

COMPARATIVA DE LA CIRUGÍA DEL PIE EN LOS AÑOS 50 Y ACTUALMENTE

Jessica Ruiz Toledo¹,

1. Diplomada en Podología. Universidad de Barcelona. Postgrado en curas y principios quirúrgicos. Máster en Podología quirúrgica.

CORRESPONDENCIA

Avda. Josep Tarradellas i Joan, nº 209 entlo. 4ª
08901 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
jruiitol@yahoo.es

COMPARATIVA DE LA CIRUGÍA DEL PIE
EN LOS AÑOS 50 Y ACTUALMENTE

RESUMEN

La cirugía del pie ha avanzado durante el transcurso de los años. En los años 50 se realizaban cirugías menores por parte del cirujano-callista (especialidad de la carrera de Ayudante Técnico Sanitario) o licenciados en medicina y cirugía. Tenían presentes pruebas preoperatorias como la glucosa y la tensión arterial así como conceptos de asepsia para minimizar los riesgos de infección. Los métodos de esterilización del instrumental e incluso el instrumental eran más precarios y menos sofisticados que en la actualidad pero se realizaban con constancia para evitar complicaciones postquirúrgicas.

La anestesia y los anestésicos empleados varían respecto a los años presentes, así como la técnica troncular del primer dedo que empleaban para la cirugía de onicocriptosis, que en los años 50 ya se intervenía quirúrgicamente para solventar dicha dolencia.

La hemostasia se realizaba como en la actualidad pero tanto el instrumento y la técnica varían, aunque el concepto hemostático es el mismo y se empleaba para cirugía de los dedos.

En los años 50 se realizaba cirugía osteoarticular por parte del cirujano-callista y no sólo de partes blandas. Las exostosis subungueales y dedos en martillo eran las cirugías más frecuentes a pesar de que las técnicas quirúrgicas no son las que se emplean actualmente. La finalidad de este artículo consiste en aprender cuales eran las funciones en el ámbito de la cirugía por parte del cirujano-callista en los años 50 y comprender analizando mediante

comparativas porque realizaban los preoperatorios, postoperatorios y las cirugías como las efectuaban, con tal de poder obtener una visión del porqué actualmente han cambiado las técnicas. En definitiva obtener conclusiones de aquello en lo que se ha mejorado.

PALABRAS CLAVE

Anestesia, hemostasia, exostosis y deformidades digitales.

ABSTRACT

The surgery of the foot has advanced during the course of the years. In the 50s already they realized minor surgeries on the part of the surgeon - chiropodist (speciality of the career(race) of technical Sanitary assistant) or licensed in medicine and surgery. They had presents you try before the operation as the glucose and arterial tension and concepts of asepsis for to reduce the risks of infection. The methods of sterilization of the set of instruments and even the set of instruments they were more precarious and less sophisticated than at present but they were realized by witness to avoid postsurgical complications.

The anesthesia and the used anesthetics change with regard to the present years, as well as the Technology of the first finger that they were using for the surgery of onicocriptosis, That in the 50s already was controlled surgically to settle the above mentioned ailment. The

hemostasia was carrying out as at present but so much the instrument and the technology. They change, though the hemostatic concept is the same and it was using for surgery of fingers.

In the 50s already surgery was realized osteoarticular on the part of the surgeon – chiropodist and not only of soft parts. The exostosis under the nail and fingers in hammer were the surgeries more frequent to sorrow that the surgical technologies are not those that are used nowadays.

The purpose of this article consists of learning which were the functions in the area of the surgery on the part of the surgeon - chiropodist

in the 50s and to understand analyzing by means of comparative because they were fulfilling the preoperatorios, postoperative and surgeries like them were effecting so as to be able to obtain a vision of the reason. Nowadays they have changed the technologies. Definitely to obtain conclusions of that one in what has been improved.

KEY WORDS

Anesthetic, hemostasia, exostosis and digital deformities.

PRE-OPERATORIO DE LAS INTERVENCIONES

DEL PIE EN LOS AÑOS 50

Y EN LA ACTUALIDAD

AÑOS 50

- Medición de la glucosa y de la tensión arterial.
- Examen médico completo del paciente mediante exploración y un epidáscopo (proyector de cuerpos opacos).
- Examen de la orina (albúmina y la glucosa para descartar una diabetes) y estado circulatorio de las extremidades inferiores (tensión arterial y pulsos).
- Diagnóstico acertado de la patología.
- Asepsia exhaustiva del pie y de las uñas que se harán con repetidos baños de alcohol.

El cirujano debe realizar un lavado exhaustivo de las manos y de las uñas con agua caliente hervida y jabón¹. Se prosigue con nuevos lavados con alcohol de 90°.

Posteriormente se realizan inmersiones de las manos durante unos minutos en soluciones antisépticas (alcohol, solución de cloramina sublimado al 1 por 1000). El secado es por aire caliente.

ACTUALMENTE

Se le solicita al paciente siempre una analítica con el perfil básico, hemograma, VSG, PCR, glucemia (mayor 200mg/dl. contraindica la intervención), pruebas de coagulación y hemoglobina glucosilada (resultado válido 120 días) exclusivamente si es un paciente diabético. Pueden solicitarse las transaminasas, serología de virus y VIH si se sospechan enfermedades asociadas.

El lavado se realiza con un cepillo impregnado en povidona yodada, aclarado con alcohol 70° o suero fisiológico o clorhexidina. Se pincela el pie con povidona yodada o solución antiséptica.

MEDICACIÓN PRE-OPERATORIA

AÑOS 50

La semana previa a la intervención, el paciente debe permanecer en reposo para evitar el estado inflamatorio de la zona a intervenir. Durante esta semana se aplicarán inyecciones de penicilina con fines preventivos contra la infección².

Si ya existe infección previa a la intervención deberá procederse a eliminar y tratar la misma con reposo, fomentación caliente con un antiséptico, baños con alcohol e inyecciones de penicilina.

ACTUALMENTE

También prioriza que si existe infección primero debe tratarse antes de realizar cualquier gesto quirúrgico. Se pautará sólo profilaxis antibiótica si es necesario, la antitética y la antitrombótica en caso de necesidad según prescripción de un facultativo. En caso de cirugía ungueal no está indicado la profilaxis terapéutica.

Se pueden emplear benzodiacepinas 5mg vía oral el mismo día antes de la intervención si existen signos de ansiedad por parte de la paciente³.

ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL

Y DEL CAMPO QUIRÚRGICO

La zona quirúrgica debe desinfectarse. Para ello, en los años 50, vertían en un recipiente 300 gramos de formol al 40% que se coloca en el centro de la habitación. Se cierran puertas y ventanas permaneciendo 6 horas para que actúe el formol que es un microbicida.

El autoclave es el método más habitual de forma de esterilización actualmente.

El instrumental de esterilización empleado en los años 50 eran estufas de poupinel por medios físicos de calor seco, hervidor eléctrico, autoclaves por medio de calor húmedo y desinfectantes como medios químicos.



Figura 1.



Figura 2. Hemostasia en forma de espica en la raíz del dedo.



Figura 3.

ANESTESIA EN LA CIRUGÍA DEL PIE

AÑOS 50

Es local normalmente por medio de inyecciones por infiltración con novocaína porque no presenta complicaciones inmediatas. Si existe un proceso inflamatorio superficial es útil la refrigeración con cloruro de etilo. Si es cirugía mayor del pie se utiliza la anestesia general raquianestesia.

El instrumental necesario para la anestesia¹:

- Jeringas (actualmente también se emplean jeringas de 2 o 5 ml) disolvente como agua destilada o suero fisiológico isotónico.
- Puede prepararse adrenalina en solución al milésimo.
- Las soluciones de novocaína se preparan en el mismo momento de la intervención en cuyo caso se presentan en ampollas o frascos.
- Aguja (habitualmente de calibre 27 G 3 cm. de largo).
- Cápsulas para verter la solución anestésica.
- Tabletas o el polvo del anestésico a utilizar y el líquido ½, 1% o 2 %. A estas soluciones se les añade unas gotas de clorhidrato de adrenalina al milésimo (una gota por cada 5cc). Esto provoca vasoconstricción lenta, duradera y de intoxicación menor. De todos modos en la práctica actual no es indispensable la adrenalina porque produce una isquemia y luego se ha de ser

cuidadoso con la hemostasia ya que una vez desaparece el efecto vasoconstrictor aparece una vasodilatación parálítica que puede provocar hemorragia secundaria³.

ACTUALMENTE

Actualmente existen dos grandes tipos de anestésicos. Se elige el anestésico en función del lugar anatómico donde se empleará, de la duración y de la técnica. Normalmente se emplea lidocaína, mepivacaína o bupivacaína.

ANESTESIA DEL PRIMER DEDO

AÑOS 50

Se trata mediante tres puntos de inyección, uno en el borde interno del pie, otro en el dorso del mismo y otro en el primer pliegue interdigital (Fig.1). La aguja en el punto dos se introduce atravesando el primer espacio interóseo y se inyecta de dorso a planta, luego se infiltran las partes blandas comprendidas entre en punto 1 y el punto 2 y en la planta del pie desde el punto 1 hasta un punto de la misma situado a la altura del primer espacio interóseo¹.

ACTUALMENTE

Actualmente se emplea la técnica en H de Frost (2 punciones, anestesiando los dos nervios digitales dorsales y dos nervios plantares)).

TÉCNICA ANESTÉSICA PARA LA INTERVENCIÓN DEL HALLUX VALGUS

En el año 2008 se emplea la anestesia a nivel del nervio del tibial posterior y dorso del antepié.

COMPARATIVA SOBRE EL ANESTÉSICO Y LA TÉCNICA

AÑOS 50

Con novocaína.

Puede prepararse adrenalina en solución al milésimo en tabletas o en polvo del anestésico a utilizar y el líquido ½, 1% o 2 %. Tres puntos de inyección para anestesiar primer dedo.

AÑO 2007

Lidocaína 1-2%, mepivacaína 1-2% y bupivacaína 0,5% en ampollas.

Desaconsejable el uso de adrenalina en el pie. La máxima dosis para un dedo es de 2ml en la técnica H de Frost (2 punciones) para anestesiar 1º dedo.

MEDICACIÓN POST-QUIRÚRGICA O DE USO HABITUAL EN LA PRÁCTICA DE DOLENCIAS DE LOS PIES.

AÑOS 50

Para un dolor intenso se solía inyectar una inyección hipodérmica de un centigramo de morfina o sucedáneos porque favorecía el sueño del paciente.

Si el paciente tiene insomnio por el dolor y la fiebre se administrará un hipnótico si no está contraindicado.

La pomada de cloramina al 2,50% tiene gran poder bactericida y antiséptico además de ser un buen cicatrizante (utilizada en cirugía de onicocriptosis)².

La pasta Lassar se emplea para calmar y descongestionar la zona.

Otro grupo de pomadas son las llamadas sulfamidas elaboradas al 10% para casos leves y al 50% para casos más graves empleadas para la cicatrización.

Otro grupo serían las pomadas de sulfamidas asociadas a la alantofina que es un estimulador celular que favorece la cicatrización.

Las pomadas con penicilina o penicilina asociada a las sulfamidas se emplea para las infecciones localizadas como cirugías por onicocriptosis, que a su vez pueden combinarse con la pomada de cloramina al 2.50%. El uso de penicilina y estreptomina por vía parenteral si se requiere debe ser prescrito por un médico.

REALIZACIÓN DE LA HEMOSTASIA DIGITAL

Hemostasia con un tubo de goma aplicado en forma de espica en la raíz del dedo (Fig.2).

Actualmente la hemostasia también se sigue empleando, según el podólogo, para las intervenciones digitales. Se emplea un smarch en la raíz del dedo por técnica directa o por barrido. Algunos podólogos utilizan el anillo hemostático el cual no es esterilizable pero también ejerce hemostasia correcta.

CIRUGÍA UNGUEAL DE LA ONICOCRIPTOSIS

AÑOS 50

- Anestesia local del dedo tras previa desinfección del pie y pincelado con yodo.
- Hemostasia en forma de espica en la raíz del dedo.
- Se despegla la uña que sea preciso extirpar, cortando una sección oblicua con tijeras rectas desde su extremo hasta el punto en el que aparece la matriz³ (Fig.3).
- Los tejidos inflamados no deben respetarse ya que remitirán solos al realizar la exéresis de la espícula.

- El enfermo debe llevar calzado ancho.
- Se debe extirpar la parte lateral de la uña con su lecho y matriz en una anchura de 7mm. La herida debe suturarse con un punto por encima y por debajo de la uña (eponiquio e hiponiquio). Puede lavarse la herida con agua oxigenada por ser antiséptico no tóxico.
- Puede aplicarse pomada antibiótica y una capa de linitul. Se usa la cloramina al 2.5% por ser bactericida y antiséptico.
- Se puede inyectar al paciente por vía intramuscular 400.000 unidades de penicilina en forma retardada.
- Primera cura a las 48 horas.
- Si después de la intervención existe mucho algia se harán pediluvios de agua tibia porque es antiséptico y es más efectivo que el ácido fénico. El pediluvio se puede realizar sin retirar el vendaje.
- Se aconsejan baños tres veces al día con permanganato potásico al 1 por mil para desinfectar y conseguir que cicatrice la herida.
- Se aconseja reposo en cama una semana y retirar puntos sobre los 10 días antes de calzarse con su zapato habitual.
- La exéresis total de la uña no debe practicarse por infección de la matriz y transformaciones de la uña encarnada en un panadizo.
- En las curas se aconsejan baños 3 veces al día, aplicar pomada antiséptica o mecha de gas yodofórmica en los primeros días.

ACTUALMENTE

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para la onicocriptosis, clasificadas según si existe afectación de tejidos o sólo de la lamina ungueal⁵. Las más empleadas son Winograd, Fenol, Reconstrucción estética etc. La primera cura se realizará a las 48 horas y si no existe infección se sugieren curas con povidona hasta su curación total.

CIRUGIA DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

AÑOS 50

Exéresis de la uña y resección de la exostosis es lo mencionado para los años 50.

ACTUALMENTE

Actualmente, a campo abierto, es suficiente con extraer el borde libre de la uña o parcialmente la porción de la uña o mantener intacta la uña que se ve afectada y una incisión en forma de boca de pez. Corte de la exostosis con unos alicates de hueso, un legado, lavado y sutura.

Por cirugía Mis requiere una incisión de 3 mm en el muro distal del dedo, delimitar la exostosis, limarla, lavar y suturar la incisión con sutura de seda de 5 ceros o tiras de aproximación. Un vendaje semicompresivo en ligera flexión plantar.

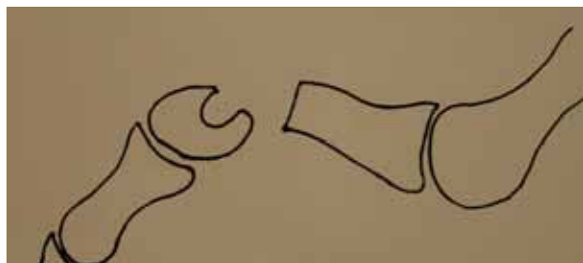


Figura 4. Intervención de Tierny.

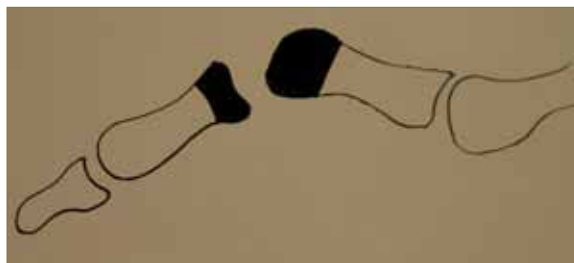


Figura 5. Intervención dedo en Martillo.

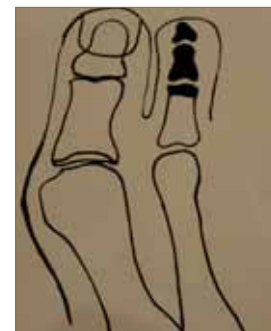


Figura 6. Intervención de Wallet.

INTERVENCIÓN DEL DEDO EN MARTILLO

AÑOS 50

La más utilizada era la técnica de Tierny (Fig.4).

- Anestesia local con novocaína en la base del dedo.

Intervención dedo en Martillo.

- Incisión de la piel circunscribiendo el heloma.
- Extirpar la piel y la bolsa serosa.
- Visualización del tendón del extensor que se secciona.
- Se hace una incisión en la cápsula articular.
- Legrar ambas extremidades óseas.
- La primera falange se reseca con una cizalla perpendicularmente al eje realizando lo mismo en la segunda falange (Fig.5).
- Contactar ambas superficies de las falanges manteniendo la rectitud.
- Sutura con catgut la cápsula articular.
- El tendón del extensor es seccionado lo preciso para que exista coaptación ósea. Sutura de la piel.

TÉCNICA DE TIERNY

La técnica de Tierny era la más utilizada, también recibía el nombre del "boliche y del valero"³.

Se extirpa el heloma, bolsa serosa y tendón del extensor.

En la cara dorsal de la falange primera se perfora una cavidad en dirección al eje de la segunda falange. Se secciona la epífisis con pinza gubia en forma de punta, de tal modo que encaje en el orificio elaborado. Se sutura el extensor y la piel.

TÉCNICA DE WALLET

Amputación, reseca la falange distal, media y una porción de la falange proximal (Fig.6).

CONCLUSIONES COMPARATIVAS

Preoperatorio.

En ambas épocas se tiene presente que al paciente se le debe realizar una exhaustiva exploración

clínica, valores de glucosa, de tensión arterial y actualmente analíticas. El concepto de asepsia está presente en ambas épocas, a pesar de que los medios eran precarios según los años, pero eran conscientes que una situación de asepsia minimiza riesgos de infección y por tanto complicaciones postquirúrgicas. A grandes rasgos hay aspectos que han variado y ya no se emplearían como por ejemplo:

- Pautar una semana de reposo previo a la cirugía.
- Pautar inyecciones de penicilina previas a la intervención para realizar profilaxis.
- Los métodos de esterilización gracias a los avances tecnológicos.
- Estudio en laboratorio de los valores de glucosa en orina.

Anestesia.

La anestesia se empleaba en los años 50 en las cirugías pero se utilizaba la novocaína con forma de presentación distinta y adrenalina. Actualmente se emplea lidocaína, mepivacaína y bupivacaína estando contraindicado el uso de anestésicos con adrenalina para la cirugía digital por sus efectos vasoconstrictores. La técnica anestésica del primer dedo ha variado (de 3 punciones a 2 punciones).

Postoperatorio.

En los años 50 las medidas eran mucho más conservadoras. Como el reposo de una semana, las inyecciones de morfina o sucedáneos para combatir el dolor, así como el uso de penicilina por vía intramuscular como antibiótico. Actualmente los medicamentos postquirúrgicos más empleados son antiinflamatorios, analgésicos y terapia de antibióticos si la cirugía lo requiere, por vía oral generalmente.

Hemostasia.

El concepto hemostático era el mismo que actualmente, lo que varía es el instrumento para realizarla y la forma de aplicarla.

Cirugía de onicocriptosis.

La onicocriptosis era una dolencia que también se solventaba con cirugía. Requería de anestesia y hemostasia. Solo realizaban la exéresis de la porción de uña afectada y extirpaban la matriz correspondiente.

Aunque los tejidos inflamados se preservaban, mientras que en la actualidad se reseccionan si existe mamelón. Como en la actualidad la primera cura se realizaba a las 48 horas pero durante el transcurso de las horas se aconsejaban baños para desinfectar la

herida, reposo y pomadas antisépticas.

La exéresis total de la uña no se ejecutaba por posible infección de la matriz.

Cirugía de exostosis subungueal.

En los años 50 se realizaba la exéresis total de la uña y la resección de la exostosis. Siempre era técnica a campo abierto.

Actualmente se intenta preservar la porción de la uña no afectada resecionando la exostosis mediante una incisión en el borde distal del dedo o bien por cirugía Mis.

Cirugía dedos en Martillo.

En los años 50 la técnica más empleada era la "Técnica de Tierny" o también denominada "Bolíche y del valero". Anestesia con novocaína, incisión circunscribiendo el heloma, exéresis de la bolsa serosa (lo cual actualmente no se realiza porque tras la intervención remite por si sola). Resección del tendón, de la primera falange y de la segunda falange perpendicular al eje. Sutura de la cápsula y de la piel. Actualmente la técnica más empleada es la "Técnica de Hammer" a campo abierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALAMILLA J.R. MALES DE LOS PIES. MADRID. ED.PARANINFO; 1955.
2. PIMULIER F.S. CIRUGÍA DEL CALLISTA Y ENFERMEDADES DEL PIE (manual de podología).MADRID. ED.COFISA; 1956.
3. MARTINEZ NOVA A. ATLAS DE CIRUGÍA UNGUEAL. MADRID. EDITORIAL MÉDICA PARAMERICANA, S.A; 2006.
4. .APUNTES DEL CURSILLO TEÓRICO-PRÁCTICO PARA CIRUJANOS CALLISTAS. MADRID; 1952.
5. GARCÍA CARMONA F.J. DERMATOLOGÍA PODOLÓGICA. GUÍA PRÁCTICA AVANZADA. BARCELONA. ED. MAYO, S.A; 2009.
6. ZALACÁIN A., OGALLA J.M., GARCÍA-PATOS V. ATLAS Y SINOPSIS DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS DEL PIE. BARCELONA. ED.EDIKA MED, S.L; 2008.
7. CHICHARRO LUNA E. "ET AL". CLORHEXIDINA VS POVIDONA IODADA COMO ANTISÉPTICO DE LA PIEL. REV ESP POD 2008; VOL.XIX: 188-193.
8. NOVEL V. GIRALT E. APUNTES DEL MÁSTER EN PODOLOGÍA QUIRÚRGICA.2006-2008.
9. OGALLA J.M, ZALACÁIN A. APUNTES DEL CURSO DE POSTGRADO CURAS Y PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS EN PODOLOGÍA. 2005.