

PANADIZOS NECROSANTES DEL PULGAR

Por el Prof. Agreg. Héctor A. Ardao

La posesión de tres observaciones de panadizos graves comenzados en el pulpejo del dedo pulgar, que se acompañaron de necrosis masiva de la falangeta, secuestración y posteriormente de regeneración de una nueva falangeta *in situ*, nos permitirá hacer unas breves consideraciones acerca del tratamiento quirúrgico que demandan estas lesiones.

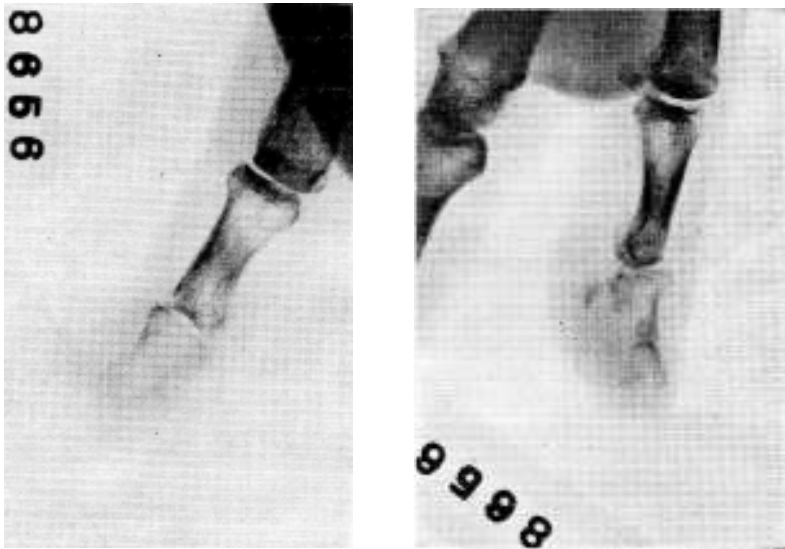
Como es habitual, las heridas de los dedos y de las manos llegan al cirujano después de varios días, cuando la infección ha tomado volumen bajo curaciones caseras, pomadas o especialidades farmacéuticas con tal o cual principio biológico. En nuestros casos alrededor de una semana después de la herida. La primera y segunda observaciones corresponden a la mano derecha e izquierda de una mujer diabética que oficia de cocinera. Una infección de la otra dista un año. La tercera a un empleado de florería. Las tres tienen como puerta de entrada una herida punzante minúscula en el pulpejo.

Contrariamente al criterio de Kanavel (sustentado por Iselin) según el cual frente a la falange necrosada se debe hacer precozmente la resección diafisiaria, subperióstica, dejando la epífisis proximal, nosotros incidimos el panadizo y bajo vigilancia, esperamos que el proceso de secuestración se cumpliera espontánea y totalmente. En estos casos de osteítis antigua, cuando el secuestro total de la falange ungueal está cerca de ser eliminado, Iselin sostiene que se debe hacer la desarticulación interfalangeana.

En todos los casos nos limitamos localmente a drenar el panadizo, inmovilizando rigurosamente la mano, y a esperar que el surco de eliminación se estableciera en el hueso y se eliminara la porción necrótica. Aparentemente la falange completa, que

extrajimos, simplemente, con una pinza en los dos últimos casos. No hemos tenido que arrepentirnos. A expensas de la parte extrema del talón de la falangeta y del periostio después, se asiste en todos los casos, como lo muestran las radiografías sucesivas, a la regeneración mencionada. Primero se forma una falangeta grosera, de osificación conjuntiva trabecular. Posteriormente se modela por aposición de sistemas laminillares osteoblásticos. Poco tiempo después, alrededor de dos meses y medio, cada uno de estos obreros se reintegró a su tarea anterior.

OBSERVACIÓN N° 1. — R. M. de D., italiana, 37 años, cocinera. Concorre a la Policlínica de la Sala Cirugía A a nuestro cargo, en el Servicio del



Obs. 1ª — R. M. de D. Pulgar der. Mayo 22-1936. Frente y perfil: Esbozo regenerativo de la falangeta. La calcificación se está haciendo en los contornos.

Prof. A. Navarro en los primeros días de abril de 1936. Herida punzante en el pulpejo del dedo pulgar derecho, junto a la uña. A las 48 horas notó la aparición de los fenómenos inflamatorios. Después, tumefacción progresiva del dedo, rubor, calor y durante el examen nos llama la atención la escasa dolencia que la enferma refiere y que comprobamos. Sin adenopatías ni chuchos. Vacuna antiptiógena, vendaje inmovilizador y se recoge sangre y orina para examen.

A los ocho días gran tumefacción poco dolorosa del dedo, fiebre moderada y linfangitis. El examen de orina reveló la diabetes. Urea: 0'21. Wassermann:



Junio 20-1936. Frente y perfil: 1 mes después ya está bien calcificada. La calcificación conjuntiva trabecular es irregular y no se observan sistemas laminillares.

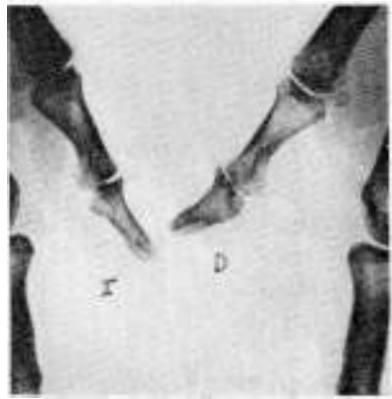


Agosto 1936. Frente y perfil: 3 meses después. Comienza a percibirse la modelación de sistemas laminillares en la base y longitudinalmente paralelos a los bordes.



Octubre 9 - 1936. Frente: Ambos pulgares. 5 meses después la falangeta derecha regenerada es más grande que la izquierda. En el centro ha perdido la densidad de calcificación de los primeros meses.

A -



Octubre 9 - 1936. Perfil: Ambos pulgares. Nótese la nitidez del espacio interfalangiano derecho. El dedo pulgar ha conservado sus movimientos iguales a los del lado sano.



Obs. 1ª — Febrero 3 - 1937. Frente y perfil: 9 meses después

negativo. Ingresó: régimen alimenticio, insulina, vacunas, leche intramuscular. Pronto aparece un punto fluctuante de supuración en la extremidad del dedo. Anestesia local e incisión: viene pus que se drena bien. Durante varias semanas el proceso supurado persiste aunque la tumefacción llega a ser muy reducida. Un día aparece la falange necrosada, de color negruzco, sin periostio y semidesprendida en el fondo de la incisión. Dos días después,



Obs. 2. — Abril 30 - 1937. En el pulgar izquierdo aparece la falangeta en vías de regeneración.

espontáneamente, se elimina como un secuestro. Aparentemente se ha eliminado la falangeta en su totalidad. La supuración se termina y el trayecto fistuloso se cierra. Una radiografía, el 22 de mayo nos reveló la persistencia de la epífisis posterior y la aparición de una serie de calcificaciones que esbozan una nueva falange regenerada. Posteriormente este proceso se completa como lo muestran las radiografías sucesivas. La enferma cura y a los dos meses y medio toma de nuevo sus tareas.

Un año después la misma enferma suministra la segunda observación.

OBSERVACIÓN N° 2. — Su mal comenzó en los primeros días de marzo de 1937 con el pinchazo de una espina de berenjena en el pulpejo del dedo pulgar izquierdo. El dedo está tumefacto por una inflamación flegmonosa muy intensa. No acusa dolores espontáneos ni provocados por la movilización del dedo. Sin adenopatías supraclavicular ni axilar. Sin chuchos. Temp. axilar: $36 \frac{4}{5}$, pulso: 80. Presión arterial (m. s. d.) 13 y 8. Índice oscilométrico: $1 \frac{1}{2}$.

Dada la indolencia, la ausencia de fenómenos de intoxicación general y de la fluctuación, decido esperar tratándola con vacuna antipiógena e inmovilización en tanto se realizan exámenes completos de sangre y orina. La sensibilidad táctil, térmica y dolorosa en los miembros superiores es



Mayo 16 - 1937
Pulgar der. Panadizo hace 1 año. Pulgar izq. Panadizo actual.



Mayo 16 - 1937. Perfil: A la izquierda panadizo hace 1 año. A la derecha la falangeta conformada irregularmente en vías de calcificación.

normal. Orina: glucosuria, 29 grs. con 33. Habiendo concurrido tres veces a la Policlínica, aconsejo el ingreso a sala el día 17 de marzo. La tumefacción del dedo es enorme y hay además fluctuación. El mismo día incindo el pulpejo en dos valvas con anestesia anular en la base del dedo. Vienen unos gramos de pus cremoso. Drenaje con lámina de caucho de guante. Insulina: 60 U diarias. Régimen.

19 de marzo. Tumefacción tensa, fluctuante, dolorosa en la logia comisural. Incisión. Gran edema del dorso de la mano y antebrazo. La piel aparece de color rosado franco hasta la región del codo y en la parte intrínseca del brazo se ven varios cordones de linfangitis. Aumento de temperatura local en el antebrazo y brazo. 80 U de insulina, 40 c.c. de suero antiestrep-tocócico, vacuna antiptiógena. Orina: 44 grs. de glucosa. Diuresis: 2 litros y medio.

22 de marzo. Mejora; sin fiebre. Menos tumefacción y supuración franca. Dos curaciones al día. Glucosuria: 18 grs. 60.

28 de marzo. Persiste la supuración aunque muy reducida. Sin glucosuria.

29 de marzo. Alta. Vendrá a Policlínica.

15 de abril. Supuración serosa. Se extrae con facilidad la falangeta semidesprendida en el fondo de la herida.

30 de abril. La herida del pulgar cicatrizó. Persiste una pequeña supuración en el fondo de la logia comisural.

OBSERVACIÓN N° 3. — J. C., 35 años, florista. Se ha producido un pinchazo con la espina de una rosa en el pulpejo del dedo pulgar derecho. A las pocas horas aparecen los fenómenos inflamatorios con dolores terribles que le impiden dormir durante tres noches. Gran decaimiento. Fiebre y



Obs. 3ª — Mayo 5-1936. Falangeta necrosada unos días antes de eliminarse.

chuchos. Vacunas e inmovilización de la mano. Con anestesia local incisión de la extremidad del dedo. Una radiografía revela la necrosis masiva de la falangeta. Resolvemos esperar que el proceso de secuestración se cumpla espontáneamente. Curaciones diarias. Se ve y se toca la falangeta necrosada, de color negruzco. Al cabo de tres semanas con una pinza, simplemente se la retira. Se termina la supuración y la herida cicatriza. Las radiografías posteriores revelan la neoformación regenerativa de una nueva falangeta a expensas de la epífisis proximal. A los tres meses se reintegra al trabajo.



Julio 31- 936. Frente: La falangeta regenerada más pequeña que la normal.



Julio 31- 936. Perfil: Se observan los contornos irregulares y una esfícula ósea unida por un puente a la masa principal.



Abril 20-1937. Frente: Un año después del proceso se encuentra la falangeta bastante bien conformada.



9 5 4 8

Abril 20-1937. Perfil



Abril 20 - 1937



Abril 20 - 1937

Pulgares sanos

DISCUSIÓN

Dr. Andreón. — “Las posibilidades en el tratamiento conservador de los dedos”. Y casi diríamos, en general, el tratamiento conservador para todos los casos de lesiones infecciosas de los dedos de las manos; y es particularmente interesante el hacer notar la experiencia propia en un momento en que la cirugía agresiva de la mano trajo muchos desastres.

Los casos que presenta el Dr. Ardao yo los conocía y hasta dispuse de ellos para la tesis. Traje algunos documentos radiográficos que demuestran la importancia que tiene la cirugía conservadora en las lesiones puramente óseas y en lesiones ósteo-articulares, que es un punto bastante mal tratado en los libros corrientes.

Cuando se trata de artritis se aconseja siempre la amputación.

El tratamiento conservador tiene tanto valor que yo actualmente no amputo los dedos en ningún caso.

Posiblemente en los enfermos del Dr. Ardao se les había sacdo una radiografía y el hueso aparentemente estaba enfermo, tanto que un clínico con la radiografía sola podría haber amputado ese dedo.

Se ve todos los días solicitar una radiografía de un panadizo que tiene siete u ocho días de evolución para ver como está.

Son lesiones que necesitan muchos días para que la lesión sea evidente.

El otro hecho que quería hacer notar a propósito de las lesiones que mostró el Dr. Ardao en su primer caso, en que no se habían notado secuestros, es que la radiografía no tiene gran valor para hacer el pronóstico.

Hay muchos casos en que la radiografía exagera las lesiones.

Parece que hay muchas lesiones, pero en realidad no todas son infecciosas. Hay una decalcificación rápida más que en otros huesos.

A veces sucede que la placa acusa lesiones poco marcadas y que resultan lesiones irreparables.

Este dedo que refiero ya había sido tratado; fué operado y comprobamos que era una papilla. No había nada que pudiera conservar.

Se trata de necrosis masiva donde no hay ninguna posibilidad de reparación.

Dr. García Capurro. — Estoy de acuerdo que debe ser conservador el tratamiento de estas lesiones. En cuanto a la radiografía hay que tener en cuenta una cosa y es que los huesos que se decalcifican son los huesos vivos. El hecho de que el calcio haya desaparecido nos indica de que ese hueso está vivo.

En el primer caso del Dr. Andreón no se ve la falangeta; sin embargo la falangeta está intacta, puesto que cuando se regenera lo hace perfectamente.

En la última radiografía que mostró tenemos el caso inverso. La falangeta ha ido a la necrosis sin modificar su arquitectura.

Podemos tener un dedo completamente muerto por la necrosis total de su falangeta que nos da una radiografía normal o lo contrario, como en el primer caso.

Dr. Barcia. — Agradezco al Dr. Andreón el que haya hecho referencia a mi persona como excusándose de atacar a la Radiología en mi presencia. No hay razón de ese temor, porque todos Vds. y en especial el Dr. Andreón, me han oído en gran número de ocasiones, insistir en que la placa no permite hacer diagnósticos más que de variaciones de densidad y, precisamente una de sus grandes deficiencias es el no permitirnos diferenciar los procesos que causan decalcificaciones. Dice muy bien Rafael García Capurro que hay un elemento biológico, la fijación del calcio, que da valor muy distinto al hueso decalcificado. No vemos muchas veces un segmento de hueso, especialmente una falange, y sin embargo ella existe en perfectas condiciones anatómicas.

No hay por lo tanto que quejarse de la Radiología sino que hay que tratar de interpretar justamente los datos que ella nos da no olvidando que muchas veces en estos casos de falange, hay decalcificaciones que hacen transparente a una falange a pesar de que conserva su integridad anatómica.

Dr. Larghero. — Me parece que la observación del Dr. Andreón no es comparable a la del Dr. Ardao por lo que él ha dicho por la regeneración perfecta de la falange. Ha sido simplemente una osteolisis y luego recalcificación.

En el caso del Dr. Ardao ha habido necrosis ósea.

Las placas radiográficas de las lesiones óseas antes de la primera semana no dan nada, encontrando luego una necrosis masiva de la falange. Esas placas no las tomamos en cuenta antes de los 8 días.

En lo que respecta a la Cirugía conservadora de los dedos ha tenido ocasión de ponerla en evidencia.

No se hace más que la regularización del muñón; tiene el defecto de hacerle perder de a uno a dos centímetros.

La cicatriz terminal, salvo en los casos donde el paciente tenga un oficio en el que haya necesidad de golpear con la punta de los dedos, como er un dactilógrafo, no le impide trabajar para nada.

Dr. Domingo Prat. Voy a hacerles una pregunta a los colegas que tienen la especialización en esta cuestión.

Si han tenido ellos ocasión de comparar lesiones infecciosas de la falangeta tratadas quirúrgicamente, vale decir, extirpadas precozmente antes de que se haga la eliminación espontánea para comparar sobre la regeneración del fragmento terminal del hueso.

Eso sería muy interesante si nosotros hubiéramos tenido ocasión de comparar esos dos métodos de tratamiento.

Y por otra parte sería interesante que nos dijeran cómo se deduce de lo que han dicho, si en presencia de una necrosis parece ser que la práctica ideal debe ser dejarla. En este caso convendría que lo establecieran categóricamente, puesto que la tendencia del cirujano es extirparlo inmediatamente y aquí aparece ser que es a expensas de ese elemento que se hace la regeneración. Yo me permito dirigirme a los especializados en las afecciones de las manos.

Dr. Andreón. — Es una pregunta un poco difícil de contestar, porque en ese caso hay huesos necrosados y que si tienen la evidencia de que existe el secuestro, todas las tendencias generales tienden a eliminar esos huesos, aun los conservadores.

Dr. Ardao. — Tengo yo un caso en que las lesiones no parecen considerables; se ve que se va a hacer un secuestro y luego el secuestro queda prendido de la gasa y esa falangeta se regenera perfectamente bien.

Esa tendencia a mi juicio no cuenta con el apoyo de los cirujanos especializados en esa materia. Personalmente, aunque no soy un cirujano especializado, nunca la hice, por simple razonamiento.

Yo no creo que esté justificado amputar la epífisis y la clínica tampoco lo justifica, porque la localización de la infección se hace en sitios completamente variables.

Iselín, en la última edición critica el procedimiento de Kanavel; agregando el hecho de que hay una retracción de las partes blandas y queda una falangeta corta y en consecuencia dolorosa.

Se desprende que en el momento actual ese procedimiento no cuenta con el favor de nadie y se sigue repitiendo por el simple hecho de que es el "tratamiento de Kanavel".

Dr. Andreón. — Voy a hacer referencia a lo que dijo el Dr. Prat.

Todas las presentaciones que hice para recalcar la verdad de la cirugía conservadora y traía casos que no fueran iguales sino complementarios. En el caso último que presenté hay evidentemente una gran decalcificación pero el hueso está infectado; hubo una fistula y se puede decir lesiones que no pueden corresponder a la osteolisis.

Dr. Ardaco. -- Agradezco a los colegas que se han ocupado del tema sobre todo por el aporte de su experiencia que es muy grande y debo expresarle al Dr. Andreón que en los casos de que me he ocupado a pesar de haber seguido durante varios meses la evolución, no es tampoco una cosa prolongada.

Por mi parte, nada más.

