneo, tejidos desvitalizados, cicatrices, tejidos fibrosos poco vascularizados, etc.
5. Aplicación de antibióticos locales y generales.
6. Necesidad de minimizar todo lo posible el número de microorganismos.
7. Relleno de cavidades óseas con colgajos musculares pediculados, que ya en el lejano 1947 lo describe como propuesto por C. Starr en el *Archives of Surgery* en 1922 y por W. Mercer en el *Orthopaedic Surgery* en 1944.
8. Reconstrucción ósea de defectos residuales.
9. Descripción (¡en 1947!) del denominado en la bibliografía actual «Papineau moderno»: relleno de la cavidad con pequeños injertos de esponjosa procedentes de la cresta ilíaca, volviendo a cerrar nuevamente la herida.
10. Inconveniencia (casi calificada de temeridad) de realizar en el mismo acto quirúrgico la resección de hueso infectado y el relleno con injerto óseo.

### 11. Antibioterapia antes y después de la cirugía.

Todos estos conceptos mantienen su actualidad después de 60 años tanto por el innegable calado científico del autor del artículo como por obedecer o dar respuesta a conceptos fisiopatológicos básicos, como por ejemplo, las causas de la persistencia y resistencia al tratamiento de las infecciones óseas (mala vascularización, inhibición del sistema inmune, adherencia bacteriana a superficies, bacterias intracelulares).

Entremezclados con esta actualidad de conceptos aparecen en el artículo detalles claramente obsoletos, pudiéndose destacar:

1. La mayoría de osteomielitis crónicas eran secundarias a osteomielitis hematógenas agudas que habían pasado inadvertidas o insuficientemente tratadas, mientras que era «lo más raro, las osteomielitis por infecciones consecutivas a heridas operatorias». Justo la epidemiología invertida con respecto a la situación actual en el primer mundo (seguramente en el tercer mundo la situación es similar a la descrita en 1947).

2. Complicaciones médicas de la osteomielitis crónica: anemias secundarias, hipoproteinemia, *degeneraciones amiloideas viscerales*.

3. Sólo disponían de sulfamidas y penicilina en el arsenal de antimicrobianos.

4. Quimioterapia local del foco infeccioso con sulfamidas.

5. Cierre completo de fascia superficial y piel, llegando a hacer incisiones liberadoras.

6. Utilización de «drenajes de vidrio».

7. No considera prudente dejar la herida abierta, creyendo muy importante dejarla completamente cerrada y cubierta.

8. Antibioterapia utilizada durante períodos muy cortos (unas cuantas semanas).

Podríamos pensar: «¿Qué tiempos aquellos en que la mayoría de bacterias eran sensibles a unos cuantos miles de unidades internacionales de penicilina!». Pero, ¿había alguna alternativa a la penicilina si ésta fallaba? ¿Cuánto costaba la penicilina? No eran tiempos mejores ni peores, simplemente distintos. Simple contemplación de la evolución ecológica darwiniana: cuantos más antimicrobianos tengamos y más potentes sean, más seleccionaremos a las bacterias más agresivas, de modo que habremos de ir usando progresivamente dosis más elevadas, y comparando períodos largos de tiempo siempre habrá un porcentaje de infecciones para las que no dispongamos de antibióticos eficaces. Los magníficos antibióticos de principios del siglo XXI serán ineficaces para la mayoría de las infecciones dentro de 50 años, como ahora lo es la penicilina.

Finalmente, quería destacar el tercer aspecto del artículo que me ha llamado la atención, y que, he de reconocerlo, me ha despertado una profunda envidia: la edad de los pacientes. En los casos detallados varía entre los 11 y los 21 años. A los cirujanos ortopédicos actuales nos encantaría tratar pacientes con máxima inmunocompetencia y con la capacidad de regeneración ósea propia de la juventud. Uno de los grandes problemas de nuestros pacientes sépticos es su ancianidad, por supuesto acompañada en muchas ocasio-

nes de otros factores de inmunosupresión, tales como diabetes, pésima vascularización distal, enfermedades autoinmunes, inmunosupresores, adicción a tóxicos o tabaquismo, entre otros. De este modo, tanto sus leucocitos y macrófagos como sus osteoblastos no se encuentran precisamente en su mejor momento vital.

**J. Cordero**

*Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.*