

Instituto Traumatológico. Director: Dr. José L. Bado

EL PROBLEMA DE LA REPARACION DEL PULGAR ()*

Estudio crítico de los distintos procedimientos. Dos casos personales de reparación por trasplante tubulado mixto cutáneo óseo.

Dr. Pedro V. Pedemonte

Cirujano • Asistente

— I —

Consideraciones generales

La mano es un órgano de funcionamiento maravilloso.

Como instrumento de presa y ductilidad plástica, dijo el malogrado profesor Putti, nada hay más perfecto que la mano del hombre.

Ella tiene tres funciones: la de la exploración de los objetos, refuerzo y substitución a veces, de la vista; la de la mímica, refuerzo y substitución a veces, del lenguaje y la de la toma de los objetos o prensión. Esta última, de orden puramente utilitario es la más importante. Es mediante ella que el hombre puede ganarse su sustento diario.

La prensión es la expresión sintética de la maravillosa capacidad fisiológica de la mano. Ella no se hace siempre de la misma manera sino en forma distinta según el peso, tamaño u otras cualidades de los objetos.

Trarieux ha descrito 5 tipos de prensión, pero estudiando cuidadosamente esta clasificación, se llega a la conclusión que éstos 5 tipos pueden resumirse solamente en dos: la toma de los objetos o prensión tipo empuñadura y la prensión tipo pinza.

La primera es realizada exclusivamente o casi exclusivamente por los 4 últimos dedos. El pulgar no interviene o lo hace accesoriamente. Es la manera de tomar los objetos por los individuos que han perdido el pulgar.

Los objetos pequeños no pueden ser tomados y el lápiz, la pluma y ciertos utensilios de uso corriente como la cuchara o el cuchillo, deben ser tomados en una forma distinta a la normal.

(*) Comunicación leída en la Sesión del 26 de marzo de 1947.

La prensión tipo pinza en cambio es realizada con intervención preponderante del pulgar. El constituye la rama unidigital de la pinza manual. La otra está constituida por los otros 4 dedos.

La pérdida de uno cualquiera de estos 4 últimos dedos no tiene importancia casi, en la calidad de la prensión. La pérdida, en cambio, del pulgar, trae como consecuencia la supresión de este tipo de prensión, el más común, exquisito e importante modo de tomar los objetos.

La pérdida total del pulgar suprimiendo una de las ramas de la pinza manual equivale en trastorno funcional a la pérdida de los otros 4 dedos.

No es imprescindible que el pulgar sea completamente normal para que la prensión tipo pinza pueda realizarse. Aunque él está anquilosado en todas sus articulaciones, si llena las siguientes condiciones: longitud suficiente, suficiente resistencia, es indoloro y se halla en posición de función, la prensión tipo pinza puede ser aún realizada. En estos casos es la rama pluridigital móvil, la que aprisionará los objetos contra el pulgar rígido.

Este tipo de prensión será mejor realizado si en lugar de estar el pulgar anquilosado en todas sus articulaciones, lo está solamente en las interfalángicas ya que entonces conservando el movimiento de su articulación trapecio metacarpiana, el déficit funcional será mucho menor.

De todas estas consideraciones debe llegarse a las siguientes conclusiones: el pulgar debe, siempre que sea posible, ser conservado; sólo en casos extremos se justifica su amputación; vale más el peor muñón que la ausencia total del pulgar; siempre es más fácil reparar un muñón de pulgar que hacer uno nuevo; cuando no haya más remedio que amputarlo, es necesario conservar un muñón con parte del 1er. metacarpiano y móvil la articulación trapecio metacarpiana.

— II —

**Estudio crítico de los distintos procedimientos de
reparación del pulgar**

Para no salirnos fuera del tema, no nos ocuparemos en este trabajo de la reparación primaria, es decir de la conducta a seguir frente a los distintos tipos de lesión reciente de este

dedo. No nos ocuparemos tampoco de la reparación funcional o sea de la reparación de la pérdida de la flexión, de la extensión de la adducción o de la oposición, aunque algunas de ellas equivale en valor funcional a la pérdida anatómica del dedo y por último dejaremos de lado también la reparación posicional, es decir, aquella que debe realizarse cuando, existiendo el pulgar, se halla en una posición que hace que no pueda ser utilizado como una rama de la pinza, generalmente pegado al borde radial de la mano.

Nos ocuparemos solamente de la reparación anatómica, es decir, de aquella en relación con la falta material del dedo. En estos casos el pulgar ha sido amputado. La mano ha perdido la parte más exquisita de su función, la prensión tipo pinza. Esta mano puede aún tomar los grandes objetos empuñándolos, pero la toma de los pequeños es imposible. Una mano sin pulgar es tan inválida que la reparación debe ser, siempre tentada.

Existen prótesis ingeniosas que lo substituyen pero su valor es siempre inferior a un pulgar reconstruido. No tienen sensibilidad ni movimiento.

Un pulgar quirúrgicamente mejorado o reconstruido del todo, tiene buen uso y generalmente presta excelente utilidad. La calidad del resultado depende fundamentalmente de dos condiciones: 1º) de que quede un resto del 1er. metacarpiano y 2º) de que éste sea activamente móvil a nivel de la articulación trapecio metacarpiana. Felizmente en la gran mayoría de los casos de amputación de este dedo estas condiciones se hallan presentes. Son muy raras las amputaciones traumáticas totales del pulgar. Habitualmente la sección pasa a nivel de la mitad o del $\frac{1}{3}$ proximal del 1er. metacarpiano y este segmento se mantendrá móvil si se tiene buen cuidado de aplicar un precoz y correcto tratamiento fisioterápico. Los restos de músculos que han quedado insertos en él son suficientemente poderosos como para movilizarlo convenientemente.

Presentes estas condiciones el neo-pulgar será móvil. Las dos ramas de la pinza manual serán móviles y la prensión tipo pinza podrá realizarse en muy buena forma. Pero si estas condiciones no existieran, es decir si no ha quedado un resto de metacarpiano o si existiendo es fijo en su articulación trapecio metacarpiana, la reparación debe ser aún tentada. El neo-pulgar

será entonces fijo, pero prestará igualmente gran utilidad al permitir a la rama móvil de la pinza manual tomar los objetos presionándolos contra él. La prensión, tipo pinza, aunque no tan perfecta, podrá igualmente realizarse y el déficit funcional de la mano será poco notable.

Se estará en las mismas condiciones de una mano con sus cinco dedos, de los cuales el pulgar colocado en la posición de función, se halla rígido en todas sus articulaciones.

Una mano, con un pulgar reconstruido será indudablemente menos útil que una mano normal, pero lo será mucho más que una sin pulgar.

Entrando ahora al estudio crítico de los distintos procedimientos de reparación del pulgar, diremos que existen principalmente tres: el de la falangización, el del trasplante de un dedo y el de la reconstrucción de un nuevo pulgar.

La falangización tiene por objeto obtener una pinza, haciendo más entrante el 1er. espacio interdigital. De esta manera el 1er. metacarpiano actuando como rama móvil de la pinza tomará los objetos presionándolos contra la rama fija, representada por el 2º metacarpiano. La indicación de la falangización, está supeditada a las tres condiciones siguientes: 1º) que el 1er. metacarpiano esté conservado totalmente o por lo menos en una medida mayor de la mitad; 2º) que la articulación trapecio metacarpiana sea móvil, y 3º) que la musculatura que mueve el 1er. metacarpiano esté presente y sea potente. Los músculos oponente y principalmente el adductor del pulgar son en este sentido, los más importantes.

La técnica de este procedimiento es sencilla y fácil. Consiste en seccionar o mejor en trasladar a un punto más alto las inserciones del músculo adductor del pulgar, en el 1er. metacarpiano.

Es un procedimiento que no impone ninguna otra mutilación y que da un muñón bien vascularizado, bien innervado, sensible y sin fenómenos tróficos, pero funcionalmente, provee una pinza muy pobre, de boca muy pequeña y poca potencia.

Solamente los objetos pequeños y livianos pueden ser tomados. Casi todas las falangizaciones realizadas han necesitado, para ser medianamente útiles, complementarse con una prótesis que prolongue y refuerce el muñón del pulgar.

Su indicación más justa, sería para aquellos casos de pér-

dida del pulgar al nivel de la articulación metacarpofalángica, asociada a la pérdida total de los otros cuatro dedos. La finalidad es darle a una mano totalmente inútil, una pinza que pueda tomar por lo menos, el lápiz, la pluma u otros objetos semejantes.

Creemos que mejores resultados se obtendrían en casos semejantes, con los trasplantes tubulados mixtos cutáneo-óseos. Con uno de ellos se realizará un nuevo pulgar, rama móvil de la pinza y con otro la rama fija prolongando hacia la palma el 3º ó 4º metacarpiano. La reparación será mucho más laboriosa, pero el resultado, indudablemente mucho mejor. La pinza así fabricada será de mayor abertura de boca y mucho más potente.

En definitiva, creemos, que en la hora actual, la falangización no tiene sino muy excepcionales indicaciones.

El procedimiento de reparación del pulgar por trasplante de un dedo, sea del pie, de la mano sana o de la misma mano donde el pulgar falta, debe ser analizado en dos grupos: uno, que comprende los dos primeros tipos de trasplantes, y otro que se refiere a la 3ª modalidad.

La reparación por trasplante de un dedo del pie o de la mano sana, tiene múltiples inconvenientes. Impone una nueva mutilación que si en el caso de trasplante del dedo gordo del pie no tiene mayor importancia, la tiene y mucho cuando se trata de la mano sana.

La técnica, sino difícil no es sencilla ya que exige dos o más tiempos operatorios y obliga a la inmovilización durante 4 ó 5 semanas en una posición que tratándose del trasplante de un dedo del pie es intolerable para ciertos individuos, lo que hace que este procedimiento esté contraindicado en los obesos y los cardíacos.

Otro inconveniente es el desagradable aspecto del dedo trasplantado, tratándose principalmente del dedo gordo. Este resulta demasiado voluminoso y muy visible.

Atrae demasiado la vista y la atención de las personas que rodean al portador de un tal dedo, constituyendo un motivo fastidioso de preocupación.

Por otra parte los resultados son poco seguros, por necrosis y desunión. Todos los dedos trasplantados son, al principio, insensibles. La sensibilidad reaparece muy lentamente y en el mejor

de los casos tarda de 1 a 2 años en restablecerse. No es raro, además, la persistencia definitiva de alguno de los tipos de anestesia táctil o térmica por ejemplo. Durante años el dedo trasplantado, está expuesto a trastornos tróficos. La uña crece anormalmente y las articulaciones pierden sus movimientos naturales estando en definitiva, el resultado funcional, en relación con el grado de movilidad preexistente en la articulación trapecio-metacarpiana.

A pesar de todos estos inconvenientes, este procedimiento ha sido algunas veces realizado y en la literatura médica figuran casos de resultados satisfactorios como el de Nicoladoni con el dedo gordo del pie o como los de Joyce y de Oudard con el trasplante del dedo medio de la mano sana.

Nuestra opinión sobre este tipo de reparación del pulgar es la siguiente: que él está tan lleno de inconvenientes y de posibilidades de fracaso que hace que, como la falangización, no encuentre, en la hora actual, sino excepcional indicación.

La 3ª modalidad de reparación del pulgar por trasplante de un dedo es la que se realiza trasladando el índice de la misma mano al lugar del pulgar amputado. Es el procedimiento que se conoce con el nombre de policización o pulgarización. Tiene grandes ventajas pero también algunos inconvenientes. La mayor ventaja es que provee un dedo sensible, bien vascularizado y sin fenómenos tróficos.

Otra gran ventaja es que su técnica es simple ya que en un solo tiempo operatorio se realiza toda la reparación y además los resultados son generalmente exitosos.

En cambio tiene como inconveniente que impone una nueva mutilación, ya que es necesario tomar un dedo sano para substituir el pulgar ausente. Por eso las indicaciones de este procedimiento deben ser bien precisadas.

Otro inconveniente es que su técnica simple, como dijimos más arriba, no es del todo fácil. Hay que trasladar el 2º metacarpiano al lugar del 1º, hay que suturar los tendones extensores y flexores del índice a los del pulgar, hay que trasladar las inserciones del 1er. metacarpiano a los del 2º y a veces es necesario todavía reparar la falta de piel, que deja esta operación por un trasplante libre de piel total.

En suma creemos que la policización o pulgarización es un excelente medio de reparación del pulgar, cuyo mayor inconveniente, el de la mutilación puede subsanarse limitando su indicación, como lo hace Bunnell, a aquellos casos de ausencia total del pulgar, asociados a pérdida parcial del índice.

En estos casos el muñón del índice, tiene escaso o ningún valor funcional como índice, pero en cambio tendrá un gran valor funcional como pulgar.

Nos queda por último por analizar el procedimiento de la reparación del pulgar por la reconstrucción de un nuevo dedo.

Su objeto es hacer un nuevo dedo. En realidad lo que se fabrica no es un dedo perfecto, con articulaciones móviles, uña, etcétera, sino un vástago muy semejante a un dedo normal, móvil en la articulación trapezio-metacarpiana y relativamente sensible, que suple funcionalmente bien al pulgar.

La mayor ventaja de este procedimiento está representada por lo fácil de la técnica. Su técnica no es simple, pero sí, en cambio, fácil. Necesita varios tiempos operatorios pero cada uno de ellos es sencillo y algunos hasta triviales. Para quien tenga experiencia en la reparación plástica, en la que las operaciones escalonadas son tan frecuentes, este procedimiento no tendrá ningún inconveniente.

Este procedimiento provee una pinza de amplia boca y gran potencia, con un dedo resistente, indoloro y bien vascularizado.

Este modo de reparación no impone una nueva mutilación, sino por el contrario, provee un nuevo dedo de aspecto bastante semejante a uno normal.

Por último, los resultados son siempre seguros.

Como inconvenientes deben señalarse: los repetidos tiempos operatorios que el procedimiento requiere, argumento que pierde valor frente a la poca magnitud de cada uno de ellos, y la falta de sensibilidad y sentido estereognóstico. Dice Bunnell: "Si el dedo es reconstruido por un trasplante de piel del abdomen, él perderá los especializados corpúsculos del tacto, presentes en todos los dedos y nunca podrá adquirir un mejor sentido estereognóstico que aquel bien deficiente existente en la piel del abdomen". Nuestra experiencia nos permite argumentar que la ausencia de este sentido no tiene sino un valor relativo, en la funcionalidad de la mano reparada.

Hemos reconstruído un pulgar con este procedimiento hace más de seis meses y aunque no hemos vuelto a ver al paciente por ser de la ciudad de Rivera, hemos sabido por carta que nos ha enviado hace pocos días, en respuesta a una nuestra preguntándole específicamente sobre el particular, que la falta de sensibilidad y sentido estereognósico no constituye sino un inconveniente de muy relativa importancia.

No creemos pues que el argumento de la falta de sensibilidad y sentido estereognósico de los dedos reparados por el procedimiento del trasplante tubulado mixto cutáneo óseo sea de tanto valor como para anular sus grandes ventajas.

Resumiendo nuestra opinión sobre los distintos procedimientos de reparación del pulgar diremos que la falangización y los trasplantes de dedo del pie o de la mano sana no tienen en la hora actual sino excepcional indicación y que sólo deben contar con el favor de los cirujanos el procedimiento de la policización y el de los trasplantes tubulados mixtos cutáneos-óseos; que el 1º encuentra su indicación más justa en los casos de amputación total del pulgar y parcial del índice de la misma mano y el 2º en la gran mayoría de los casos.

III

Técnica del procedimiento del trasplante tubulado mixto, cutáneo - óseo

Hemos empleado este procedimiento en dos casos. Uno dado de alta hace más de 6 meses y que ilustramos en las Figs. Nº 1 y 2 y el otro en tratamiento aún. En este último sólo falta efectuar el 5º tiempo operatorio o sea el de la solidarización del esqueleto del neo dedo, al resto del 1er. metacarpiano.

En los dos casos la amputación era parcial, con conservación de la mitad proximal del 1er. metacarpiano. Con fisioterapia precoz y cuidadosa se logró conservar completamente móvil la articulación trapecio - metacarpiana.

El 1er. caso se trataba de un joven de 21 años de edad que en un grave accidente había perdido los 4 primeros dedos de la

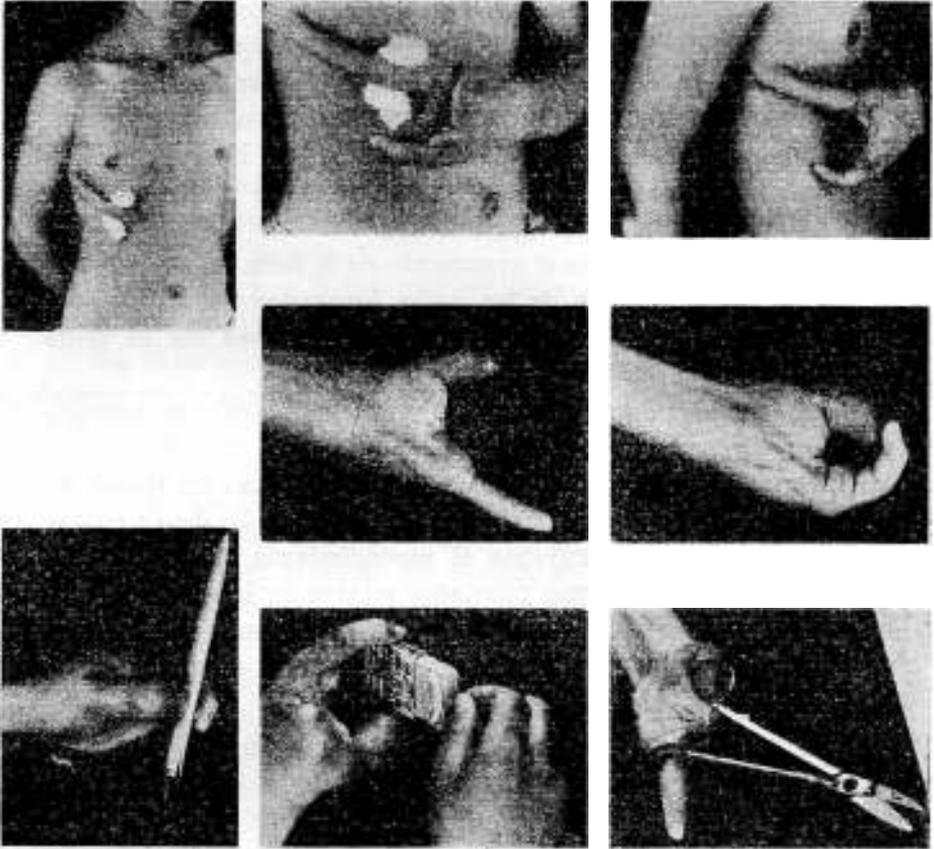


FIG. 1. — Pérdida traumática del pulgar, índice, medio y anular de la mano izquierda. Mano inútil. Reparación por reconstrucción de un nuevo pulgar por medio de un trasplante tubulado mixto cutáneo-óseo.

mano izquierda, como puede verse en la Fig. N° 1. El 5° había quedado sano, pero con sólo ese dedo, la mano era completamente inútil.

Con la reconstrucción se le dió a este joven una pinza digital de ramas móviles, de gran abertura de boca y de gran potencia.

El 2° se trata de un joven de 17 años de edad, que perdió también en un accidente, parcialmente, el pulgar de la mano derecha. Aun cuando se halla todavía en tratamiento, lo actuado hasta ahora hace predecir que un éxito semejante al del caso anterior, será obtenido.

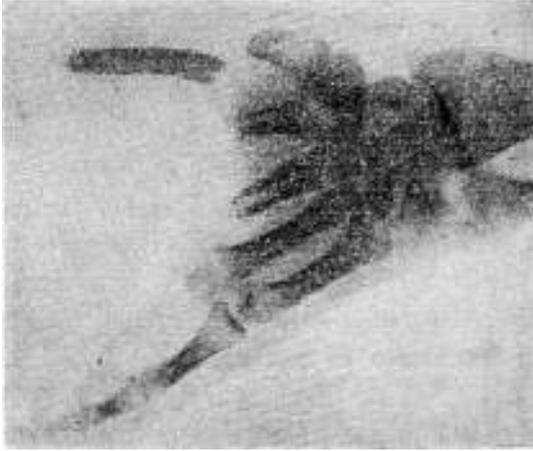


FIG. 2. — Arriba: Radiografía del neopulgar antes de solidarizar el esqueleto del dedo con el resto del 1er. metacarpiano. — Abajo: Frente y perfil a los 2 meses del 5º tiempo operatorio. Con un fragmento del 4º metacarpiano, que molestaba el cierre de la pinza digital, se solidarizó ambos huesos. En este tiempo la unión estaba ya firmemente realizada.

La técnica empleada en los dos, ha sido la siguiente:

1er. tiempo operatorio. Preparación del tubo mixto cutáneo-óseo.

Como zona dadora elegimos la pared ántero-externa del tórax opuesta a la de la mano lesionada. Esto permitirá, además de poder tomar un fragmento de costilla, el cual será el esqueleto del nuevo pulgar, dar al miembro enfermo una posición cómoda y perfectamente tolerada durante el período de inmovilización.

Las maniobras quirúrgicas principales de este tiempo operatorio son las siguientes:

a) Desinfección habitual. Anestesia local.

b) Preparación por dos incisiones paralelas a la 5ª ó 6ª costilla, de un colgajo bipediculado plano, de longitud y ancho suficiente, 12 x 8 cms., aproximadamente.

c) Levantando este colgajo, búsqueda de la 5ª ó 6ª costilla, liberación en una distancia de unos 6 cms., teniendo cuidado de no abrir la pleura y resección de un fragmento de igual longitud.

d) Tubulización del colgajo bipediculado, incluyendo en su parte media el fragmento de costilla.

e) Reparación de la herida por planos y de la piel por plastia directa, ya que la elasticidad y posibilidad de deslizamiento de la piel de esta región lo permite sin ningún inconveniente.

2º tiempo operatorio (21 días después). Autonomización del cabo central del tubo.

Es un tiempo operatorio, podríamos decir, insignificante. Consiste en seccionar bajo anestesia local, el pedículo central del tubo, separándolo completamente de su lecho, en hacer la hemostasis de los vasos de mediano calibre y en suturarlo nuevamente en su sitio.

3er. tiempo operatorio (15 días después). Sutura del cabo central del tubo al muñón del pulgar.

Las maniobras quirúrgicas principales son las siguientes:

a) Desinfección habitual y anestesia local del muñón del pulgar y del cabo central del tubo.

b) Avivamiento por resección de las partes blandas del muñón del pulgar, poniendo al descubierto el extremo distal del 1er. metacarpiano.

c) Sección circular u oblicua del cabo central del tubo.

d) Cruzando el brazo sobre el tórax se ponen las 2 heridas en contacto y se suturan entre sí.

La sutura debe tomar solamente la piel y el tejido celular sub-cutáneo. No es conveniente efectuar, en este tiempo, la sutura total, hueso a hueso y piel a piel ya que es muy difícil darle al esqueleto del dedo la exacta posición definitiva.

e) Vendaje aislador de la herida e inmovilizador del brazo.

4º tiempo operatorio (21 días después). Sección del pedículo distal del tubo.

Es este otro tiempo operatorio insignificante. Consiste en seccionar bajo anestesia local el pedículo distal del tubo, haciendo de modo que la sutura quede en la parte dorsal del extremo libre.

Después de este tiempo el neo-pulgar estará formado pero no tendrá ni la solidez ni la dirección necesarias para la buena oposición a los otros dedos.

No hay continuidad ósea entre el esqueleto del tubo y el del muñón. En otro tiempo operatorio se solidarizarán ambos huesos aprovechando para darle al neo-pulgar la posición mejor.

5º tiempo operatorio (15 días después). Solidarización de ambos huesos.

Las maniobras quirúrgicas principales son las siguientes:

a) Desinfección habitual y anestesia local facilitada por la insensibilidad de la piel del tubo.

b) Incisión a colgajo dorsal y a pedículo proximal a nivel de la raíz del neo-pulgar.

c) Búsqueda, liberación, avivamiento de ambos extremos óseos y artrodesis, fijándolos por medio de un hilo de catgut o por un pequeño injerto óseo tomado de la tibia, del cúbito o de un metacarpiano que sea necesario resecar.

En nuestro 1er. caso, como puede observarse en la Fig. Nº 2, el 4º metacarpiano saliente hacía obstáculo a la buena oposición del 5º dedo al pulgar reconstruído. Aprovechamos la resección de la mitad distal de este metacarpiano para utilizarlo como injerto de solidarización.

Es en el momento de unir el esqueleto del dedo al resto del 1er. metacarpiano que se debe tener buen cuidado de darle al pulgar la exacta posición de función.

d) Vendaje aislador de la herida y yeso manteniendo inmovilizado el dedo durante 4 ó 6 semanas.

Como se ve esta técnica no es sencilla. Necesita 5 tiempos operatorios y de 2 a 3 meses de tratamiento, pero volvemos a repetirlo, estos inconvenientes pierden valor si se tiene en cuenta la escasa magnitud de cada uno de ellos y la gran seguridad de éxito que da el procedimiento.

Dr. H. Ardao. — A mi me parecen muy interesantes las observaciones que ha presentado el Dr. Pedemonte. Evidentemente ha logrado el éxito quirúrgico de lo que se ha propuesto, lo cual no se consigue siempre en cirugía. En este sentido merece nuestros plácemes. También estoy de acuerdo con el estudio analítico que ha hecho de los distintos procedimientos de reparación del pulgar, cuyos principios generales están bien señalados en el libro de Bunnell. Ahora en cuanto al procedimiento de elección, concretamente, yo discrepo en base a una modesta experiencia que llevo adquirida aquí y en el extranjero en centros de heridos de guerra donde se trataron muchas manos destrozadas. El método preferible en caso de destrucción del pulgar, en caso de pérdida completa del dedo, es decir con conservación del metacarpo es la Pulgarización del Dedo Índice. El resultado del punto de vista funcional y del punto de vista estético es infinitamente superior. La superioridad sobre todo funcional radica en que el dedo transportado lleva los elementos de la sensibilidad absolutamente fundamentales para el sentido estereognóstico: para la prehensión en la vida diaria, y en el trabajo del taller. Ahora en cuanto a la técnica de la pulgarización me parece por lo que yo le he oído al Dr. Pedemonte, que correspondería también una sutura de tendones. El año pasado nosotros tuvimos oportunidad de mostrar aquí una enferma, a la que vemos a menudo porque actualmente es enfermera del Instituto de Radiología y que el Dr. Pedemonte conoce por haberla examinado cuando fué presentada en el Congreso Interamericano, con el dedo índice pulgarizado y en la cual el resultado me parece óptimo y está de acuerdo con lo que yo ví realizar a los maestros del Servicio de Gillies en Inglaterra en materia de reparación del pulgar.

La intervención consistió en el transporte total del dedo índice, seccionado el metacarpiano segundo próximo a la articulación metacarpofalángica y habiendo extirpado el dedo pulgar íntegro, absolutamente imposible de reparar debido a una lesión de los músculos y de los nervios de la eminencia tenar. Ahora bien, el transporte del índice a través de la logia comisural eleva todos sus elementos de los cuales sólo se seccionó la piel. Ese dedo es un dedo, tiene vida. La enferma el otro día me dijo que había dado vuelta a la tortilla, quiere decir que tiene fuerza y habilidad. Está aquí el Dr. Apolo que conoce a la enferma que ha llegado a escribir a máquina, maneja instrumentos, y utiliza su mano. Yo he mostrado a colegas esa mano y es hasta difícil reconocer que es el índice el que está en el sitio del pulgar.

A la crítica de que el sacrificio del dedo índice comporta un hecho función y nunca será menos estética que con un apéndice rígido que no es un dedo. Porque se trata de dar directivas sobre un punto de vista general, entiendo que estas cosas deben ser dichas y que el problema de la reparación del dedo pulgar total debe ser el transporte del dedo índice, transporte que le conserve toda su vida, con todos los elementos que le dan vida controlable por el ejercicio de la voluntad.

Eso es todo lo que tenía que decir.

Dr. Prat. — Este tema que nos ha traído el Dr. Pedemonte, corresponde a la cirugía especializada: la plastia de la mano. Es una cirugía esencialmente social, puesto que tiene la finalidad de reparar la mano en estos hombres que necesitan este segmento de miembro para poder trabajar, de manera que eso es importantísimo.

Corrientemente no hacemos esta cirugía, al menos personalmente en la Clínica donde uno actúa, y si hablo en este momento, es principalmente para estimular a todos los cirujanos plásticos, para que persistan en esta práctica. Es una cirugía trabajosa y cansadora como la vimos cuando lo aconsejaba el Dr. Pedemonte al establecer que necesitaba 5, 6 ó 7 intervenciones para llegar a un resultado, que a veces no es todo lo feliz que desearía el cirujano, pero realmente alcanza para conformar o, por lo menos, para satisfacer necesidades del paciente y muy a menudo lo que consigue es el éxito fundamental para el enfermo que le deja un miembro apropiado para ganar el sustento.

De manera que en ese sentido, tengo placer en estimular a los técnicos plásticos para que persistan en esta Cirugía, que es de esas en la que cuesta mucho perfeccionarse, que hay que tener voluntad y perseverancia pero que al final tiene su éxito y aunque no sea un éxito muy brillante, realmente debemos estimularlo en toda forma. Declaro que me satisface plenamente la conducta del Dr. Pedemonte, porque he visto que en ciertos casos en que se recurre a la pulgarización del índice y otros dedos de la mano, a veces se recurre al dedo gordo del pie.

Me parece que este dedo para una plastia es torpe y grosero, porque no equivale a la exquisitez ni a la sensibilidad de los dedos de la mano; eso sí, tiene más valor, pero indudablemente que uno realiza una mutilación y como el cirujano no tiene la seguridad absoluta de obtener un éxito completo, porque alguna infección o mortificación puede producirse y que al dejar resultados más o menos defectuosos que constituyen un fracaso que desilusiona al paciente. Por eso me satisface plenamente que se recurra a una costilla como elemento sólido para reconstituir el pulgar, con un cilindro de piel de tórax; pero está claro que al tratar de conseguirlo con los otros dedos de la mano el cirujano espera conseguir lo mejor, pero sabemos bien por nuestra práctica, que lo mejor suele ser enemigo de lo bueno, aunque no siempre ocurre así. Ante las fundadas consideraciones y de la experiencia del Dr. Ardao, indudablemente que debo limitar mis consideraciones y mis impresiones porque, indudablemente él habla de resultados, de resultados que parecen ser superiores y es lo lógico que si se trata de un enfermo, de un mutilado, que es un obrero especializado o un artista que necesita la máxima sensibilidad técnica en los dedos en que se ha hecho plastia, quizás se va a obtener mejor resultado con un dedo de la mano que con la plastia obtenida por la costilla. Creo que el perfeccionamiento va a llegar a establecernos que es lo que conviene, si debemos realizar esa plastia con otros dedos, aunque se haga una mutilación transitoria o permanente o si convendría hacerla con las costillas como

lo preconiza el Dr. Pedemonte. De cualquier manera que sea, considero que la práctica y la experiencia nos van a demostrar cual es la conducta mejor a seguir y sobre todo, insisto en que los cirujanos generales y en nuestras clínicas debemos estimular esa cirugía plástica, que es como decía recién constituye la noble y reparadora cirugía social.

Dr. E. Apolo. — Aunque no tengo una experiencia directa en las plásticas reparadoras de la mano, la feliz colaboración con el Dr. Ardao en el Centro de Cirugía Plástica, me ha permitido ver, en pocos meses, muchos mutilados de mano, muchos más de los que yo me imaginaba que existieran en nuestro país. De manera que se trata de un problema muy importante, por la gravedad que reviste para el paciente y por su repercusión social, pues casi todos son pacientes que gravitan habitualmente sobre el Banco de Seguros y la Caja de Jubilaciones, constituyendo, en realidad un serio problema social. La misma impresión que he tenido de ver tantos mutilados de mano en pocos meses, la han tenido algunos colegas argentinos y brasileños que nos han visitado últimamente llamándoles la atención la cantidad de lesionados de mano que vieron en el Centro de Cirugía Plástica.

En su Policlínica, es raro el día que no se ven dos o tres mutilados de mano. Se trata de hombres jóvenes, obreros expertos, que por un accidente de trabajo, o por un accidente cualquiera, un corte con un cuchillo, con un vidrio, una espina clavada en la mano, quedan con sus nervios o tendones seccionados o con amputaciones de dedos, y se les crea un grave problema, problema psíquico y económico: hombres jóvenes, expertos, que quieren trabajar y que no pueden, y que tienen que vivir como pensionistas del Estado. De manera que es indudable que la labor de los colegas que se han ocupado en nuestro medio de estas plásticas, Drs. Pedemonte y Ardao, es una labor de lo más meritoria, por lo cual me place expresarles mis sinceras felicitaciones.

Dr. Pedemonte. — En cuanto al punto fundamental de cual de los dos procedimientos de reparación del pulgar — pulgarización o reconstrucción de uno nuevo — es el mejor, creo que no existen razones de orden técnico, morfológico, estético ni funcional de tal magnitud como para aceptar de plano uno u el otro. Los dos tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Mi experiencia, me ha demostrado, en cambio, que existe una razón de gran peso en favor de la reconstrucción de un nuevo pulgar y es que los pacientes prefieren que se les haga un nuevo dedo y no que se les repare el perdido, substituyéndolo por uno sano.

En tres casos — 2 de la comunicación y un tercero que aún no he comenzado a reparar — he ofrecido a los pacientes los dos procedimientos, explicándoles sus ventajas e inconvenientes principales. Los tres han aceptado inmediatamente, la reparación por la reconstrucción de un nuevo dedo. Y más aún, se negaban a la reparación, si esta imponía una nueva mutilación.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

• La verdad es que cuando es necesario mutilar para curar por pequeña que la mutilación sea, los enfermos la resisten intensamente. Muchas veces, en el Instituto Traumatológico he tenido que amputar parcialmente un dedo intensamente traumatizado y aunque se trate de la amputación de la 3ª falange del 5º dedo, los enfermos se resisten y piden se les cure sin mutilación.

Algunos hasta se niegan al tratamiento propuesto.

La misma resistencia la he visto en la reparación del pulgar; se niegan a que se les traslade un dedo sano para reparar el que falta, aceptando en cambio de buen grado — por lo menos esta es mi experiencia — la reconstrucción de un nuevo dedo.

Por eso digo que si no existen razones de orden técnico, morfológico, estético ni funcional de tanto valor como para establecer superioridad de un procedimiento sobre el otro, existe una razón fundamental y es la preferencia de los pacientes por la reconstrucción.

Además el ideal de la cirugía plástica no debe ser substituir, lo que implica una nueva mutilación, sino recrear.

Indudablemente una experiencia mayor nos dará más elementos de juicio sobre este punto, pero por ahora, en los tres casos que me ha tocado actuar los pacientes aceptaron de buen grado el procedimiento de la reconstrucción y rechazaron en cambio el de la policización.

En cuanto a las dificultades de técnica establecidas por mí en la comunicación, en el procedimiento de la policización se refieren para los casos que yo admito como de indicación justa del empleo de este procedimiento y que son para los casos similares al citado por Bunnell, amputación total del pulgar y parcial del índice. Es en estos casos que es necesario hacer todo lo que ya señalé en la comunicación.

Yo agradezco mucho las palabras del Prof. Prat. Efectivamente la cirugía plástica es una cirugía muy importante, sino vital, por lo menos humanitaria y social. Es una cirugía difícil porque en cada caso hay que idear algún detalle nuevo. Es una cirugía que entusiasma por sus innovaciones, porque no se repite, porque cada caso presenta problemas particulares que es necesario resolverlos un poco con criterio personal y mediante la experiencia de casos más o menos semejantes.

Aunque no se alcance el ideal deseado el cirujano ve recompensado su esfuerzo, por la mejoría lograda, morfológica, estética y funcional.

Las palabras del Prof. Prat traducen una exacta comprensión del valor de esta especialidad, y hacen mucho bien, por lo cual se las agradezco de todo corazón, lo mismo al Dr. Apolo a quien no tengo más que decirle, que, muchas gracias.

Dr. E. Andreon. — Yo hago más las palabras del Dr. Prat y del Dr. Apolo. Pero podría agregar y yo creo que está bien hacerlo en este momento, lo siguiente: ¿Siendo tan difícil y tan costosa la cirugía reparadora de la mano, por qué no nos esforzamos para que el número de en-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

fermos que la necesiten sea más reducido? Y yo lo digo con cierto entusiasmo porque durante muchos años me he dedicado al estudio de las infecciones de la mano y estoy convencido que buen número de infecciones mal tratadas traen como consecuencia vicios de funcionamiento de la misma que precisan después reparaciones que como demuestra el doctor Pedemonte y el Dr. Ardao son posibles pero extraordinariamente costosas y llegándose a resultados no siempre perfectos. Cosa análoga pasa con las heridas de la mano. En general, las heridas de la mano se tratan como si fueran heridas cualesquiera, y eso lo vemos, no solamente en los consultorios, sino también en las clínicas y en las puertas de los hospitales.

Es muy natural que si no se hace tratamiento preventivo, habrá una cantidad enorme de mutilados de mano que necesitarán tratamientos reparadores y si bien es de felicitarse que en el momento actual existan en nuestro ambiente cirujanos capaces de corregir esas mutilaciones, nuestro deber está precisamente en evitarlas.
