

## HIDATIDOSIS DEL FEMUR. —REPOSICION TOTAL DE UN FEMUR

**Dr. Rafael García Capurro**  
(Hospital Británico —Montevideo)

**Dr. Pedro Víctor Pedemonte**  
(Instituto de Traumatología del Uruguay)

*Historia clínica.* —I. M., 41 años de edad. Consulta en la Sección Asistencia Médica de los Ferrocarriles del Estado, donde trabaja, por dolores en el tercio superior de su fémur izquierdo.

Clinicamente no se observa nada anormal. Se envía al radiólogo Profesor Dr. Nicolás Caubarrere que comprueba una lesión aereolar del fémur que se extiende desde el trocánter hasta cuatro



Radiografía del fémur  
extirpado.

centímetros por encima de los cóndilos. Solamente éstos, el cuello y la cabeza conservan su arquitectura normal. *Diagnóstico*: Hidatidosis ósea del fémur.

Este enfermo es enviado a uno de nosotros (R. G. C.) para su asistencia. Estudiado no hemos encontrado evidencia de hidatidosis en otra parte de su organismo.



Radiografía del extremo inferior del fémur estirpado

En julio de 1951 este enfermo es internado en el Hospital Británico procediendo a realizarle una biopsia sobre la cara externa del tercio superior de fémur. Abierta la fascialata se encuentra un pequeño absceso osifluente hidático que evidentemente viene del hueso.

De acuerdo a nuestros conocimientos en ese momento, la desarticulación de cadera con amputación de la totalidad del miembro inferior, era la única terapéutica útil que podíamos ofrecer a este enfermo para evitar la extensión de la hidatidosis a los huesos vecinos.

No resignándome a realizar esta desarticulación sin tentar



Articulación de la rodilla de frente 4 1/2 meses después de la operación.

algo más, consideré las posibilidades de la extirpación total del hueso y su sustitución ya sea por un fémur de acrílico o por un hueso tomado de un cadáver.

Los resultados brillantes obtenidos por mi amigo el Dr. Pedro

Víctor Pedemonte, en el cambio de falanges y metacarpianos, que hemos podido apreciar en varios casos presentados por él, este año en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, me deciden a consultarlo sobre si cree que deba tentarse el cambio total de fémur.

El Dr. Pedemonte, de acuerdo a lo que ya ha podido apreciar en el cambio de huesos menores, considera que puede intentarse el cambio de fémur.

No hemos encontrado hasta este momento trabajos que nos



Articulación de la mano y la muñeca después de operado.

informen en forma útil sobre los peligros o probabilidades de éxito que pudiera tener esta empresa, pero consideramos que una vigilancia extrema durante el post-operatorio y el estar prontos a completar la desarticulación al menor signo de intolerancia local o general nos permitiría realizar esta operación sin exponer al enfermo a mayores peligros.

Resolvemos pues hacer la sustitución del total del fémur por un fémur de cadáver. Para ello mantenemos internado a nuestro enfermo en el Hospital Británico a la espera de obtener el fémur que necesitamos.

Hemos optado por hacer el trasplante de un hueso fresco de una persona recién fallecida por accidente.

El día 28 de agosto de 1951 el Dr. Pedro V. Pedemonte toma en el Instituto de Traumatología del Uruguay con todas las precauciones de asepsia el fémur de una mujer joven falle-



Articulación de la rodilla 4 ½ meses después de la operación.

cida por accidente, avisándome al mismo tiempo para que preparara nuestro enfermo. Sacado el fémur se puso en frío aproximadamente una hora.

Se hicieron grupos sanguíneos que mostraron que la sangre de la accidentada no era compatible con la de nuestro caso.

Dos horas después de fallecida la accidentada se comienza

la operación sobre el enfermo que ha sido preparado con una alta dosis de antibióticos.

*Operación:* Cirujanos: Dr. R. García Capurro, Dr. P. V. Pedemonte. Ayudante: J. L. Michelini. Anestesia gases: Dr. Caniellas.

El enfermo se pone en decúbito lateral derecho de modo que su muslo izquierdo queda ampliamente expuesto por sus caras posterior externa y anterior, el ayudante sostiene la pierna. Incisión amplia sobre la cara póstero externa del muslo que se extiende desde 5 cm. por encima del trocánter hasta 5 cm. por debajo de la interlínea articular de la rodilla. Se secciona piel, tejido celular, fascialata y algunas fibras del vasto externo. En el extremo superior la incisión se divide en dos ramas para extirpar en masa las inserciones musculares trocántereas dentro de las cuales sabemos hay un absceso hidático. Se llega al hueso sobre su cara externa liberando primeramente la diáfasis, luego la rodilla y por último la articulación coxo femoral. El periostio se deja pegado al hueso. Al desprender las inserciones sobre la línea rugosa posterior del fémur, como ya se había previsto, se ven dos o tres pequeñas vesículas hidáticas que han salido del hueso. No se puso ninguna substancia con pretensión de destruir los gérmenes hidáticos por temor a perjudicar los tejidos que habrían de servir de lecho al hueso. Ni la desarticulación de la rodilla ni la de la cadera resultaron mayormente difíciles.

Terminada la extirpación se colocó, ocupando totalmente la posición del fémur extraído el nuevo fémur que tiene 2 ctm. de largo menos que el extirpado. Se raspó el periostio del nuevo hueso. Se pone puntos de cagut adaptando los músculos en torno de la diáfasis femoral. Sobre el gran trocánter se cruzan las extremidades de los músculos seccionados suturándolos unos con otros. No se hace ninguna tentativa de rehacer los ligamentos de la articulación coxo femoral ni de la rodilla limitándonos a poner la superficie articular en contacto. La cápsula articular coxo femoral fué cortada a un cm. y medio del cotilo. Dos planos más de sutura muscular, sutura de la fascialata y tejido celular. La piel es suturada con una larga hebra de nylon.

Se termina el acto operatorio con un yeso tóraco-pelvi-pedio,



Fotografías tomadas 5 meses  
después de la operación





Fotografías tomadas 5 meses  
después de la operación

que se abre en toda la extensión de la cara ántero-externa. Durante la operación se hizo una transfusión de 500 g. de sangre.

*Post-operatorio:* El estado general del enfermo no se alteró mayormente. Una pequeña elevación térmica sólo duró 2 días después de la operación. Localmente apareció edema no muy marcado que separó los bordes del yeso unos 3 cm. y que comenzó a disminuir al 4º día.

Al segundo día se hizo una punción con trocar hasta el hueso sacándose solamente un poco de sangre coagulada. Por la misma aguja se inyectó penicilina y sulfatiazol. Se siguieron administrando antibióticos (penicilina y estreptomina) hasta el décimo día.

Diariamente se hicieron exámenes de orina durante 15 días sin encontrar ninguna modificación.

El enfermo estuvo en cama durante un mes, quitándosele entonces el primer yeso y sacándosele los puntos de la piel. La cicatrización se hizo totalmente por primera intención; sólo salieron 4 o 5 cms.<sup>3</sup> de serosidad clara al nivel de uno de los puntos. El enfermo se sienta en la cama moviendo su cadera. La rodilla es algo balante y dolorosa a los movimientos de rotación de la pierna. Se le pone un yeso pelvi-pedio con el cual se le permite la marcha en un andador. Se tomaron radiografías que no mostraron alteraciones de la arquitectura del nuevo femur.

A los dos meses se saca el yeso poniéndose una prótesis liviana que comprime el gran trocánter e inmoviliza la rodilla; con ella el enfermo camina con la ayuda de un bastón.

Nuevas radiografías a los dos meses en que el hueso continúa sin modificación; los movimientos articulares han disminuído notablemente; en la actualidad la rodilla tiene un ligero movimiento de flexión y la coxa femoral tiene movimientos ligeramente mayores. No hemos tratado de aumentar los movimientos prefiriendo la anquilosis fibrosa que permite soportar el peso.

La pieza extirpada muestra una hidatidosis ósea que respeta los cóndilos femorales, la cabeza y el cuello como ya se veía en las radiografías. La pieza ha pasado a formar parte del Museo de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina del Uruguay.

**Consideraciones.** — Sabemos muy bien que para llegar a un conocimiento exacto en este tema de cambios de huesos, deberá realizarse un largo trabajo experimental y que la técnica a la que se llegue en definitiva podrá ser otra que la que nosotros hemos realizado, pero estos estudios llevarán años y nosotros en nuestro deseo de dar a este enfermo algo más que una desarticulación nos hemos adelantado a realizar este cambio total de un fémur.

Antes de realizar esta operación ignorábamos cuál podría ser la reacción local o general del organismo frente a este tipo de intervención y también ignorábamos cuál sería el comportamiento del hueso. La evolución de este enfermo nos ha permitido aprender algo sobre las primeras etapas de este proceso.

Por el momento creemos debe considerarse este nuevo fémur como una prótesis interna y sólo el futuro podrá decirnos si tiene derecho a ser considerado como algo más.

Es evidente que se abre ante nosotros un extenso campo para la investigación. Parece probable que pueda llegar a prestar una utilidad real en el tratamiento de lesiones óseas, infecciosas tumorales o traumáticas, por ello nos hemos considerado obligados a dar este caso a publicidad.

*Posdata.* — En el momento de mandarse a la imprenta este trabajo hace ya 1 año de la operación. El enfermo tiene una rodilla y una cadera casi rígida, camina con una pequeña prótesis muy liviana, o sin ella, con bastante facilidad, si bien reniega algo a causa de ser su fémur más corto.

Las masas musculares se mantienen bien, puede levantar fácilmente su miembro del plano del lecho y puede pararse sobre su pierna operada manteniendo perfectamente el equilibrio. A los cuatro meses y medio tuvo una pequeña ictericia que se catalogó como ictericia a suero homólogo. No muestra actualmente ninguna alteración de su salud. La herida operatoria sigue totalmente cerrada y las radiografías que se hacen mes a mes no muestran modificación alguna.

Dres. Alejandro Schröder. Alejandro Schröder Otero y Juan Medoc:  
Aneurismas arteriales y arteriovenosas endocraneanas. (No se presentó el trabajo).