

FRACTURAS DE COLUMNA VERTEBRAL CON PARAPLEJIA

Prof. Juan - C. DEL CAMPO

Nuestras observaciones han sido recogidas en los años 1927 a 1930 antes de que entraran en boga y se sistematizaran ciertos procedimientos de hiperextensión (Davies - Watson, Jones - Böhler).

Quiere decir que el tratamiento ortopédico se reducía a la inmovilización en una gótera de Bonnet, o a la extensión continua (fronda y plano inclinado) o a una hiperextensión moderada colocando almohadillas bajo la gibosidad dorsal.

La expectación exponía a nuestra vista de practicante interno primero, de cirujano adjunto después, la evolución desgraciada de estos enfermos con sus complicaciones infecciosas urinarias y sus éscaras sacras.

No es de extrañar pues, que al entrar de cirujano de guardia titular (Dic. 1926) acogiéramos con entusiasmo la opinión de Leriche en Lecene - Leriche "Thérapeutique chirurgicale".

Nuestra conducta se ajustó en regla general a esta orientación; intervención sistemática de las fracturas vertebrales con paraplejia, con el objeto de suprimir el elemento supuesto de compresión (esquirla, cuerpo vertebral desplazado, lámina, hematoma) y limpiar el foco medular colocándolo en condiciones ideales para una reparación. Salvo contraindicaciones basadas en el estado general, intervención inmediata dado 1) que supuesto un elemento compresor hay un evidente interés en suprimirlo lo antes posible; 2) que la clínica no puede diferenciar en el primer momento la naturaleza de la lesión medular y 3) que el criterio evolutivo puede en su demora comprometer el éxito de una intervención.

Durante ese tiempo hemos tratado 7 casos de fractura de columna vertebral con paraplejia.

En dos casos el estado del traumatizado al ingresar era tan

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 30 de octubre de 1935.

grave que contraindicaba toda acción quirúrgica. He aquí el resumen de las dos historias:

CASO I. — F. F., 28 años, V/6/1927. Hospital Maciel. Arrollado por un ferrocarril. Ingresa en coma, pulso filiforme, respiración entrecortada. Paraplejia total, absoluta, flácida, con abolición de reflejos. Desigualdad pupilar, pupila derecha más dilatada. Movilidad abdominal respiratoria conservada.

Tratamos de reducir una gran deformación de la región cervical inferior. Se siente gran crepitación, se reduce pero es difícil contenerla. Fallece a la media hora.

Autopsia. No hay fractura de cráneo. Derrame sanguíneo difuso subduralmariano. Piqueteado hemorrágico piamariano.

Fractura de las apófisis espinosas de las cuatro primeras vértebras dorsales. Fractura comminuta de los cuerpos de la 5ª, 6ª y 7ª vértebras cervicales con traslado hacia adelante del segmento superior de la columna. Compresión de la médula que está reducida casi a una cinta. Fractura de la primera costilla izquierda. Fractura del manubrio del esternón. Hemorragia mediastinal. Infiltración hemorrágica del pericardio.

CASO II. — A. G. B., 26 años, VII/10/1927. Hospital Maciel. Accidente de ferrocarril. Ingresa en coma, dilatación pupilar, paraplejia total, flácida; incontinencia de materias, polipnea, pulso rápido. Epistaxis. Fractura de esternón en la unión del cuerpo y manubrio. Fractura múltiple de costillas, bilateral. Fractura de la columna región dorso lumbar: deformación, gibosidad. Fractura de Maisonneuve (pierna derecha). Fallece a los 20 minutos de ingresar. No se pudo hacer autopsia.

Cinco casos fueron intervenidos.

En dos las lesiones eran de por sí irreparables.

CASO III. — V. B., 21 años, VIII/21/1928. H. Pasteur. Caída de una vagoneta sobre la cabeza, flexionándole violentamente el cuello. Cuadriplejia inmediata. Pulso 66-46. Movilidad anormal al nivel de la 6ª cervical. No puede sostener la cabeza. Cuadriplejia total, absoluta motriz y sensitiva con abolición de reflejos cutáneos y tendinosos. Respiración únicamente diafragmática; esfínteres relajados; incontinencia de orina y de materias fecales.

Intervención a las 10 horas del traumatismo. Anestesia local: novocaína. Eter a la reina. El arco vertebral de la 7ª está en saliente con relación al arco de la 6ª. Infiltración hemorrágica de las partes blandas. Los ligamentos supraespinoso, interespinoso y amarillo están conservados. Fractura de las láminas de la 5ª cervical; fractura bilateral de las láminas de la 6ª contra las apófisis articulares. Laminectomía cervical 7, 6, 5. Por la palpación de la duramadre se constata; y después de la incisión se comprueba, que la médula está interrumpida frente al cuerpo de la 5ª cervical. Sale líquido cefaloraquídeo límpido y papilla medular. No se nota nada

anormal al nivel de los cuerpos vertebrales (exploración limitada). Fallece a las 10 horas de operado. No se hizo autopsia.

CASO IV. — L. P., 56 años, VIII/24/1928. H. Pasteur. Arrollado por un autobus. Paraplejía total sensitivo-motriz con abolición de los reflejos tendinosos y cutáneos. La zona de anestesia llega exactamente hasta las arcadas inguinales y pubis. Esfínter anal relajado. Gibosidad dorso lumbar. (D XII - L III). Crepitación ósea a ese nivel.

Intervención a las 4 horas. Infiltración hemorrágica de los planos sub-cutáneos. Rotura total de los ligamentos supra e interespinosos y amarillos de unión entre dorsal X y XI. Amplia brecha llevando directamente al canal raquídeo. Laminectomía. Abertura de la duramadre, sale líquido cefaloraquídeo límpido en pequeña cantidad y papilla medular. Gran zona de atricción de la médula que una vez eliminada la papilla queda reducida a casi nada al nivel de D. XI - DX. Cierre de la duramadre y planos superficiales. En este momento la respiración cesa y el pulso casi desaparece. Sale del estado sincopal. Fallece a las dos horas de operado.

Los tres casos restantes son los más interesantes desde el punto de vista de la posible eficacia del acto operatorio.

CASO V. — L. B., 42 años. Hospital Maciel. Abril 22/1927. Caída sobre los pies de una altura de 11 metros. Afirma que en el primer momento movía ambas piernas y que a la media hora no podía mover la izquierda.

Examen del enfermo: estado general bueno. Miembro inferior derecho: motilidad y sensibilidad normales. Fractura del maleolo interno.

Miembro inferior izquierdo: parálisis muscular total. Reflejo rotuliano abolido. Sensibilidad conservada. Zona de hiperestesia en la región inguinal izquierda. Retención de orina.

Columna vertebral. Gibosidad de la región dorsal inferior.

Al ingresar (11 horas del traumatismo) se hace reducción bajo anestesia general éter (por tracciones). Se reduce en parte la deformación. Se coloca en cama dura con almohadas bajo la gibosidad.

Doce horas después se decide intervenir. Intervención: Infiltración sanguínea de los planos superficiales. Laminectomía D XI - XII. No se ve compresión medular. Desgarro de la duramadre por el cual sale líquido céfalo-raquídeo claro. Evoluciona mal falleciendo 6 días después, abril 29 de 1927.

CASO VI. — F. R., 50 años, agosto 26/1928. Hospital Maciel. Arrollado por un camión. Paraplejía inmediata, flácida con abolición de los reflejos tendinosos y cutáneos.

Intervención de urgencia (tres horas del traumatismo). Anestesia general éter. Laminectomía D XI - XII - L I - II. Se constata una angulación hacia atrás de los cuerpos vertebrales. Abertura de la duramadre: no se halla nada en la médula. Cierre de la duramadre y planos musculares.

Post-operatorio: en los primeros días: ileus paralítico que cedió.

Agosto 27 a Setiembre 1º: recuperación parcial de la sensibilidad. Sensibilidad vesical conservada. Recupera en parte la motilidad de la pierna izquierda cuyos músculos dan la sensación de tonicidad conservada, mientras que en el lado derecho sigue la parálisis total, flácida. En setiembre 1º infección urinaria. Cistostomía.

En los días siguientes la recuperación funcional se detiene. Los movimientos desaparecen. Aparecen éscaras sacras, etc. y fallece el 30 de octubre de 1928.

CASO VII. — R. I., 45 años. Hospital Maciel. Octubre 15 de 1930.

Caída de 6 metros sobre la región dorsal inferior. Separación en abanico de las apófisis espinosas de D XI-D XII. Paraplejia total, flácida con abolición de los reflejos tendinosos y cutáneos. Relajación del esfínter anal. Sensibilidad al dolor, tacto y calor abolidas en piernas y pies; ligeramente conservada en ambos muslos; bien en el abdomen.

Intervención. Infiltración hemorrágica superficial. Rotura de los ligamentos supra e interespinosos. Laminectomía D X-XI-XII-L I; la médula y duramadre están empujadas hacia las láminas y en un punto que corresponde a la dislocación vertebral están anguladas hacia atrás. Levantando la duramadre se constata que corresponde a un foco de fractura anterior que hace saliente hacia el canal raquídeo; no se ven pequeños fragmentos. Incisión de la duramadre: médula normal, líquido céfalo-raquídeo claro.

Octubre 17, cistostomía; todavía no había infección urinaria.

La anestesia retrocede un poco pero en adelante empiezan éscaras sacras, etcétera. Fallece el 17 de noviembre de 1930.

Dejaremos a un lado los 4 primeros casos que demuestran la intensidad enorme de las lesiones medulares y que obligarán siempre a ser pesimistas frente a estos hechos tomados en block.

Y bien, del examen de los tres últimos no se puede deducir que se le haya hecho un bien al enfermo con la operación.

En dos de ellos no se encontró lesión medular ni sitio de compresión; la exploración de la médula es sencilla y uno no puede decir que halla pasado desapercibida la lesión.

En ninguno de los tres había hemorragia intraduramateriana.

En los tres el hematorraquis extraduramariano tenía una amplia derivación hacia el exterior a través de las lesiones del arco posterior.

En uno había una angulación de la médula sobre la columna: pero nos fué imposible modificar el foco de fractura. Es evidente que la corrección del desplazamiento por los métodos ortopédicos actualmente en boga (Davies-Watson, Jones-Böhler) hubiera sido más eficaz para la liberación de esa médula, sin querer decir

con eso que se hubiera salvado el enfermo, dado que en el momento de tratarlo, pueden ya haber lesiones constituídas, definitivas. ¿Qué conclusiones sacamos de todo esto?

De la misma manera que en 1927 el estudio de los traumatizados abandonados a sí mismos nos invitaba a un cambio de conducta el tratamiento puesto en práctica en 1927 - 1930 nos predispone a otro cambio.

Mientras el examen clínico total, y clínico - radiológico, no permita individualizar dentro del conjunto aquellos casos susceptibles de mejorar por una intervención nos veremos obligados a obrar sobre hipótesis de trabajo.

El tratamiento quirúrgico sin la reducción ortopédica por los procedimientos actuales corre el peligro de ser inferior a ella, (caso 7) de ser ineficaz. El tratamiento sin el control del foco de fractura no les da a casos como los de Soto y Bado la oportunidad de curar.

Asociarlos sería el ideal.

Pero asociarlos de entrada, pues si se espera el efecto del tratamiento ortopédico, perdemos parte del supuesto beneficio del tratamiento quirúrgico. No encuentro lógica la proposición de Bado que aconseja reducir en hiperextensión y si persisten los fenómenos parapléjicos abrir el yeso y operar sin sacar al fracturado del yeso, porque no me parece que sea técnicamente fácil operar en un tranco en hiperextensión.

Me parece en cambio que decididos a operar, se impone como método ortopédico auxiliar el método de Davies.

Esto sin hacerse grandes ilusiones dado el sustrato habitual de estos casos.