

### *Osteitis de la rótula*

Por el doctor: J. C. DEL CAMPO

Los dos casos de osteítis rotuliana que presento a consideración de la Sociedad son esencialmente diferentes.

El primero se refiere a un tipo agudo de carácter particular.

Su manera de presentarse era la de una artritis serosa ligera, un poco más podríamos decir, que una hidartrosis vulgar.

La reacción articular estaba en relación con un foco óseo limitado al ángulo súpero-externo de la rótula, foco que se hizo evidente en el correr de la enfermedad. Ahora bien, el ángulo súpero-externo de la rótula es un sitio de elección de puntos de osificación complementarios que han sido señalados entre otros, por Wenzel Gruber, Joachimsthal, Seiffert, Mayet, Reirbold, Douarre, Mouchet.

Estos puntos de osificación complementarios han interesado sobre todo desde el punto de vista médico-legal por la posibilidad de tomar por fractura su aspecto radiológico.

Es desde el punto de vista señalado por Mouchet que nos interesa a nosotros. Este autor consideró que no sería nada extraño que estos puntos apofisiarios fueran el asiento de episodios inflamatorios análogos al de otras apófisis y epífisis, y que bajo la máscara de una hidartrosis de la rodilla pudiera ocultarse una apofisititis rotuliana.

Sería a un grado más acentuado, a una verdadera infección apofisiaria que podría corresponder el caso personal por la edad del enfermo, por lo circunscripto y la localización del foco, por la atenuación de la infección, por el aspecto radiológico.

**Historia N.º 1.**—José P. E., 17 años, ingresa al Hospital Maciel el 5 de Agosto de 1926.

Antecedentes familiares: padres y siete hermanos sanos. Antecedentes personales: tos convulsa cuando niño. No hay antecedentes venéreos ni infecciosos recientes. Enfermedad actual: comenzó por dolores en los movimientos de la rodilla derecha y tumefacción articular, llegándosele a hacer imposible la marcha y todo movimiento. No recuerda ningún traumatismo anterior. Estado general bueno. Temperatura 38°. Pulso 100. Nada anormal en el examen del tórax y vientre.

Rodilla derecha en flexión ligera, aumentada de volumen con desaparición de las depresiones peri-rotulianas; piel ligeramente enrojecida. Hay aumento de temperatura local. Gran distensión de los fondos de saco, impidiendo por eso mismo obtener el choque rotuliano. Toda la sinovial es dolorosa. No hay puntos dolorosos femorales ni tibiales. Punto doloroso en el ángulo súpero-externo de la rótula, difícil de separar del dolor de los fondos de saco (fué confundido en un primer momento por nosotros). Nada anormal en el hueso poplíteo. Movimientos imposibles por el dolor. No hay atrofia muscular. Adenopatía inguinal sin características particulares.

Punción: líquido seropurulento. Examen bacteriológico negativo.

Examen citológico: predominan los polinucleares con algún linfocito y glóbulo rojo.

Radiografía (35927). en proyección antero-posterior: normal.

Reacción de Wassermann en la sangre: H<sub>8</sub>.

Sometido a reposo el empuje articular disminuye hasta casi desaparecer el líquido, al mismo tiempo que la temperatura descendía a lo normal.

Agosto 11 a 16. — Nueva fluxión articular con aumento de líquido y fiebre.

Agosto 16-23. — Nueva regresión.

Agosto 23-28. — Nuevo empuje articular. Se constata entonces por primera vez un punto de exquisito dolor en el ángulo súpero-externo de la rótula, donde se palpa como un pequeño absceso fluctuante, independiente de la articulación. Radiografía lateral: se ve un secuestro en el ángulo súpero-externo de la rótula, rodeado de una pequeña zona de osteítis.

Intervención (Agosto 31 de 1926).—Dr. J. C. del Campo. Incisión vertical lateral. Se cae sobre fungosidades, saliendo del medio de ellas un secuestro. Curetaje de la pared de la cavidad. Al terminarse la intervención se constata que se ha abierto la articulación fémoro-rotuliana.

Evolución: A los tres días se comprueba la existencia de una reacción articular con fiebre; al quinto día, al hacer la curación, sale líquido articular turbio. Poco a poco todo entra en orden y a los treinta días la herida está cerrada.

Radiografías (36768-69, 37135-36): Sólo muestran una decalcificación general.

Examen histológico de fungosidad y secuestro (H. Maciel, N.º 11634): Observamos en la fungosidad tejido de granulación muy rico en polinucleados, mucho de los cuales presentan signos degenerativos.

En el hueso, un fragmento de tejido óseo esponjoso que, en un extremo, presenta una débil franja cartilaginosa hialina. En el tejido óseo notamos numerosas zonas en decalcificación y en vías de reabsorción, zonas de hueso necrótico; en algunas partes laminillas óseas de nueva formación; en la sustancia medular en partes existe tejido de granulación, en partes infiltración difusa polinuclear (Prof. E. P. Lasnier).

Al ser dado de alta su estado es el siguiente: Ligera claudicación. No hay dolor a la palpación de la rodilla. No hay signos de derrame articular. No hay choque rotuliano. Extensión casi completa. Flexión: más de 90 grados. Camina sin cansancio sin dolor.

En el segundo caso se trata, con toda probabilidad, de una tuberculosis primitiva de la rótula.

Las infecciones crónicas óseas yuxta o para-articulares — en general tuberculosas — constituyen, de acuerdo con las tendencias actuales, un motivo de intervención apresurada.

Mientras que algunos cirujanos consideran que no debe intervenir en una osteoartritis bacilar hasta que la naturaleza bosqueje o realice un proceso de reparación, aquí no se admiten esos titubeos.

La preservación de la articulación en un principio o la detención de la contaminación articular, si ésta se había ya iniciado, dominan y determinan la indicación operatoria.

La exéresis de la lesión, que debe ser amplia sólo tiene como límite el problema ortopédico que puede crear.

En la rodilla estos focos para-articulares no tienen la frecuencia ni la importancia que tienen en la cadera.

Hay uno, sin embargo, sobre el cual se ha llamado la atención repetidas veces: las osteítis rotulianas.

Ultimamente, Patel y Marion a propósito de un caso personal, hacen un trabajo de conjunto y señalan su rareza.

De hecho, lo importante es el diagnóstico precoz, de manera de evitar la extensión anatómica.

Cuando la lesión evoluciona hacia la cara anterior de la rótula el diagnóstico precoz es sencillo; cuando, en cambio, lo hace hacia la cara articular, es sumamente dificultoso por la ausencia de signos físicos localizadores y por los inconvenientes para evidenciar radiográficamente una lesión circunscripta de la rótula, dada la dificultad de separar su sombra de la de los cóndilos femorales.

Cuando el diagnóstico se ha hecho antes de la invasión articular no específica, sea que no haya reacción articular, sea que ésta sea bacilar, no específica, el tratamiento mínimo (vaciamiento del foco, curetaje de la lesión), puede dar un resultado satisfactorio desde el punto de vista profiláctico, y excelente desde el punto de vista funcional.

Aceptado casi sin discusión cuando el foco es a evolución anterior, esta intervención mínima no lo es cuando el foco es a evolución posterior. El carácter difuso de las lesiones rotulianas bacilares — hecho señalado por Menard — y la imposibilidad de delimitar netamente en el momento operatorio la parte enferma de la sana, ha hecho a Menard proponer en estos casos, como tratamiento de elección, la sinovectomía con patelectomía subperióstica, única manera de poner la articulación al abrigo de despertares o reagudizaciones de la infección. Esta operación estaría indicada siempre que la articulación no es seguramente indemne.

Pero se trata, indudablemente, de una operación a discutir.

La extirpación de la rótula es una intervención que compromete el funcionamiento articular, y aprovecho la ocasión de esta presentación para señalar cuál es el estado actual del problema, dado que sobre este punto, problema ortopédico, gira la conducta a seguir.

El concepto anatómico que ha hecho de la rótula un simple sesamoideo del tendón cuadricepsital — concepto erróneo, pues la rótula nace embriológicamente por fuera del tendón cuadricepsital — llevó a pensar que el rol de la rótula fuera de poca importancia. Esta consideración parecía estar apoyada por los hechos de ausencia congénita de rótula con funcionamiento articular perfecto. Pero de esto no se podía deducir que quien estaba acostumbrado a tener una rodilla normal pudiera perder la rótula sin ningún trastorno.

Y de hecho las estadísticas demuestran que el resultado de la patelectomía no es bueno.

Tavernier señala las cifras de Marty, sobre 110 patelectomías, 1 sólo buen resultado, 34 anquilosis; 70 conservan movilidad articular "pero ésta era a menudo más incómoda que útil a tal punto, que 21 de estos heridos han debido ser provistos de aparatos".

Frente a estos resultados, surgen las explicaciones.

Dejemos indudablemente a un lado los casos en que el mal resultado funcional es debido a una anquilosis o a una interrupción total del aparato rotuliano.

En los otros el déficit puede ser atribuido a la falta de la rótula. Para Crainz la rótula aleja el punto de aplicación de la potencia — fuerza del cuadriceps — del centro de rotación de la articulación, alarga por lo tanto el brazo de palanca, favoreciendo así la acción muscular.

La extirpación de la rótula disminuye ese brazo de palanca de todo el espesor de ella. Y esto en sujetos que tienen un cuadriceps trofiado.

Agreguemos por nuestra cuenta que un corte verticosagital de rótula nos muestra en su textura la verdad de esta afirmación: detrás de la capa compacta anterior, espesa de 2 a 4 milímetros, en la mitad anterior del hueso predominan las trabas verticales, continuando verdosímilmente las fibras del tendón del cuadriceps; en la mitad posterior las travas son antero-posteriores, implantadas perpendicularmente sobre la capa cortical posterior. Es sobre todo la mitad posterior la que ejercería el papel de caballete, aumentando la longitud del brazo de potencia.

Pero los resultados funcionales de la patelectomía no son siempre

malos. Y los resultados buenos necesitan interpretación, pudiendo dividirse en dos grupos.

En el primer grupo la rótula no se ha reformado; hay sí, una continuidad del aparato extensor y para compensar la falta de rótula han entrado en juego diversos factores.

Sacando uno de ellos, la hipertrofia del cuadriceps, todos los demás tienden a aumentar la fuerza de la potencia, alejando el punto de aplicación de ella del eje de rotación o lo que es lo mismo aumentando el brazo de palanca. Esto se obtiene ya sea por la hipertrofia de la tuberosidad tibial anterior, punto de inserción del tendón rotuliano; o por la subluxación de la pierna hacia adelante; o por una deformación en genu-valgum, lo que saca al tendón rotuliano de la fosa intercondílea haciéndolo deslizar sobre la eminencia del cóndilo externo; o, por último, haciendo la marcha con la pierna en flexión; "aquí el mecanismo de la compensación es dado por el hecho de que el centro de rotación de la rótula es en realidad una voluta y él se dirige hacia atrás a medida que la pierna se flexiona sobre el muslo. Por lo tanto, con la pierna flexionada el brazo de palanca es más largo" (Crainz).

En el segundo grupo los resultados buenos son obtenidos por la neoformación de la rótula; es a lo que tiende el procedimiento subperióstico que ha sido seguido varias veces de éxito.

Es también lo que ha tratado de conseguir en una forma más brillante el Prof. Dalla Vedova reconstruyendo osteoplásticamente la rótula por un colgajo pediculado de la tuberosidad tibial interna con un resultado ideal.

Todas estas consideraciones nos muestran que la patelectomía puede ser seguida de resultados funcionales defectuosos, de allí que parezca un poco exagerada la conclusión de Patel y Marion, que dice así: "Todas las veces que la articulación no está seguramente indemne respecto al riesgo de ser atacada, como es el caso de 20 a 28 años, es necesario hacer la patelectomía subperióstica con sinovectomía".

En nuestro caso la intensidad manifiesta de las lesiones sinoviales nos quitaba toda duda respecto a la conducta a tomar y nos inclinó a hacer de entrada la patelectomía con sinovectomía.

Los dos procedimientos señalados por Patel y Marion: 1.º) patelectomía subperióstica por incisión en cruz y luego artrotomía y extirpación de la sinovial; 2.º) artrotomía a través del ligamento rotuliano y luego patelectomía, me parecieron inferiores a uno que adaptara la operación programada a los principios defendidos por Fredet en el Congreso Francés de Cirugía de 1925, es decir, tratar de hacer

la sinovectomía dejando la abertura de la articulación para lo último. Fué lo que se hizo. He aquí la historia:

**Historia N.º 2.**—Juan R., 27 años, ingresa al Hospital Pasteur, Sala 27, Servicio del Dr. Prat, el 3 de Octubre de 1933.

Hace dos meses empieza a sentir dolores en la rodilla derecha con impotencia progresiva. El dolor es más intenso cuando se apoya o cuando intenta levantar la rodilla.

Antecedentes: A los 12 años congestión pulmonar. A los 18 años blenorragia con orquitis y un chancro, según el enfermo sífilítico, y que fué tratado con neosalvarsan.

Examen del enfermo: Estado general regular. Ha adelgazado varios kilos. Pulso buenc. Febrícula, 37 2/5, 37 3/5, algunas tardes. Tórax y abdomen: nada anormal.

Radiografía de tórax: normal.

Rodilla derecha: hinchazón globulosa de la rodilla con borramiento de las depresiones latero-rotulianas. Ligero choque rotuliano. Distensión del fondo de saco subcuadrípital. Al nivel de la reflexión de la sinovial se nota el gran espesamiento de esta (como un centímetro de espesor). Dolor a la palpación de la sinovial. Fuera de la zona recubierta por ésta no hay ningún punto doloroso y dentro de esa zona no hay ningún punto que por la exquisitez del dolor llame la atención sobre un foco óseo. Nada anormal a la palpación de la rótula. Estos datos nos llevan a pensar más bien en una forma sinovial de inflamación articular.

Movimientos articulares pasivos, conservados: disminución de la flexión, que se hace muy dolorosa a partir de cierto grado. Dificultad de los movimientos activos y sobre todo de la marcha.

Atrofia muscular del muslo derecho, poco acentuada; no hay atrofia muscular de la pierna.

Adenopatía inguinal bilateral y epitroclear derecha sin caracteres especiales. Reacción de Wassermann en la sangre: negativa.

Las dos placas (Oct. 7 y Oct. 20) muestran perfectamente bien el borramiento de la interlínea, límites difusos del fémur y de la tibia y una lesión de la rótula. En su ángulo súpero-externo hay un fragmento aislado, como si fuera un secuestro, y en la placa lateral parece verse que el proceso de secuestro ha llegado hasta el cartílago articular.

Se ejecuta durante 15 días un tratamiento de prueba a base de cianuro de mercurio y neosalvarsan, sin ningún efecto apreciable y se decide intervenir.

**Intervención** (Octubre 27 de 1933).—Dr. J. C. del Campo. Ptes. E. Prat y Barberousse. Anestesia raquídea — L II, L III — novocaína, 0gr.08. Incisión en U de los planos superficiales. Incisión transversal de los planos fibrosos pre-rotulianos. Se inicia la extirpación subperióstica de la rótula; al llegar al ángulo súpero-externo se cae en la zona enferma. Una vez aislada a la rugina la rótula del tendón cuadriceps, expansión cuadrípital y tendón rotuliano, y sin haber penetrado aún en la cavidad articular se hacen dos incisiones transversales hasta la cápsula y se inicia la extirpación de la sinovial como en la técnica de Fredet. Pensando en la recuperación articular nos detenemos al principio ante los ligamentos laterales y cruzados y extirpamos todo lo que podemos de sinovial y cápsula anterior y lateral, incluso meniscos. No se observan lesiones del fémur ni de la tibia. La dificultad

para perseguir la porción posterior de la sinovial nos obliga a seccionar el ligamento lateral interno y el ligamento cruzado anterior. A pesar de esto el curetaje de la sinovial posterior y del prolongamiento poplíteo es un poco ciego. Toque con cloruro de zinc al 10 %. Cierre de los planos fibrosos con catgut cromado, uniendo en la parte anterior el tendón rotuliano al ligamento rotuliano; dos tubos de drenaje (logía anterior y posterior). Inmovilización.

Examen microscópico: sinovial sumamente espesada, fungosa. En el ángulo súpero-externo de la rótula hay un fragmento osteocondilinoso rodeado de fungosidades firmes y aún unido al resto de la rótula.

Examen histológico: tejido de granulación con focos de infiltración leucocitaria extendidos. Junto a las zonas de granulación se observa la transformación fibrinoide del tejido conjuntivo. En todo el espesor del corte, pero en particular en los bordes, se observan una gran cantidad de folículos tuberculosos típicos. — H. Castiglioni (Octubre 28 de 1933).

Post-operatorio: después de 10 días en los cuales la herida estaba perfectamente bien, se establece una supuración abundante, que atribuimos al toque con cloruro de zinc.

En Febrero de 1934 las heridas están completamente cerradas y la anquilosis parece firme. En Marzo se hace placa que constata una anquilosis en buena posición.

En Abril es dado de alta. Con excelente estado general (ha aumentado 9 kilos), es pasado a la Colonia de Convalecientes.

Es visto en Julio 4 de 1934. Ha aumentado 10 kilos más. Anquilosis en extensión firme. No hay signo de lesión ósea en evolución. Camina y trabaja sin dolor, sintiendo fuerte para reanudar sus ocupaciones. Radiografía de ambas rodillas: izquierda, normal; derecha, anquilosis en buena posición; la rótula no se ha reformado.

### *Quiste mucoide del piso de la boca.*

Por los doctores: ALBO y MARTINCICH

Los quistes dermoides se encuentran con relativa frecuencia en el piso de la boca; confundidos al principio con las ránulas, hoy son perfectamente conocidos.

El primer caso estudiado con detalles es el de Marchettis, más tarde Gérard en su Lupiología distingue las lupias sublinguales de las ránulas.

En el año 1845 Bertherand en su tesis hace un estudio de conjunto y poco después Lebert ensaya una patogenia para estos quistes dermoides; luego, las tesis de Perrault, Laudeta, la memoria de Ozeune en 1883 contribuyen a hacer conocer estos tumores.

Más tarde aparecen un sinnúmero de trabajos entre los cuales se encuentran las comunicaciones de Gérard Marchant, los capítulos de