

EQUINOCCOSIS VERTEBRAL

Resección total de la 5ª lumbar ()*

Dr. Juan Carlos del Campo

Con el caso que motiva esta comunicación tuvimos que ver en tres ocasiones.

La primera en 1930 en la cual ayudamos al Dr. Raúl del Campo en la intervención que se practicó sobre su raquis y en la que se extrajeron dos vesículas hidáticas del canal.

La segunda vez en 1945 en que, consultados por unos trastornos tróficos de la región calcaneana izquierda, aconsejamos una simpatectomía ganglionar lumbar. Puede decirse que hasta ese entonces se había asumido frente a la enferma la actitud habitual, descontando de antemano la imposibilidad de extirpar totalmente el foco óseo, de acuerdo con un criterio claramente definido por Dévé en su última obra (L'Echinococcose osseuse, 1948). "Même si l'on supposait les lésions parasitaires diagnostiquées a une période réellement "précoce", leur éradication intégrale demeurerait, en l'espèce, irréalisable: car il ne saurait être question de pratiquer l'ablation de toute une vertèbre."

Es en presencia de la agravación en todo sentido de la enfermedad; agravación de los signos urinarios, de los trastornos motores, sensitivos, y tróficos de los miembros inferiores, que al tener que resolver sobre ella por tercera vez, pensamos si no sería lógico mejorar su situación actuando sobre su canal raquídeo (paquimeningitis, aracnoiditis, elementos parasitarios compresores) pero poniéndola a cubierto de las reagravaciones a punto de

* Esta comunicación fué presentada en la sesión del 1º de setiembre de 1948.

partida en el foco equinocócico tratando de extirparlo en totalidad. Para realizar esto era necesario encarar la posibilidad de extirpar el segmento invadido de la columna tanto en su parte anterior como en el arco posterior. La radiografía indicando la localización posible de las lesiones en la 5ª L. agregado a la marcha lenta de la enfermedad nos alentaron en ese sentido.

El plan fué meditado (dada la ausencia de antecedentes bibliográficos) en parte sobre conocimientos y estudios personales y en parte sobre intervenciones que tuvieran puntos de contacto con la programada y sobre las cuales hubiera cierta experiencia decidiéndose:

1) Extirpar el cuerpo vertebral y los segmentos vecinos invadidos, a la vista, con amplia exposición, para lo cual se imponía la vía anterior, seguida o no de artrodesis anterior de la columna.

2) Operar sobre el arco posterior y espacio raquídeo por vía posterior, seguida inmediatamente, alejadamente o no de artrodesis posterior.

3) Operar en dos tiempos de manera que el segmento de columna operado en primer término estuviera firme en el 2º.

4) Empezar por la lesión corporal, sitio de origen de los trastornos posteriores, por ser la lesión máxima a cuya extensión había que adaptar el procedimiento, y por creer que la reparación de la brecha podía hacerse más fácilmente así, utilizando el acercamiento de los segmentos superior e inferior, acercamiento que podía ser dificultado por la rigidez de la columna posterior, si ésta era operada y fijada en primer término.

Analizaremos a continuación en detalle este plan.

Abordaje en 2 tiempos. Elección del orden de los mismos.

El propósito de terminar con las lesiones supone como consecuencia la interrupción total de la columna vertebral en una extensión variable.

En nuestro caso esa interrupción podía considerarse como obligada.

1) En su segmento anterior por la lesión parasitaria.

2) En su segmento posterior, por las lesiones parasitarias en primer término y por la necesidad de tratar las lesiones intra-

rraquídeas específicas o inespecíficas (aracnoiditis crónica residual o evolutiva).

El hecho de que en algunas afecciones como la tuberculosis vertebral puede llegar a soportarse la destrucción de varios cuerpos vertebrales en segmentos de enorme importancia como la región dorsal, a costa de una gibosidad pero sin anulación de la estática y sin gran repercusión medular nos animaba en nuestro plan.

Es el peligro de interrumpir completamente la columna en las operaciones hechas por vía posterior o póstero-lateral, es decir interrumpiendo el arco posterior de entrada, el que ha hecho que los cirujanos hayan actuado con excesiva cautela y con toda razón frente al foco equinocócico del cuerpo de la vértebra.

Y es por eso que dados los peligros actuales y supuestos de interrupción total decidimos hacer la intervención en dos tiempos, esperando que una vez cicatrizado el segmento operado en primer término él a su vez podría respaldar el desorden mecánico producido en el 2º tiempo.

Y obligados a elegir qué tiempo debería ser ejecutado primero optamos en nuestro caso por el anterior.

Reconocemos que debe haber casos en los que la importancia de las lesiones neurológicas obligue a ir primero al arco posterior, pero pudiéndose elegir, creemos que el cuerpo vertebral, sitio de origen de las lesiones parasitarias y punto de partida de las sucesivas invasiones del canal, merece ser tratado en primer término.

Abordaje anterior de la columna lumbar.

El tratamiento por separado de los segmentos anterior y posterior de la columna vertebral supone un abordaje diferente para cada uno de dichos segmentos.

En el sector lumbar de la columna vertebral los cuerpos vertebrales pueden ser abordados por:

Vía póstero-lateral-lumbar.

Vía ántero-lateral-subperitoneal (vía de abordaje del simpático lumbar).

Por vía anterior transperitoneal.

Indicados los póstero-laterales para las vértebras 1ª a 4ª pero sobre todo para la 1ª y 2ª, los ántero-laterales para los cuerpos de 3ª, 4ª y 5ª tienen cualquiera de ellos el inconveniente de que el abordaje es lateral, de que la visión es limitada.

La vía anterior transperitoneal da en cambio una amplia visión del segmento inferior lombo-sacro, permitiendo trabajar después de una buena exposición y apreciación de las lesiones.

Es por ella que nos decidimos a pesar de los inconvenientes de la travesía peritoneal.

Es interesante señalar que la vía de abordaje transperitoneal de la columna lumbar es de data antigua y que el pensamiento que llevó a ella es similar al que nos indujo a nosotros.

Es abordando órganos subperitoneales, tumores retroperitoneales, segmentos del simpático lumbar, nervio presacro, etc., que se ven las posibilidades de esta vía.

Es a W. Muller en 1905 que corresponde la primera tentativa de abordaje (abordaje de la 1ª sacra) y a W. Kausch en 1910 la primera resección de cuerpo vertebral (resección del cuerpo de la 3ª vértebra lumbar).

Ha sido poco seguida y hemos obtenido penosamente unas pocas citas no figurando en general en los tratados de Cirugía.

Luego ha sido utilizado por Burns y otros para artrodesis de la columna en la espondilolistesis.

Señalamos que últimamente la recomienda J. D. Lane y Emory S. Moore para resección de los discos intervertebrales en el área lumbar seguido de fusión de la columna en la protusión posterior del disco.

Amplitud de campo operatorio.

El abordaje anterior da un amplio campo. Una vez seccionado el peritoneo pone al alcance del cirujano en el ángulo que forman ambas arterias ilíacas los cuerpos vertebrales de 5ª lumbar y primera sacra.

Los órganos intraperitoneales no constituyen un obstáculo y son reclinados hacia arriba. (Posición de Trendelenburg y combadura lumbar).

Si la terminación del mesenterio obstaculizara, las maniobras

clásicas del decolamiento peritoneal darían fácil cuenta de esta dificultad.

Hay un elemento que cruza el campo y puede molestar: la vena iliaca primitiva izquierda. La experiencia que hay actualmente sobre ligadura de la vena iliaca en la flebitis muestra que se puede ligar ésta sin temor y la dificultad fué prevista y estábamos resueltos a reclinarla si era posible; y si no lo era a seccionarla y ligarla. La dificultad se presentó y la vena fué seccionada y ligada.

La terminación de la aorta y las arterias ilíacas primitivas pueden ser liberadas fácilmente y reclinadas en cierta medida.

Ampliación del campo operatorio.

La posibilidad de extensión de la equinocosis en los segmentos óseos vecinos o en las partes blandas nos hizo prevenir ampliaciones del campo operatorio.

Hacia *abajo* el campo es libre, aunque el sacro "huye" de la vista y de la acción del cirujano.

Hacia *afuera* el ala iliaca puede ser abordada pasando por debajo de los vasos ilíacos primitivos o reclinando éstos hacia adentro y pasando por fuera de ellos.

Hacia *arriba* el campo es más restringido pero existe y es posible llegar hasta la 3ª vértebra lumbar, para Kausch hasta la segunda.

Esto puede conseguirse:

1) *A izquierda* prolongando la incisión peritoneal por encima de la arteria iliaca y a izquierda de la aorta y reclinando ambos elementos hacia abajo y a derecha respectivamente.

2) *A derecha* haciendo una maniobra similar por arriba de la vena iliaca primitiva derecha y a derecha de la vena cava.

3) *A derecha* pasando entre la vena cava y la aorta (maniobra ya aconsejada por Kausch) y en último caso seccionando la vena cava por debajo de las renales, maniobra defendible dentro de los conocimientos actuales sobre efectos de su ligadura.

Algunos elementos intraperitoneales pueden presentar dificultades.

La arteria mesentérica inferior no molesta pudiendo pasarse

por debajo o por encima de ella o decolar el asa sigmoide o reclinarla junto con la aorta cuando se pasa a derecha de este vaso.

La arteria mesentérica superior, el duodeno y el páncreas pueden ser reclinados bien hacia arriba y están en la parte superior, límite de la zona de abordaje.

Consolidación de la columna; artrodesis anterior.

En último término fué considerada antes de la operación la posibilidad de consolidar la columna de los cuerpos por una artrodesis anterior.

Es un agregado cuya indicación puede ser variable, de técnica sencilla, que nosotros resolvimos no ejecutar temiéndole un poco al medio en que se había de hacer lo que entra dentro de lo discutible.

Extraperitonealización del foco operatorio.

La posibilidad de que el medio estuviera infectado nos llevó a hacer con una maniobra simple la extraperitonealización de la zona operatoria.

Hecho interesante, esta preocupación existió también en la primera tentativa de W. Muller.

En nuestro caso resolvimos hacer la extraperitonealización decolando el peritoneo parietal anterior infraumbilical de la vaina del recto y fijándolo por una serie de puntos al peritoneo posterior del borde de la línea innominada, (pasándolo sobre asa omega, ligamentos útero-ováricos), uniéndose ambas líneas de sutura por debajo del mesenterio sobre el peritoneo parietal posterior a la altura del cuerpo de la aorta.

Esta maniobra fué hecha después de explorado el foco y prevista la extensión del acto operatorio y antes de entrar en la zona enferma, de manera que puede decirse que el acto quirúrgico se desarrolló en el subperitoneo.

Abordaje posterior.

El tiempo posterior no difiere en nada de lo habitual, eliminación de las lesiones equinocócicas óseas del arco posterior, corrección de las imperfecciones látero-posteriores de la primera intervención y tratamiento del foco de aracnoiditis crónica, liberación de raíces, etc.

Artrodesis posterior.

Se puede aprovechar este tiempo para hacer una artrodesis posterior.

Debido al estado del segmento anterior y por razones similares decidimos posponer la indicación artrodesis para la evolución.

Es dentro de este plan que se realizaron los actos quirúrgicos que paso a relatar.

Historia Clínica.

Antecedentes personales: A los 7 años de edad comienza con un sufrimiento de sus miembros inferiores, caracterizados por dolores muy intensos, localizados en ambas piernas, de tipo intermitente, y pérdida de fuerza, con claudicación funcional, también intermitente en sus miembros inferiores, que seguía una marcha progresivamente creciente. Tenía además una pérdida de la flexibilidad de su columna vertebral; incontinenia de orina y de materias fecales; un año después de la iniciación de este cuadro, se interna en el Hosp. Pedro Visca donde, después de una estadía de 9 meses es operada (en 1930), con el diagnóstico de compresión medular, practicándose una laminectomía lumbar y extrayéndose del conducto raquídeo, dos vesículas hidáticas, completamente libres con un diámetro aproximadamente de 2 a 3 cms. En ese momento no se comprobaron modificaciones óseas apreciables macroscópicamente. Inmediatamente después de la operación, continuó moviendo sus miembros inferiores en la cama y aún recuperó la marcha, persistiendo la incontinenia de orina y materias. 15 días después de la operación y cuando ya la enferma se había levantado y caminaba, hace bruscamente una parálisis de sus miembros inferiores con acentuación de los trastornos esfinterianos y anestesia dolorosa de sus miembros inferiores con conservación de su sensibilidad termica coincidiendo este cuadro con un proceso pulmonar agudo. Se le hizo un tratamiento fisio-terápico, mejorando lentamente y llegando a recuperar en buena parte la funcionalidad de sus miembros inferiores, caminando sola aunque con cierta dificultad después de un mes de tratamiento. Los trastornos esfinterianos mejoraron algo pero persistieron.

Un año después de la operación, caminando descalza notó la aparición de una lesión superficial, localizada en el talón izquierdo, completamente indolora, abierta, de la cual manaba sangre pura, en mediana cantidad.

Esta lesión fué progresando en extensión y en profundidad, determinando deformaciones en el pie, y se hizo dolorosa, dolor localizado en el hueso según la enferma.

En 1938 dice la enferma que se le practicó un raspaje del calcáneo.

Posteriormente se le practicaron nuevos raspajes y extirpaciones de trayectos fistulosos del calcáneo con sulfamidoterapia local en el H. Maciel mejorando visiblemente y no reproduciéndose abscesos. No tiene otros antecedentes patológicos de interés.

En mayo de 1945 se le practicó con el fin de mejorar los trastornos tróficos del miembro inferior izquierdo (osteítis fistulizada del calcáneo) una simpatectomía lumbar izquierda. (Dres. Palma, Karlen). Resección de la cadena simpática comprendiendo 2º, 3º y 4º ganglio. Hubo una mejoría sensible.

En setiembre de 1946 aumentan sus trastornos vesicales (disuria, polaquiuria, alternativas de incontinencia y retención). Es vista por el Dr. Llopart, quien le hace una dilatación del cuello con buen resultado.

En abril de 1947 reingresa por dolores lumbares, irradiados al miembro inferior derecho dolores que han empezado hace 7 meses y que cada día se intensifican más. El dolor se alivia en posición sentada y en decúbito dorsal poniendo una almohada bajo la región lumbar y flexionando los miembros inferiores. Los trastornos vesicales persisten. Pierde gases involuntariamente por el ano. El estado general es bueno. Solicitamos del Dr. Gonzalo Fernández un examen neurológico cuyo resultado transcribimos.

Examen neurológico (Correspondiente a la enferma O. E., sala 22, Servicio del Prof. del Campo. 9 de mayo 1947).

Enferma de psiquis normal. Palabra normal.

Pares craneanos. — Sin particularidades.

Miembros superiores. — Normales. Los reflejos tendinosos se obtienen ligeramente vivos, pero iguales de ambos lados. No hay signos piramidales.

Cuello y tórax. — Normales.

Abdomen. — Fuerza conservada en los músculos de la pared abdominal y en los de las goteras vertebrales. Reflejos abdominales normales. Sensibilidad. Trastornos de la sensibilidad táctil profunda y dolorosa con topografía radicular. (Se hicieron esquemas).

Miembros inferiores y periné. — A la inspección, fuera de las deformaciones distales consignadas en la Historia General, se observa disminución de volumen de la mitad inf. del muslo izquierdo. A la palpación se comprueba que las masas musculares del muslo derecho se hallan parcialmente conservadas, mientras que las del izquierdo así como las masas de la pierna izquierda y en menos grado de la derecha presentan marcada atrofia, habiendo sido sustituidas por tej. célula-adiposo lo que hace que a primera vista el volumen de los miembros se aparte poco de lo normal. Todas las masas musculares son algo dolorosas a la presión, y muy hipotónicas existiendo además marcada hipotonía ligamentosa bilateral.

Enfriamiento distal neto del pie derecho.

De ambos lados la maniobra de Laséque-Putti provoca dolor al llegar a un ángulo de 80 grados a der. y de 75 a la izq. aprox. Fuerza bastante conservada, algo menor a izq., en los pelvitrocantéreos anteriores. Conservada para los glúteos a der., pero muy disminuida a la izq. Fuerza conser-

vada en el cuádriceps der. En el izq. sumamente pobre. Bastante conservada para los posteriores de muslo, aunque menos a la izq. En los ántero-externos de la pierna der. la fuerza se conservá bastante, pero a la izq. es muy débil. Para los grupos posteriores de la pierna la fuerza es pobre a der. y casi abolida a izq.

La motilidad espontánea es amplia y no hay dificultad en la maniobra de Mingazzini. Taxia normal.

Reflejo rotuliano der. ligeramente vivo y con respuesta controlateral de los aductores.

Rotuliano izquierdo sumamente débil, apenas alcanza a percibir la contracción del cuádriceps. Reflejos aquileos y medioplantares abolidos, así como los idiomusculares de ambos lados. Reflejos cutáneo plantar derecho en extensión (la mayoría de las excitaciones indiferentes). El izquierdo abolido. En ninguno de ambos lados existen reflejos netos de automatismo. La marcha es difícil de explorar debido a la claudicación provocada por las lesiones osteoarticulares. El reflejo anal se halla abolido.

En resumen: Las alteraciones que presenta la enferma se hallan acantonadas en los miembros inferiores y periné, realizando un *síndrome de neurona periférica de neta topografía radicular*. Existe de ambos lados compromiso de S², S³, S⁴, S⁵, y en el lado izquierdo de S¹ (que está apenas tomada en el lado opuesto). Existe además a la izquierda, participación menor de las raíces lumbares y probablemente de las dos últimas dorsales. La lesión es dominante para las últimas sacras y en este cuadro las modificaciones se comprueban tanto en los dermatomas como en los miotomas correspondientes. El dolor de elongación y la amiotrofia rubrican la filiación radicular del síndrome, que debe situarse como origen en la cauda equina, que estaría interesada en mayor extensión sobre el lado izquierdo. La existencia a derecha de un reflejo difuso y de un plantar en extensión obliga a pensar en un toque piramidal, tal vez explicado por una aracnoiditis post-operatoria ligera, o por una ligera compresión del ccno.

Dr. GONZALO FERNANDEZ

Primera intervención: 14-X-1947. Prof. del Campo, Dr. Karlen, Dr. Valls, Pte. Speranza, Inst. Srta. Vázquez Amézaga. Anestesia general: Dr. Pernin.

Incisión mediana infra y supraumbilical. Decolamiento amplio del peritoneo parietal anterior, abertura del peritoneo. Sobre la cara anterior de la 5ª L. se ven dos abollonaduras tensas correspondiendo verosimilmente a colecciones hidatídicas perióseas. Fijación del peritoneo parietal anterior al borde de la excavación pelviana. En la parte posterior esa fijación se hace a la hoja derecha del meso sigmoide y al labio superior del peritoneo presacro seccionado. De esta manera queda extraperitonealizada la zona operatoria. Se trabaja en la axila de la bifurcación aórtica que es alta; posteriormente hubo que seccionar la vena iliaca primitiva izquierda.

Evacuación de dos pequeñas colecciones microvesiculares situadas delante de la 5ª lumbar.

La pared profunda de ellas está constituida por una superficie osea denudada con espículas salientes y algunas sueltas.

Toda la parte anterior del hueso está parasitada, infiltrada de pequeñas vesículas. En cambio no se encuentran signos de invasión en la parte posterior.

Evacuación con escoplo, martillo y legra de todo el cuerpo de la 5ª lumbar quedando denudado el cartilago intacto de la 4ª lumbar arriba y el del sacro abajo atrás; se llega hasta las partes blandas del canal. Prácticamente sólo

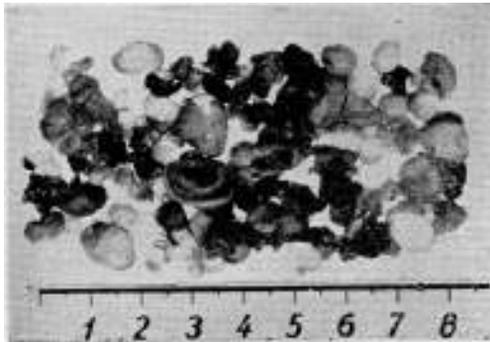


FIG. 1

Fotografía N° 49.353

Conjunto de vesículas hijas que fueron extraídas de la colección prevvertebral

quedan granos dispersos de hueso sobre la cubierta fibroperióstica conservada. Toque de la cavidad con éter. Cierre del sobretodo fibroso prelumbosacro.

Drain-cigarette llegando hasta esta última sutura. Tubo en el Douglas. Cierre de la pared por planos menos el peritoneo que está cerrado, es decir músculos rectos, hoja anterior de la vaina. Piel con lino.

Se envían los fragmentos para estudio anatomo-patológico.

H. Maciel N° 25335. Ficha N° 252.

Informe histológico de: Fragmentos del cuerpo de la 5ª lumbar y vesículas hidáticas.

Macroscópicamente se trata de 5 fragmentos pequeños de hueso, y numerosas vesículas hidáticas hijas mezcladas con los trozos óseos.

Histología de: Fragmentos óseos previa descalcificación.

Diagnóstico histológico: Se observan restos cutilares hidáticos. Dr. Lasnier, 31-X-1947.

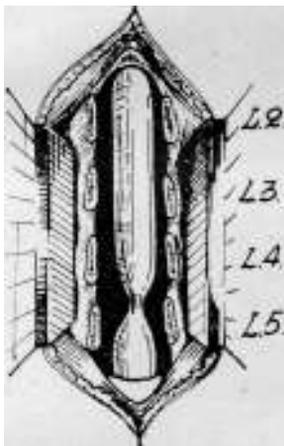
11 de marzo 1948. Aspecto de M. inferiores igual que en el examen anterior aunque no hay diferencia de temperatura.

Recuperó la fuerza en los grupos ántero-externos de ambas piernas, en los restantes grupos el aspecto es igual: en los pelvitrocánteros la fuerza es

mayor a izquierda que a derecha. No hay Lasegue a izq. A la derecha la maniobra provoca dolor muy leve en la tracción máxima. Masas musculares dolorosas a izq. Reflejos tendinosos igual salvo que el rótulo izq. se halla abolido. No se obtiene respuesta plantar de ninguno de ambos lados.

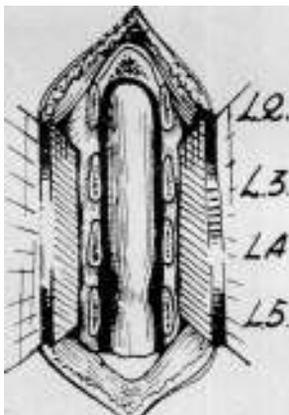
El cuadro de la sensibilidad no ha sufrido modificaciones. Dr. Gonzalo Fernández.

Como vemos la primera intervención ha tenido consecuencias beneficiosas neurológicas; esto no debe extrañarnos porque aunque el fin de ella es



ESQ. 1.

ESQ. 1. — Aspecto al abrir canal raquídeo, mostrando la paquimeningitis con la estrechez frente a 5ª L.



ESQ. 1. — Aspecto al terminar la operación, mostrando raíces y aracnoides liberadas, las dos bandas laterales llenas de la dura espesada y reseca y el residuo cicatrizal frente a L. 5ª.

extirpar el foco del cuerpo vertebral, de hecho abre el canal raquídeo y puede por lo tanto actuar sobre sus lesiones.

Segunda intervención: 5-IV-1948. Prof. del Campo, Dr. Karlen, Dr. Pereira, Srta. Vázquez Amézaga. Anestesia general: Ciclopropano. Dr. Pernin. Posición decúbito prono.

Incisión lumbar. Se atraviesa una zona cicatrizal. Han desaparecido 2 ó 3 apófisis espinosas por la operación hecha en 1930. La apófisis espinosa que limita hacia abajo la incisión se moviliza; presuntivamente es la 5ª que está sin cuerpo vertebral. Resección de esa apófisis espinosa y de las láminas vertebrales neoformadas. En las láminas y pedículos inferiores se encuentran fragmentos óseos con vesículas hidáticas; rodeando a ésta 2 ó 3 focos con fungosidades y restos hidáticos.

En el canal vertebral hay una paquimeningitis acentuada desde 2ª lum-

bar hasta entrar en el sacro. La paquimeningitis se espesa y se estrecha en el sitio correspondiente a 5ª vértebra lumbar. (Ver esquemas).

Sección longitudinal de la duramadre espesada, se la libera fácilmente de las raíces raquídeas englobadas por una aracnoides de aspecto normal

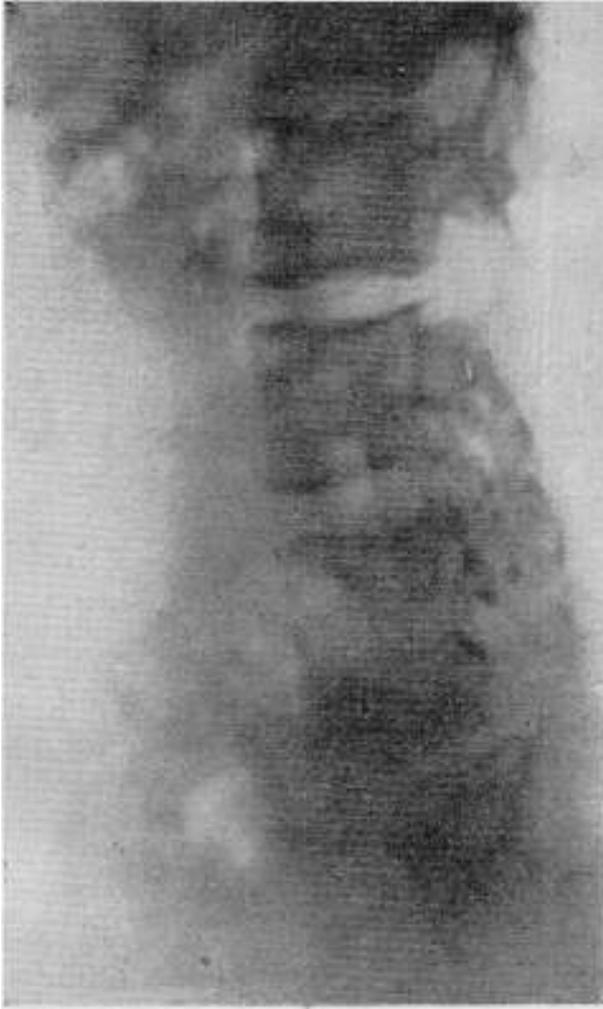


FIG. 3

pero sin abrir el espacio aracnoideo en las zonas superior e inferior de la parte liberada. Pero en la parte correspondiente a la zona estrechada, frente al antiguo cuerpo de la 5ª vértebra lumbar hay un nódulo escleroso que fusiona raíces y duramadre. Se le incide y se le libera parcialmente no

haciéndolo en forma total por temor de lesionar raíces. Resección de parte de la duramadre. Por delante del block fibroso liberado se ve la hendidura que separa 4ª L. de 1º S. recubiertas por su disco y sin que haya habido fusión

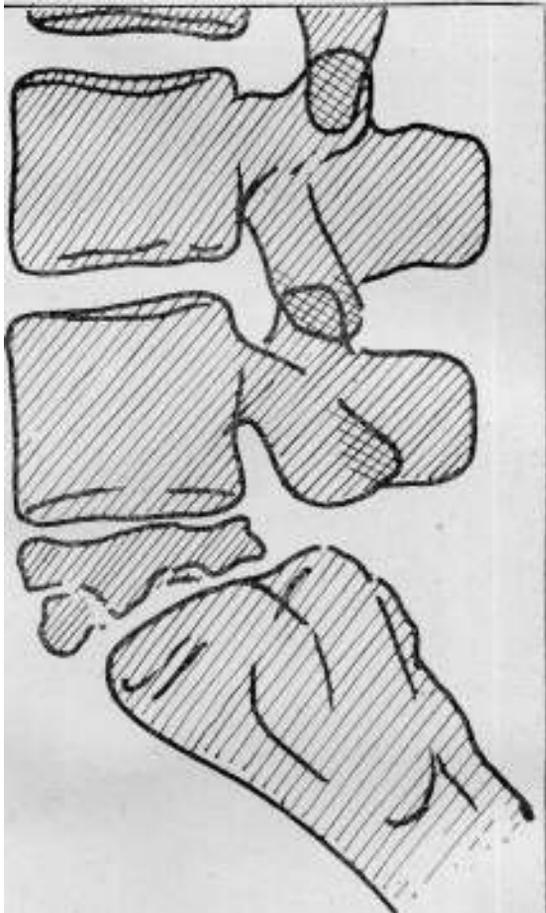


FIG. 4
Preoperatorio

en la parte izquierda. En la parte derecha la hendidura no se nota (persistencia del ligamento vertebral común posterior).

Cierre de la pared por planos. Catgut cromado, lino, dejando lámina de goma y penicilina al 1 por mil.

H. Maciel N° 25931. Ficha N° 345.

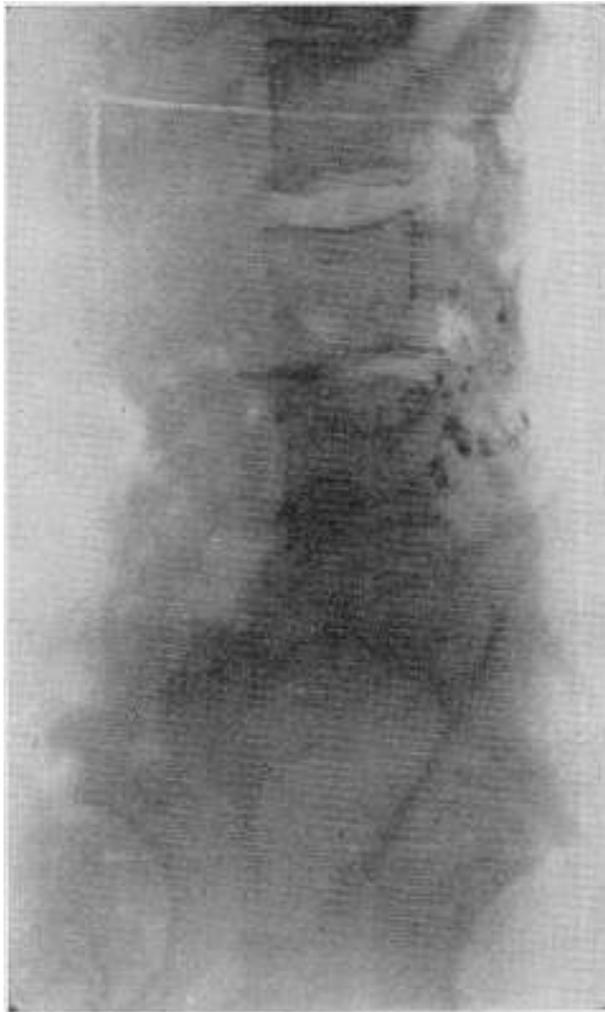
Informe histológico de: Fragmento de arco posterior de 5ª vértebra lumbar.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Macroscópicamente son varios fragmentos de estructura fibrosa y ósea, irregulares, el mayor de 3 cm. de extensión, aproximadamente.

Histología de: 1 fragmento (previa descalcificación).

Diagnóstico histológico: Fragmentos de hueso esponjoso, en cuyas cavi-



dades se observan numerosos trozos de quitínosa hidática mezcladas con detritos sangre y tej. adiposo. Osteítis crónica fibrosa en algunas zonas, con espesamiento de las trabéculas óseas. En otros fragmentos se observa nódulo neoformación, con extensa reacción macrofágica gigante células en la superficie interna.

Dr. J. F. Cassinelli, 19-IV-1948.

Estudio radiológico pre y post-operatorio.

Pre-operatorio lateral. 23-IV-1947. — Se ve el cuerpo adelgazado de la 5ª L. interpuesto entre el sacro y la 4ª L. (Ver Figs. 3 y 4).

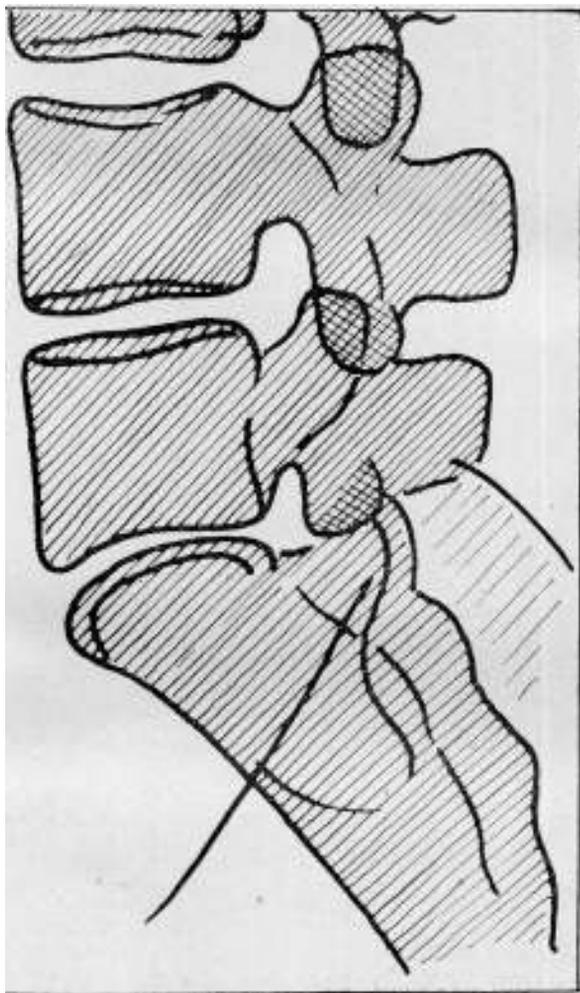


FIG. 6
Postoperatorio

Post-operatorio lateral. 2-VII-1948. — El cuerpo de la 4ª L. descansa directamente sobre el sacro. (Ver figs. 5 y 6).

Pre-operatorio, frente. 23-IV-1947. — Debido a la inclinación de la columna y a las lesiones infiltrativas parasitarias el cuerpo de la 5ª L. se proyecta sobre el sacro y el cuerpo de la 4ª vértebra lumbar. (Ver Fig. 7).

Post-operatorio frente. 27-X-1948. — La 5ª vértebra lumbar ha sido extirpada lo que permite ver relativamente bien el espacio lumbosacro que en la placa preoperatoria estaba obstruido por el cuerpo de la 4ª lumbar.



FIG. 7
Preoperatorio

Quedan restos de las apófisis costiformes de la 5ª L. a derecha y a izquierda. (Ver Fig. 8).

La extirpación operatoria de las láminas de la 4ª hasta el pedículo ha hecho desaparecer la O radiografía que estaba en la placa pre-operatoria.

Evolución.

La evolución ha sido hasta ahora buena. — Ha habido una mejoría clínica evidente; la observación neurológica confirma la mejoría funcional.

Ha habido disminución de los dolores, de los trastornos tróficos, mejoría de la marcha, mejoría de los trastornos urinarios.

Es indudable que toda esta mejoría debe ser puesta a cuenta de la operación neurológica y no de la operación ósea en sí.

A la operación ósea lo que se le pide es en primer término la eliminación del foco, factor de recidivas y de evolución.

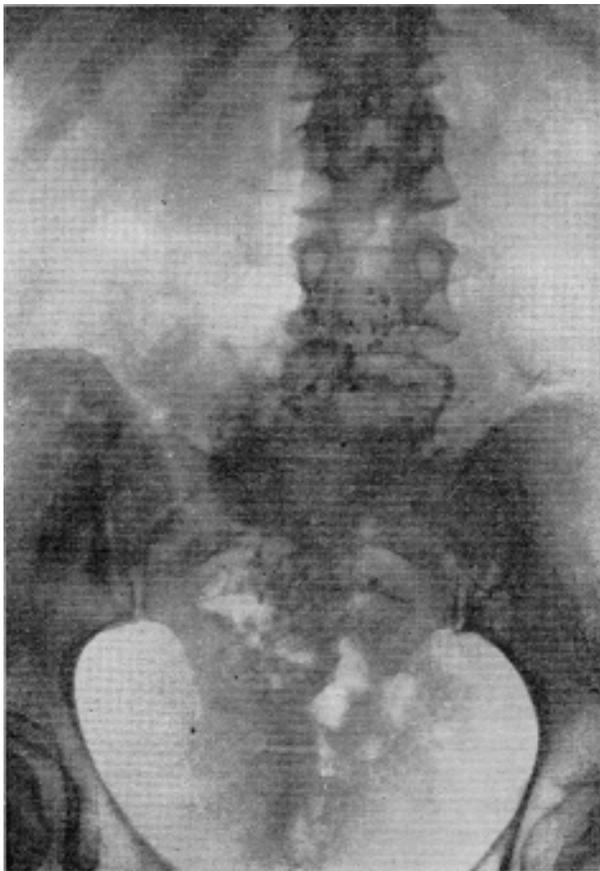


FIG. 8
Postoperatorio

Creemos haber demostrado que esto es posible. Y si algún error se hace patente en el futuro nos parece que puede ser atribuido: 1) a la dificultad de reconocer la invasión equinocócica inicial; 2) a defectos de técnica fácilmente corregibles.

A la intervención ósea se le pide también que conserve el valor mecánico de la columna vertebral.

Y esto también está demostrado que es posible, dado que ésta se ha conseguido aún mismo sin echar mano de una artrodesis, complemento que

podemos vernos obligados a ejecutar en cualquier momento en nuestro caso y que creemos que deberá ser ejecutado de entrada en otros.

Conclusiones.

1) La equinococosis vertebral debe ser tratada de acuerdo con el mismo criterio que la equinococosis ósea en general.

2) La limitación de la lesión ósea en general a un solo cuerpo vertebral hace que la resección de la columna anterior, pueda ser limitada, menor que las destrucciones que algunas enfermedades determinan permitiendo la conservación de la estática y sin repercutir obligatoriamente sobre médula y raíces raquídeas.

3) Para hacer esto es necesario efectuar un abordaje amplio hacia los cuerpos vertebrales (vías sub e intra peritoneales, vía sub y transpleural).

4) Dado el temor de una interrupción total de la columna, de su repercusión neurológica y la posibilidad de su falta de reparación, la intervención debe en el estado actual de nuestros conocimientos, ser hecha en dos tiempos, uno sobre la columna anterior, otro sobre la columna posterior (extirpación de la lesión con o sin artrodesis) dando tiempo entre uno y otro para que la columna primero operada se haya restituido.

Dr. Pedemonte. — Creo que mi palabra no es la más autorizada para felicitar al Dr. Del Campo pero tengo la impresión que es el sentir de todos que el Dr. Del Campo se ha ganado nuestras más calurosas felicitaciones por la excelente solución que le ha encontrado a ese tan grave problema que es la equinococosis vertebral sobre todo en un período avanzado. Ha concebido una atrevida y arriesgada técnica y la ha realizado con el mejor de los éxitos resolviendo un caso que de otra manera parecía no tener solución.

Es éste uno de esos trabajos que dan jerarquía a la Sociedad de Cirugía y también, por qué no decirlo, a la Escuela Quirúrgica Uruguaya. Por lo tanto considero que su lectura no puede dejarse pasar en silencio, sin felicitar calurosamente al autor, aunque repito, creo no sea mi palabra la más autorizada para hacerlo.

Ahora me permitiré hacerle al Dr. Del Campo una pregunta: si dada la ausencia de complicaciones estáticas y dinámicas de la columna vertebral a la que se le ha extirpado totalmente una pieza, ya que como lo dice el comunicante no las hubo en su caso y por el contrario hubo gran mejoría, en condiciones patológicas idénticas o similares considera técnicamente realizable y de justa indicación la extirpación total de una vértebra en otros sectores de la columna. Agradeciéndole anticipadamente la respuesta, le repito mis más calurosas felicitaciones.

Dr. Prat. — La equinococosis vertebral o raquídea ha sido considerada como una lesión sumamente grave, tan grave que se le ha equiparado o se le ha considerado como si fuera similar al cáncer vertebral. La operación que ha realizado el Dr. Del Campo nos indica que estas lesiones

están bajo la acción del cirujano y que en ciertos casos pueden abordarse y extirparse con éxito, como se ha conseguido en este caso. En mi práctica, nunca he hecho una extirpación radical de vértebra, he tenido que operar varios casos de hidatidosis raquídea, pero casi siempre hemos ido ya de una manera deliberada a hacer el tratamiento paliativo de la lesión vertebral; es decir, limpieza del foco óseo, tratando de descomprimir el canal raquídeo cuando existía compresión con síntomas nerviosos; pero sin habérsenos ocurrido ir a hacer una extirpación como la ha realizado y con éxito el Dr. Del Campo. De manera que en ese sentido me adhiero a todos los que han hecho manifestaciones en el sentido de estimular al cirujano porque la táctica de la operación demostró la posibilidad técnica de llevarla a feliz término.

Tengo mis dudas de si esta operación puede ser de un éxito categórico; ojalá fuese así. Sabemos bien que la hidatidosis tiene siempre la propensión a extenderse, a propagarse a todas las regiones vecinas del raquis, primero, y sobre todo a las masas óseas, en las mismas vértebras y después en el canal raquídeo. Se discute todavía, por todos los patólogos y clínicos, si hay hidatidosis primitiva del canal raquídeo con propagación a todos los elementos blandos de ese canal.

En este caso, parece que el cirujano ha quedado satisfecho de haber abordado toda la lesión y haber extirpado todo lo que le parecía que estaba enfermo, sin embargo queda siempre la eterna duda de si esta lesión no puede haberse propagado ya a otros elementos óseos, que no se pueden reconocer en la exploración, ni siquiera ser abordados en el acto operatorio. Esto indudablemente es un elemento negativo que tiene gran importancia, que conspira contra el éxito quirúrgico. Otro factor de gran importancia es el sistema ligamentario perióstico, pues sabemos perfectamente y aquí lo ha demostrado muy bien el profesor Larghero, quien ha comprobado que la propagación de la hidatidosis en ciertas articulaciones que tienen un ligamento intra-articular, parece que es esa la vía preferida y que sigue la hidatidosis para propagarse de un segmento óseo a otro, en las articulaciones y en la columna vertebral. Si bien es cierto que en la columna vertebral no existen esos ligamentos intra-articulares, existe por el contrario el elemento ligamentario perióstico y es precisamente a expensas de esas formaciones que se vale la hidatidosis para propagarse y uno se pregunta si en ciertos casos, ese elemento ligamentario no está ya invadido por la hidatidosis, cosa que el cirujano no puede comprobarlo o no observarlo y en muchos casos que lo encuentre, no lo puede extirpar. Esto constituirá pues un factor o elemento que anula en gran parte o que limita la acción del cirujano, pero estos hechos se comprobarán en el futuro al seguir la evolución de este caso, lo que nos indicará rumbos operatorios y precisamente la acción del Dr. Del Campo de haber abordado esta lesión equinocócica y llevado a feliz término, creo que merece nuestros plácemes más sinceros.

Dr. García Capurro. — El año pasado, junto con el Dr. Nicolás Caubarrere y el Dr. Román Arana, habíamos estudiado y operado una equinococosis vertebral dorsal. Al estudiar ese enfermo, tuvimos presente la posibilidad, como anhelo máximo, de realizar una extirpación de vértebra, lo teníamos in mente.

Agradecemos al Dr. Del Campo que nos haya traído la solución del problema y que lo haya realizado, y como ya le digo, nosotros sólo consideramos la posibilidad de realizarlo. En una extirpación dorsal seguramente se plantearían otros problemas pero es indudable que podrán también ser sorteados siguiendo una técnica semejante en sus líneas generales, a la aconsejada por el Dr. Del Campo.

Dr. Del Campo. — Yo no sólo voy a agradecer a los que han hecho uso de la palabra con objeto de esta comunicación, sino que voy a contestar a las preguntas u objeciones que han hecho algunos de ellos. Les diré que la intervención ésta ha sido hecha en momentos que se puede decir que nuestra responsabilidad se comprometía a un mínimo y que la enferma iba francamente peor. Las dificultades visibles fueron salvadas; pero tenemos el convencimiento que si se toma frente a la equinococosis vertebral la actitud que creemos lógica, las dificultades van a ser mucho menores, es decir, se tomarán los casos más precozmente y he leído algunas observaciones de equinococosis raquídea, algunas de ellas con comprobaciones necrósicas, en donde se encuentra que el foco vertebral no es tan extenso como pasa en otros huesos, no tiene la extensión que en el hueso ilíaco, en el fémur, es mucho más circunscripta. Los discos intervertebrales hasta el momento actual parecen detener la invasión equinocócica; el sobretodo ligamentoso, el ligamento vertebral anterior y posterior se dejan decolar y permiten la invasión; el anterior es fácilmente visible, el posterior no tanto, pero creemos que si los casos se toman precozmente, la acción va a ser cada vez más sencilla.

En lo que respecta a la aplicación a los diferentes segmentos vertebrales, es una cosa en la cual hemos estado pensando. Dejando a un lado el segmento cervical, el abordaje de cuerpos anteriores es sencillo. Cuando hemos ejecutado operaciones sobre tórax, de la misma manera que cuando se opera el esplácnico, tenemos prácticamente la columna vertebral a nuestra disposición, a menor o mayor distancia y nos damos cuenta perfectamente que decolando el sobretodo perióstico es posible tener una amplia visión sobre la misma.

Es posible, pues, utilizar vías subpleurales o mismo vías pleurales con algunas precauciones y con terminaciones adecuadas al caso.

De manera que creo que un cirujano que tenga un problema de estos, meditando y yendo al cadáver y aplicando a cada caso lo que tenga que aplicar, puede resolver su problema.

Por último le diré al Dr. Prat que supongo que todos los cirujanos aquí conocen perfectamente la equinococosis ósea; nosotros al hacer la extirpación total de la lesión nos detenemos en un segmento óseo que

creemos no está invadido. La evolución puede indicarnos años después que no es así pero creo que la derrota debe admitirse con los años y que no hay que declararse derrotado antes. Uno debe ir de entrada hasta donde debe irse, hasta donde se puede ir, creyendo ir a la extirpación total; que uno se equivoque una vez, eso en la columna no autoriza en las extirpaciones, ni a ampliarlas previendo una posible parasitación, ni a quedarse de brazos cruzados sin hacer nada por temor a dejar algo parasitado. Es mi opinión.
