

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE LOS DEDOS Y DE LAS MANOS

Emilio ANDREÓN

Es por demás sabido que pocas infecciones agudas localizadas a piógenos triviales evolucionen tan lentamente hacia la curación, como aquellas que toman asiento en los dedos o en las manos. En general se alcanza la curación después de un tiempo demasiado largo, durante el cual, pueden observarse diversas complicaciones que aumentan la gravedad de la lesión y los dolores del enfermo.

Se han justificado estos hechos culpando las características anatómicas de la región afectada. El tejido celular es muy denso, muy irrigado, naturalmente muy sensible; la red linfática bien desarrollada y las articulaciones y sinoviales excesivamente cerradas. En algunos casos estos hechos pueden tranquilizar la conciencia, en otros no. No puede, por ejemplo, explicarse por la anatomía, que un absceso del tejido celular de la primera falange, incindido a su debido tiempo y bien drenado, irradie a la palma de la mano siguiendo la vaina del lumbrical, de una linfangitis reticular, duela después de su abertura y demore más de 7 u 8 días para, su curación definitiva.

Mucho se ha escrito durante estos últimos años sobre el tratamiento de la afección que nos ocupa concluyéndose en general en los siguientes consejos: 1º, Para que la intervención sea bien llevada es indispensable operar con buena anestesia y sobre campo operatorio exangüe. 2º, La intervención debe ser precoz; 3º, El cirujano no debe limitarse a practicar una pequeña incisión; es indispensable hacer grandes incisiones, casi una puesta a plano de la cavidad supurada si se quiere drenar correctamente y explorar cuidadosamente los sitios donde habitualmente se producen

las irradiaciones de la infección. 4º, Colocación del órgano enfermo en posición de función, mechado con gasa simple o vaselinada o con caucho, protección con un apósito y vendaje.

¿Es que la puesta en práctica de estas indicaciones ha mejorado los resultados? La observación de un gran número de enfermos, tratados o no de acuerdo a esos consejos me permite afirmar que los resultados no son mejores, tal vez son peores, lo cual se explica fácilmente por varias razones.

1º) En general eso de la incisión precoz, parece haber sido tomado demasiado al pie de la letra, interviniéndose frecuentemente sin haber dado al organismo el tiempo necesario a la organización de sus defensas. A mi juicio representa más perjuicios esta conducta que la espera excesiva. La extensión muy precoz de la supuración de una región a otra se observa solamente en los casos de infecciones excepcionalmente virulentas lo cual no es lo común. Habitualmente la "fusses" no es precoz y su causa puede encontrarse más que en el momento de la incisión, en la deficiencia del drenaje.

2º) Las incisiones amplias, las exploraciones, las presiones, las resecciones mismo de tejidos cuyas defensas están en plena organización, conducta que nadie se atrevería a ensayar ante un forúnculo abcedado, un absceso apendicular o un adenoflemón de cuello, son causa de buen número de fracasos. En materia de traumatismo en cirugía de las infecciones de los dedos y de las manos, se ha llegado a un grado realmente increíble. Es así, como gracias a la comodidad que da la buena anestesia y el campo exangüe, podemos ver a diario cirujanos que operan estas lesiones como si se tratara de una lesión en frío. No es de ahora que yo creo en la necesidad de una reacción en ese sentido; ya en 1934 hablando del furor de la abertura de la vaina celular del lumbrical en los panadizos de primera falange decía: "es preferible abrir un panadizo a la antigua, pinchándolo con el bisturí, previa anestesia con cloruro de etilo, antes que practicar enormes incisiones sobre tejidos inflamados en previsión de hipotéticas irradiaciones".

3º) Los consejos anteriormente citados no fueron eficaces porque los más graves errores son los que se cometen en el post -

operatorio y esos nadie pensó en corregirlos. Pasaré en revista los errores para luego proponer su solución.

El primer error está en el drenaje. El peor de todos está representando por la gasa simple o vaselinada, que al embeberse de pus se transforma en un tapón séptico, cuyas consecuencias no son fáciles de imaginar. El caucho tan en boga y del cual se han dicho maravillas no es mucho mejor, pues el pus se estanca y coagula en sus pliegues y adhiere íntimamente a los labios de la herida cerrando la cavidad. Además el caucho adhiere a la piel, macerándola en un grado mayor que la gasa. Para ser justo diré que estos inconvenientes se atenúan si se deja la herida expuesta al aire, pues basta que se movilice el caucho para que la desobstrucción se produzca, y que el aire seque la piel para que la maceración se evite.

El segundo error se comete al introducir la mano enferma en un baño antiséptico caliente, maniobra que con el sistema de irrigación corriente es indispensable para desprender el apósito y mecha de tejidos inflamados muy sensibles. Por suerte se ha reducido ya una reacción contra la exageración de los baños, siendo el médico lo posible para que sean cortos, débilmente antisépticos y de una temperatura incapaz de producir quemaduras. El enfermo dispone frecuentemente otra cosa, porque el calor calma momentáneamente sus dolores y porque la prolongación del baño lleva al desprendimiento del apósito.

Luego el médico recubre la región enferma y lo que es peor las regiones vecinas sanas, con gasa y algodón que asegura con vendaje. Esta vieja práctica es la culpable principal de las complicaciones que se observan. El primer efecto es cerrar aun más la cavidad supurada, cualquiera que sea la extensión de la incisión y cualquiera que sea el sistema de drenaje empleado. En segundo lugar mantiene a la piel en estado de humedad permanente lo cual compromete su vitalidad. La piel así humedecida se macera con gran rapidez, transformándose en un terreno bien preparado para la infección cuyos microbios vienen con el pus que logra salir por la incisión. Para que se comprenda bien la importancia del factor humedad como agente de desvitalización de la piel, basta con observar el aspecto que presenta un dedo o recubierto durante 24 horas con un apósito mantenido cons-

tantemente húmedo. En general el dedo o la mano son colocados en posición de función en seguida después de la incisión. La inmovilidad es contraria al buen drenaje, cualquiera que sea la supuración a tratar, siendo en extremo inconveniente en la artritis y en las sinovitis. La mejor posición de función no es siempre la mejor posición de drenaje; tal es lo que pasa con la mayoría de las sinovitis. Por otra parte los movimientos son necesarios para evitar el tabicamiento de la cavidad supurada, tabicamiento que puede observarse en los dedos amputados que han evolucionado mal.

No quiero decir con esto que haya que olvidar la importante noción de posición de función, pero sí que hay que recurrir a ella solamente cuando el estado inflamatorio está vencido, en los casos en que la función está seguramente perdida.

El conjunto de prácticas equivocadas que acabo de enumerar, tienen como efecto: el aumento del tiempo de curación, la aparición de "fussées" en el post-operatorio, los dolores intensos y persistentes, las linfangitis, rigideces, etc. Y no es de extrañar que ese sea el resultado pues luego de traumatizar precozmente y sin ninguna consideración tejidos inflamados, el cirujano drena mal (por el inconveniente sistema de drenaje que emplea, por el cierre de incisión provocado por el vendaje y por la falta de movimientos) y macera los tejidos enfermos y aun los sanos, con los baños y el apósito.

El sistema de tratamiento que preconizo está orientado en el sentido de evitar la caída en los errores que acabo de poner en evidencia. Jamás practico una incisión sin antes estar convencido de que el pus se ha colectado. Durante este período hay que tener la suficiente fuerza de voluntad, para limitar la acción a ayudar las defensas naturales con la congestión pasiva, las vacunas o cualquier otro medio. Si ya existe pus formado pero los signos clásicos de la inflamación son muy marcados limito la intervención al mínimun, practicando una pequeña incisión. Si se drena bien el 90 % de los casos no se necesita más para obtener una curación rápida sin complicaciones. En un número de casos muy limitados se hace necesario una segunda intervención, que se practicará 4 ó 5 días después de la primera, en frío podríamos decir con el fin de abrir los fondos de saco y buscar las "fussees" que ya estaban constituídas en el momento de la inci-

sión. Cuando el enfermo consulta tardíamente 12 ó 15 días después de la iniciación de su proceso se puede pero solamente en este caso, practicar de primera intención, incisiones amplias y exploraciones, pues el proceso ya está bien limitado.

Hecha la incisión hago lo posible para que el drenaje sea permanente. Con el sistema de curación corriente la salida del pus se hace cada 24 horas en el momento en que el cirujano suprime la mecha, el apósito y determina pequeños movimientos del miembro enfermo. Con gasa o con caucho no se drena nunca bien, pues se cierra la cavidad supurada; si ese efecto no es tan apreciable en abscesos que asienten en otra región, es simplemente debido a que por diversas razones el cierre no es tan absoluto. Yo he reemplazado esos drenajes con hilos de plata que tienen suficiente resistencia para mantener separadas las paredes de la cavidad supurada y los labios de la incisión. Como no se infiltran de pus pueden dejarse en su sitio hasta la curación completa del proceso lo cual de por sí tiene importancia pues se evita al enfermo los dolores que determinan la colocación diaria de la mecha. Para que su eficacia sea real es necesario tener presente los siguientes detalles: es necesario que llegue hasta la parte más profunda de la cavidad supurada, con el fin de que mantenga separadas las paredes de la cavidad y los labios de la incisión. Es indispensable romper la costra que por la coagulación del pus en contacto con el aire, se forma al nivel de los labios de la herida operatoria, pues al cabo de unas horas la cavidad es cerrada por ellas. Esto se consigue muy fácilmente moviendo ligeramente el hilo de plata cada 8 o 10 horas, lo cual acepta realizar el enfermo, pues como veremos más adelante la característica principal de las curaciones es la disminución del dolor. Hago notar de paso que este tipo de drenaje lo utilizo en todas las regiones difíciles de drenar y en donde por cualquier razón sea necesario practicar una incisión pequeña (abscesos de la cara, mastitis, adenoflemones del cuello en el niño, etc.).

Prescindo en forma sistemática del apósito y del vendaje. Protejo simplemente la región enferma con una tela de gasa que descansa sobre un aparato metálico, permitiendo así la aereación permanente de la mano y dando absoluta libertad a los movimientos que juzgo indispensables para el buen drenaje y para evitar las secuelas temporarias o definitivas habitualmente tan frecuen-

tes. No es de extrañar que haya adoptado esta práctica, pues considero apósito y vendaje, el más pernicioso de todos los errores señalados; su influencia sobre la evolución desfavorable de estas infecciones es de una tal magnitud que su comprobación resulta fácil. Así es como cuando se está en presencia de un panadizo que evoluciona mal a pesar de haber sido bien incindido y drenado, la supresión de la curación lo mejora de inmediato. Más de una vez me llegaron enfermos con panadizos en tratamiento, en quienes conseguí éxito inmediato suprimiendo la mecha y el apósito no preocupándome en lo más mínimo de la incisión que está casi siempre bien hecha, demasiado bien hecha, si por eso se entiende una amplia incisión. Recuerdo, por ser muy instructivo desde este punto de vista, el caso de una enferma que interné en el Servicio del Prof. Nario hace aproximadamente dos años. Al decir de la enferma, que presentaba una infección de todos los elementos de la falange ungueal del pulgar ya tratada quirúrgicamente, los dolores eran tales que hacía 8 días que no dormía. Le suprimí mecha y apósito sin tocar la incisión y al día siguiente, la nurse, preocupada, me da como novedad importante que la enferma seguía durmiendo profundamente a pesar de ser ya las 10 horas. Se puede realizar la prueba inversa si así se desea. Un panadizo que evoluciona normalmente, tratado de acuerdo al procedimiento que preconizo, entra en desorden rápidamente si el cirujano lo recubre con un apósito y lo venda. Esta prueba que he practicado muchas veces, es particularmente clara hasta 4 o 5 días después de la intervención, momento en que el vendaje puede ya tolerarse.

A partir de las primeras horas de la incisión, indico movimientos pasivos y luego activos bien aceptados por el enfermo, gracias a la poca intensidad del dolor.

Resultado. — Al considerar los resultados obtenidos con la práctica que aconsejo, me referiré solamente a las infecciones supuradas del tejido celular de los dedos o de las manos, que asientan en una persona sin taras. En los casos de infecciones graves por el agente infeccioso en sí, o por el terreno en el cual asientan, el resultado sigue siendo malo, a pesar de que lógicamente lo es menos tratando bien que haciéndolo mal.

Lo primero que llama la atención es la poca intensidad de

los dolores, mismo en enfermos que presentan grandes flemones. Aparte de la lógica importancia que tiene en sí el hecho de suprimir el dolor, es de gran utilidad porque hace posible la movilización precoz, cuyo valor terapéutico ya hice resaltar. La ausencia del dolor cuando el drenaje es permanente, demuestra con claridad que su existencia durante muchos días con gran intensidad, como pasa cuando se cura de acuerdo al sistema clásico, no puede ser explicado por el hecho de que la infección asiente en una región de sensibilidad exquisita; el dolor persiste en esos casos porque el estado inflamatorio continúa, puesto que a pesar de la incisión, la cavidad supurada sigue cerrada.

El tiempo necesario para la curación es muchísimo más breve. Durante el mismo, es excepcional observar "fussees", linfangitis, adenitis o cualquier otra complicación de orden infeccioso.

Las rigideces, las lesiones de la piel, tan frecuentes con el sistema de curación habitual se ven en un grado menor. En general los movimientos son normales en el momento en que la cicatrización termina.

La comodidad para el médico es extrema, pues su única misión es de vigilancia. Las curaciones consisten simplemente en la movilización del hilo de plata cada 10 o 12 horas, lo cual realiza el enfermo.

Por último es necesario mencionar un hecho que debe interesar a las grandes instituciones de asistencia (Salud Pública, Compañías de Seguros, Mutualistas de asistencia), es el factor económico. El enfermo gasta únicamente para su curación la tela que recubre la mano. El hilo de plata puede usarse indefinidamente.

Resumen

1º A pesar de las innovaciones puestas en práctica, en el tratamiento de las infecciones agudas de los dedos y de las manos, los resultados que se obtienen, no han mejorado; a mi juicio han empeorado.

2º La incisión precoz y amplia adoptada, ha dejado en pie el problema del drenado permanente de la cavidad supurada; en la solución de este problema, está el secreto del tratamiento de estas infecciones.

3º La incisión amplia y precoz no mejora el drenaje, pero traumatiza los tejidos inflamados, lo cual explica que los resultados hayan empeorado.

4º El drenado no es correcto, porque la mecha tapa la cavidad supurada y el vendaje contribuye al cierre, comprimiendo los labios de la incisión sobre la mecha.

5º El apósito mantiene húmeda la piel, constituyendo con los baños, la causa que macera los tejidos preparándolos así a la reinfeción.

6º El traumatismo exagerado de los tejidos inflamados, e drenaje intermitente, y la desvitalización de los tejidos enfermo y sanos, explican las "fusées", las linfangitis, la prolongación extraordinaria del tiempo de curación definitiva, los dolores del post-operatorio, las secuelas, observadas tan frecuentemente cuando se aplica el tratamiento clásico.

7º Con la táctica quirúrgica anotada, el drenaje metálico, la exposición de la mano al aire y los movimientos del órgano enfermo, creo haber corregido los defectos anotados, lo que se traduce por una evolución tan favorable de los abscesos, de los dedos y de la mano, como si asentaran en cualquier otro tejido celular.

Dr. Stajano. — Considero el trabajo del Dr. Andreón un trabajo fundamentalmente práctico y de trascendencia enorme. E aporta con su práctica un beneficio que sólo valorará el que haya visto los desastres que a diario se observan, en esa grave enfermedad, mal tratada en todas las policlínicas y confiadas muchas veces al practicante o al médico inexperto. No sólo esta comunicación es eficaz en lo fundamental, vale decir, en lo que concierne al drenaje permanente, mediante el hilo de plata, variablemente dispuesto, sino que es eficaz porque invade hasta el detalle de la curación, diciendo verdades también fundamentales al hacer el juicio a la mecha o a los tubos, no sólo inútiles sino perjudiciales y que sólo la rutina ha consagrado sin discernimiento. Después de haber conocido los resultados del tratamiento de Andreón y haberlos comparado a los obtenidos mediante el derroche de cirugía de acuerdo con los numerosos trabajos sobre el tema, es que considero a nuestro compatriota como un verdadero benefactor que aporta hechos reales de simplifi-

cación técnica, de acortamiento considerable del plazo de enfermedad y de evolución favorable sin secuelas de un proceso tan frecuente como lo es el de la infección de las manos.

Por otra parte tiene la virtud de demostrar la sinrazón de prácticas que todo el mundo ha aceptado y que sigue utilizando sin más fundamento que el impuesto por la rutina; me refiero al renaje mediante mechas y tubos que podría denominarse en vez de procedimiento de drenaje de procedimiento de taponamiento y de encharcamiento de las heridas, especialmente de la región que los ocupa. Me place felicitar al autor del trabajo y fundamento voto por las grandes razones expuestas, mereciendo este trabajo, por su interés práctico, ser divulgado entusiastamente y enseñado en las clínicas para bien de los heridos, de los patronos y de los Bancos de Seguros, que recogen por igual sus beneficios, sí como de las policlínicas que ahorrarían el no poco material e curación que hoy derrochan con estos procesos mal tratados.
