

DIAFISECTOMÍA TOTAL DE LA TIBIA POR OSTEOMIELITIS AGUDA

Tema en discusión

D. PRAT, R. DEL CAMPO y P. - V. PEDEMONTÉ

Dr. D. Prat: Yo no tengo como los Dres. Del Campo y Pedemonte mucha experiencia sobre diafisectomía porque mi Servicio es de adultos y en pocas oportunidades he tenido que asistir niños con procesos de osteomielitis, pero aprovechando la oportunidad quiero decir unas palabras sobre dos puntos referentes al caso: uno sobre la regeneración perióstica y otro sobre la indicación y la conducta a seguir en las osteomielitis agudas.

Sobre el primer punto he de decir que el periostio ya se sabe tiene un poder especial de hacer hueso; casi específico según Ollier, pero que luego Heitz, Leriche, Policard demostraron que tal poder no era específico, sino solamente especial a ese tejido por las condiciones biológicas mismas de ese tejido, y pusieron en evidencia el valor de su irritación como factor de regeneración ósea. Ahora bien, yo tengo un caso con el cual vengo a demostrar que la facultad del periostio de formar hueso específico o especial es poderosa y no necesita de esa irritación para desarrollarse.

Se trata de un niño que sufrió un traumatismo grave de su antebrazo derecho con extensas heridas de las partes blandas y fractura a amplia exposición, y gran pérdida de substancia ósea de ambos huesos del antebrazo. Se quiso amputar y yo, que en ese entonces era practicante, pedí de seguir la asistencia del enfermo. El éxito más grande coronó mis afanes y una regeneración ósea completa, aunque no normal en forma y estructura,

vino a substituir la grave pérdida de substancia ósea, como puede verse en la radiografía (muestra placas).

La evolución fué aséptica, no hubo proceso infeccioso que excitara el periostio y sin embargo la regeneración se hizo intensamente.

En cuanto al segundo punto quiero decir que, parecería que el Dr. Pedemonte criticara a quien no hace diafisectomías y se abstiene de intervenir y sin embargo la tendencia actual en materia de osteomielitis aguda no es a considerar tan urgente la intervención como hace unos años; hay más bien tendencia a esperar, hacer tratamiento general y tópicos locales no violentos e inmovilización con el fin de localizar el proceso y luego ir a abrir abscesos bien delimitados en enfermos que han mejorado mucho su estado general, y si las circunstancias lo exigen iremos a hacer algo más, trepanación, secuestrectomía, etc.

Dr. Del Campo Raúl: Estoy de acuerdo completamente con lo dicho por el Dr. Prat, referente a la tendencia actual en la terapéutica quirúrgica de la osteomielitis aguda. Nosotros seguimos en general esa conducta, enfriar, localizar, contemporizar en lugar de abrir y trepanar de urgencia como era clásico hasta hace unos años. Creo que es una conducta más lógica y que da éxitos más grandes con intervenciones más pequeñas.

Seguimos esta conducta sobre todo en huesos principales como la tibia, el fémur o el húmero, en los cuales la diafisectomía primitiva, precoz o retardada debe emplearse, después de haber hecho todos los esfuerzos posibles por mejorar el estado general y local del enfermo ya que salvo en huesos como el peroné, el radio, la considero demasiado chocante para realizarla en un niño con defensas muy disminuídas.

Por eso admito que la diafisectomía puede emplearse en la osteomielitis de huesos como el peroné y el radio, pero para huesos, como la tibia y otros, seguir con la conducta actualmente en boga de contemporizar y enfriar. Sin embargo, la considero una operación fácil y que con cuidados post operatorios inteligentes da resultados excelentes.

Dr. Pedemonte: Agradezco a todos aquellos que tomaron parte en la discusión de este tema por la parte de información

personal. Decía en mi comunicación que tenía de esta terapéutica la mejor impresión a través de las lecturas bibliográficas y del caso que me tocó atender. Ahora después de lo expuesto por los señores asambleístas me confirmo más aún en esa convicción y me pregunto nuevamente por cual motivo es que se emplea tan poco, ya que en nuestro medio no conocemos ningún caso publicado en lo que se refiere a huesos ejes tales como tibia, húmero o fémur, de los cuales conozco algunos casos inéditos del malogrado Dr. Prof. Albo. En lo que se refiere a huesos de otro orden, como peroné y radio conocemos la publicación del Dr. Raúl Del Campo en los Anales de la Facultad de Medicina.

Después de oír las distintas opiniones soy más partidario de esta terapéutica ya que todos se han mostrado si no decididos partidarios de ella por lo menos no han dicho nada de valor en contra.

Así por ejemplo, en el caso del Dr. Larghero con muerte del enfermo, el autor hace la salvedad que el fracaso no puede ser atribuido a la terapéutica y lo presenta a simple título informativo. Yo afirmarí más, diría que es un mal caso de comparación ya que sale muy fuera de la indicación principal de la diafisectomía; cuatro grandes razones se oponían a la indicación de la diafisectomía en este caso: 1º se trataba de una osteomielitis tipo de guerra; 2º en un adulto; 3º diafisitis a punto de partida en la metafisis y 4º a estafilo y estreptococo. Sin embargo y a pesar de todas las razones en contra, si el estreptococo no mata al enfermo, la diafisec omía hubiera sido un éxito, pues como hemos visto en las placas que nos presentó el Dr. Larghero había ya bastante regeneración ósea.

El Dr. Del Campo se muestra partidario de esta terapéutica para ciertos huesos (peroné y radio) y contrario para otros (tibia, etc.) arguyendo como argumento fundamental que puede resultar una operación chocante.

Yo creo que si chocante es para la tibia, chocante también lo es para el peroné y el radio y sin embargo él tiene varios casos así tratados sin consecuencias desagradables.

No creo que la diafisectomía sea una operación chocante cuando está bien indicada, el periostio inflamado por el proceso infeccioso es un excelente plano de clivaje que permite extirpar el hueso enfermo rápidamente, en algunos casos el hueso está

ya secuestrado completamente, como en uno que me relató el Dr. Vásquez Rolfi en el cual por una pequeña incisión del periostio se pudo tomar la diáfisis y extraerla con toda facilidad.

Además el Dr. Del Campo dice que es una operación fácil, y una operación fácil no puede ser muy chocante para el enfermo.

De manera pues, que sigo creyendo que es una terapéutica a realizar más comúnmente dado que las lecturas, mi caso personal y lo dicho sobre este tema en esta Sociedad, es favorable a ella.

Por eso le parece al Dr. Prat que yo critico a quienes no la realizan corrientemente teniendo oportunidad para ello. Indudablemente me extraña no se emplee más corrientemente ya que todos tenemos el convencimiento, o al menos, se ha demostrado eso, que es una buena operación.

En cuanto a la conducta contemporizadora a que hacen referencia los doctores Prat y Del Campo no resulta un argumento contra la diafisectomía ya que si va contra la diafisectomía primitiva precoz no va contra la retardada ya que los partidarios de ésta también la emplean y la mayoría de los casos publicados se refieren a diafisectomías efectuadas más allá de los 20 o 30 días del comienzo de la enfermedad, como el nuestro, en el cual se realizó pasados los 30 días de la enfermedad.

Por último el Dr. Prat nos trae un caso bien documentado de regeneración ósea, en el cual según él, el periostio no ha sido excitado en su propiedad regenerativa. No creo que ese caso venga a demostrar tal cosa ya que si efectivamente se trató de una fractura expuesta con gran pérdida de substancia ósea que evolucionó asépticamente y por lo tanto no hubo proceso infeccioso, el periostio estuvo excitado e intensamente por un proceso inflamatorio que si bien no fué infeccioso fué traumático y él debió producir todos los elementos anátomo patológicos de la inflamación que aunque aséptica, inflamación al fin, condición principal invocada por Leriche y Policard como originaria de la producción ósea por parte de ese tejido conjuntivo joven, por tal en las mejores condiciones de hacer hueso.