

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

## La artrodesis vertebral

*Dr. ROBERTO MASLIAH \**

### TRATAMIENTO DEL MAL DE POTT EN EL INSTITUTO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA (1941-1958)

El tratamiento del mal de Pott, en el Instituto de Ortopedia y Traumatología, debe considerarse en dos etapas diferentes:

- a) antes de la era de la estreptomina y de los tuberculostáticos (1941-1948); y
- b) después del advenimiento de los antibióticos (1948-1958).

En la primera etapa, era un tratamiento rigurosamente conservador, tendiente a cuidar el estado general del paciente mediante medicación y dietética apropiadas y por otra parte a poner en reposo absoluto la articulación, esforzándose por evitar las actitudes viciosas y las deformaciones. Hospitalizaciones prolongadas, meses, a veces años. En otros se inmovilizaba con aparatos de yeso y continuaba el reposo en domicilio, concurriendo a la orilla del mar y beneficiándose así de la helioterapia. La ineficacia medicamentosa y los riesgos quirúrgicos obligaban a esperar las curaciones espontáneas o que las lesiones se “enfria-

---

\* Adjunto de Clínica de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología. Director: Prof. Dr. José Luis Bado.

ran". Como sólo se contaba con el sol y el aire, se crearon hospitales marítimos en casi todos los países. Se puede decir que se atendía al bacilar pero no a la espondilitis tuberculosa.

Bajo la influencia de este tratamiento prolongado, se podía obtener al final *de años*, de decenas de años, "una curación". La calidad de esa curación podía ser definitiva en algunos casos (anquilosis ósea), en otros, esta evolución anatómica no se obtenía, el enfermo era no obstante supuesto curado y muy a menudo volvía a consultar por recidivas locales o por la aparición de otras localizaciones.

Era la época de las grandes deformaciones, de las gibas, resultado de localizaciones extendidas, de formas destructivas y de tratamientos ineficaces; de los abscesos, de las fistulizaciones, de las infecciones secundarias; de las supuraciones interminables que desembocaban en la amiloidosis y en la insuficiencia hepatorenal.

La espondilitis tuberculosa era una enfermedad grave. Era poco lo que se podía hacer por el enfermo y éste, en el mejor de los casos, era condenado a una permanencia de muchos años en decúbito dorsal. Fue la época del auge de los establecimientos de asistencia que buscaban en el clima de mar o montaña un auxiliar beneficioso para el tratamiento. Es necesario declarar que en muchos casos lo encontraban en realidad.

Queremos recordar como homenaje dos nombres que hicieron importantes aportes para el tratamiento del mal de Pott: *Lorenz*, que inició el uso del aparato de yeso que hoy lleva su nombre y *Albee* que preconizó el uso de injertos óseos extra-articulares, yuxta o para-articulares, para obtener una inmovilización absoluta del foco.

En esa época fueron muy pocas y muy tímidas las tentativas de tratamiento quirúrgico, cuyo único objeto era obtener la anquilosis quirúrgica del sector vertebral enfermo, fusionando el sistema articular posterior, cuando la evolución espontánea hacía sospechar que ésta no se lograría a nivel del foco.

Es en este sentido que las espondilitis tuberculosas de la infancia, escapaban a esta indicación.

Se esperaba durante mucho tiempo la mejoría del estado general, la cura de otras localizaciones, y en general, después de 3-4 años, se planteaba la indicación quirúrgica.

Es así que en 1941 se hizo la primera artrodesis de nuestra estadística y desde ese momento hasta 1948 se efectuaron 12 casos que evolucionaron favorablemente, luego de un período prolongado, que oscilaba entre tres o cuatro años, después del comienzo de la afección y desde el momento de la artrodesis al momento de cura un lapso de tiempo similar.

Se suponía que la tuberculosis era una enfermedad cíclica y que exigía para su evolución definitiva un período de tiempo determinado y que ninguna intervención terapéutica era capaz de detener o modificar ese ciclo.

Después... aparece la esperanza de los antibióticos y en particular de la estreptomina. Superado el primer período de las dudas y de las incertidumbres sobre su mejor modo de administración, a fines de 1952 nos suscribimos a la opinión general sobre su indicación en el tratamiento de la tuberculosis, y su influencia sobre las localizaciones óseas de esta enfermedad.

En efecto, todos estaban de acuerdo sobre su eficacia en el tratamiento del estado general y de las manifestaciones secundarias.

El Simposium de la American Orthopaedic Association había establecido las siguientes conclusiones:

- 1) Eficacia en el tratamiento del estado general.
- 2) Posibilidad de anticipar el momento de la intervención sin esperar la estabilización de lesiones y con una seguridad más grande.
- 3) Posibilidad de intervenciones en los casos de localizaciones múltiples.
- 4) Extensión de las indicaciones a los focos complicados de abscesos.
- 5) Posibilidad de tratar las fistulas y las complicaciones postoperatorias.

Y fue así que pudimos presenciar con sorpresa las evoluciones favorables en el estado general, la desaparición de grandes abscesos, la limitación de las formas graves destructivas, caseosas y sobre todo, la curación de las fístulas y de las infecciones secundarias.

En la primera etapa, luego del advenimiento del antibiótico, supusimos también que gracias a su intervención sería posible modificar los signos inmunobiológicos rápidamente, hasta las condiciones locales, de tal manera que hicieran ambas posibles una intervención simple parafocal, pero más precoz.

Pero quizás, demasiado ligados al concepto ortodoxo clásico, hemos seguido practicando intervenciones parafocales con la diferencia de una mayor seguridad en la evolución y una mayor precocidad en la indicación.

Desde 1948 al 58, hemos realizado 26 intervenciones cuyos resultados veremos a través de la estadística.

La técnica que utilizamos en la gran mayoría de los casos consistía en abordaje posterior en decúbito ventral, cruentación de la cara posterior de las láminas y de las caras laterales de las apófisis espinosas, colocación en el lecho de injerto autógeno, de cresta ilíaca preferentemente.

En la última década procedemos en general en dos tiempos: en el primero, retiramos el injerto que conservamos refrigerándolo y al cabo de dos-tres semanas realizamos el tiempo de fijación propiamente dicho. De esta manera, la artrodesis queda reducida a una operación mínima, sin gravedad y de la que el enfermo se repone rápidamente. Desde luego que se puede proceder en un solo tiempo y utilizar injerto homólogo. Acostumbramos a fijar sólo las vértebras que constituyen el foco. No somos partidarios de las fijaciones extendidas porque pueden dejar, transcurrido un período de tiempo más o menos largo, secuelas funcionales invalidantes.

No insistimos sobre la oportunidad de la operación ni cómo debe conducirse el tratamiento médico, bajo cuya cortina de protección se realiza, ni cuánto tiempo debe prolongarse después de realizada, ni la duración del período de inmovilización (primero reposo en cama y luego inmovilización en corset), porque consideramos que eso prolongaría demasiado la extensión de esta comunicación; pero queremos insistir, eso sí, en un detalle que consideramos de valor y es en la necesidad de continuar la observación de estos enfermos durante mucho tiempo, no sólo para tener la certeza del éxito de la artrodesis y de la evolución favorable del foco, sino para poder sorprender en el momento oportuno la aparición de otras localizaciones.

En cuanto al absceso, nuestra conducta era la siguiente: si era pequeño, no tenía tendencia a la progresión y su presencia no influía en la acción benéfica del tratamiento, no se tocaba, de lo contrario se evacuaba por punciones repetidas e inyecciones de medicación local. En alguna oportunidad fue necesario drenarlos quirúrgicamente.

La existencia de la paraplejía, no modificaba en realidad la conducta, ya que ésta regresaba en períodos variables, entre un mes y un año, como podremos corroborar en el estudio estadístico.

Las fístulas, si existían constituían una contraindicación del tratamiento quirúrgico que no se realizaba hasta su cierre definitivo.

En cuanto a la giba, sobre todo en las localizaciones dorsales, y cuando eran muy acentuadas, tratamos de disminuir su apariencia resecaando las apófisis espinosas.

Nunca hemos operado cuando existían otros focos evolutivos y es en este sentido, fundamentalmente, que queremos destacar la importancia que tiene en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa, al igual que en el tratamiento de cualquier otra localización, la intervención en la asistencia del enfermo, de un equipo constituido por el neumólogo, urólogo, neurólogo y ortopedista.

Todo el mundo está de acuerdo para admitir que gracias a los antibióticos el estado general de los enfermos mejora rápidamente y que el tratamiento puede ser acortado.

Los abscesos, gracias a inyecciones locales, desaparecen o se les drena, obteniéndose rápidamente el cierre. La barrera que ellos oponían a la intervención quirúrgica en el pasado, se va borrando más o menos, pudiéndose hacer precozmente.

Los mejores resultados son obtenidos por la asociación de un tratamiento general bien conducido, de la cirugía y de la anti-bioterapia precoz y prolongada.

Pero los antibióticos, han permitido además lo que se intentó muchas veces y debió abandonarse por las complicaciones que podían aparecer: *el abordaje directo del foco*, la extirpación de lesiones precozmente diagnosticadas y el depósito de antibióticos en su lecho.

## RESUMEN HISTORICO

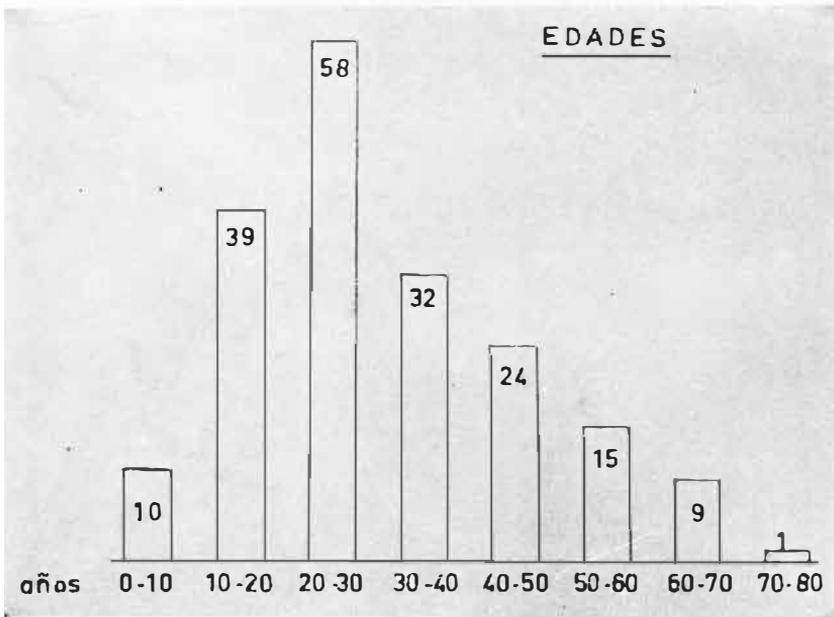
En primer lugar, desde hace mucho tiempo la cirugía ha tentado abordar directamente la lesión. Ha debido renunciar a causa de los peligros que el acto quirúrgico implicaba.

Luego vino la generalización del uso de injertos extra-articulares ,habiendo podido reducir la duración del tratamiento médico y readaptar los enfermos al precio de una anquilosis de columna, constituyendo una verdadera curación; pero, algunas veces, no ha significado una curacion total, ya que han persistido fístulas o pequeños secuestros.

### NUMERO DE CASOS ASISTIDOS EN EL INSTITUTO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Desde 1941 a 1958, se han asistido 192 casos de mal de Pott;  
hombres, 92; mujeres, 100.

### FRECUENCIA POR EDADES



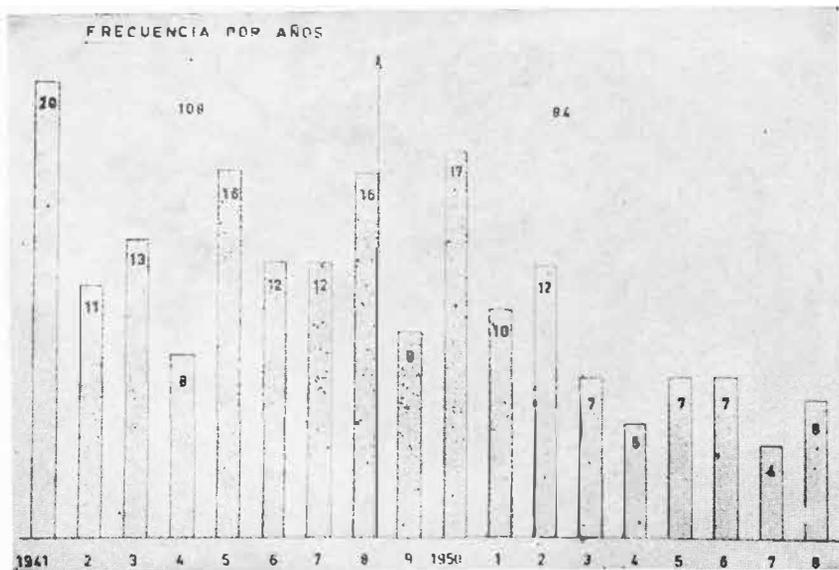
Tal como se ve en la gráfica, el máximo corresponde entre los 20 y los 30 años con 58 casos.

*En resumen:* Haciendo nuestras las palabras del Prof. doctor José Luis Bado, pronunciadas en la Sociedad de Ortopedia y Traumatología, podemos decir que: “en la actualidad los esfuerzos deben orientarse hacia la obtención de algo que parecía inalcanzable hasta pocos años, más aún, algo que parecía una aberración, en contradicción con los principios doctrinarios más elementales que se poseían a propósito del criterio de curación de la enfermedad.

”Nos referimos a la curación con conservación de la función, es decir, del movimiento. Parece ser la opinión unánime de los autores que éste debe ser el ideal a alcanzar y que para ello el tratamiento debe iniciarse en forma precoz, es decir, lo antes posible; tan precoz, que algunos autores recomiendan su aplicación aún antes de que el diagnóstico pueda ser una realidad indiscutible.

”La primera posibilidad que nos brinda el tratamiento de la osteoartritis del bacilo de Koch, es la de obtener la curación de lesión con conservación de la función.

#### FRECUENCIA POR AÑOS



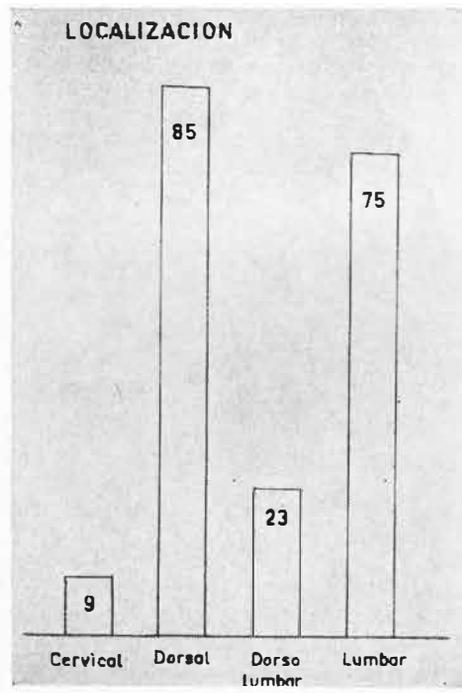
En la gráfica se observa una tendencia a la disminución que se inicia en el año 1948, fecha en que se inicia la medicación antibiótica.

"La segunda, es la de obtener la curación con pérdida de la función de manera definitiva, es decir, con anquilosis, anquilosis ósea, pero como resultado evolutivo, espontánea gracias al tratamiento quimioterápico, sin la intervención del tratamiento quirúrgico, orientado para lograrla.

"La tercera, es que esta cura anatómica se logra mediante una intervención parafocal, cuando todo en la evolución hace presumible, gracias fundamentalmente, por una parte, al tipo anatómico y a las modificaciones del estado inmunobiológico. *En este caso, la artrodesis extra-articular conserva todavía hoy sus privilegios.*

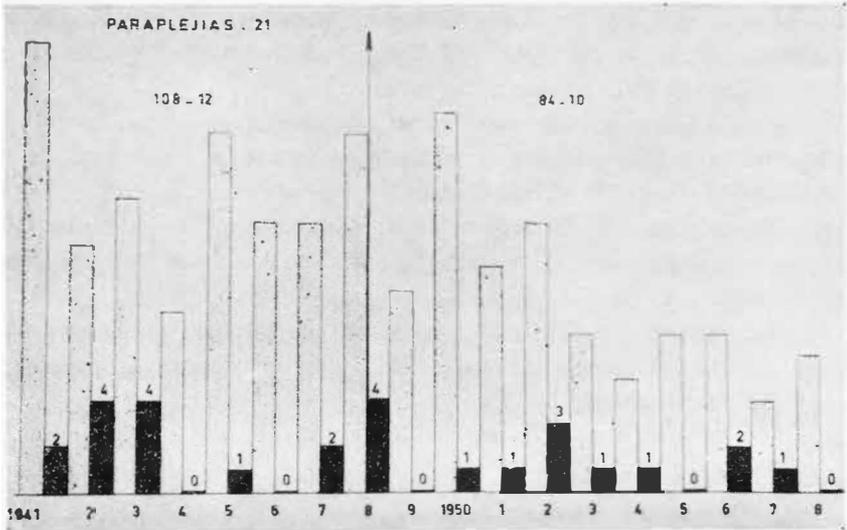
"La cuarta posibilidad, por último, es aquella en la que, en ausencia de las circunstancias que rodean los casos que presiden

#### LOCALIZACION



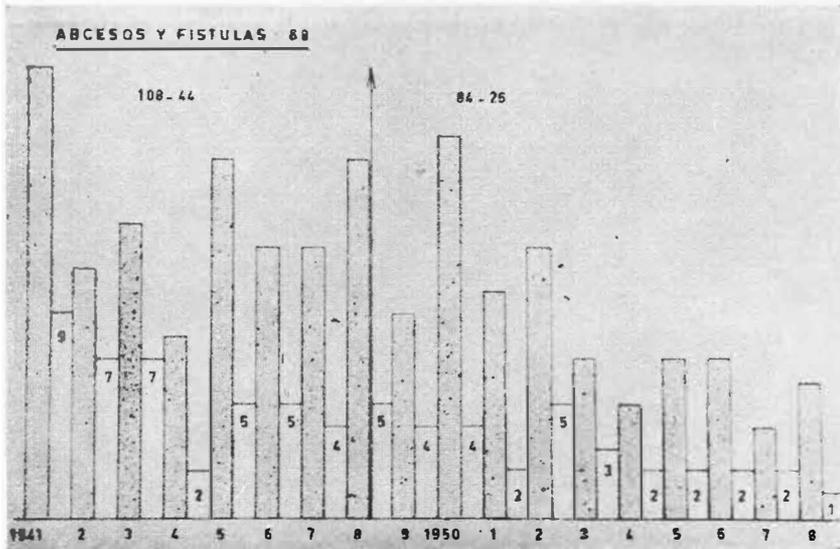
Sobre un total de 192 casos, 85 corresponden a la región dorsal y 75 a la región lumbar.

RELACION ENTRE CASOS DE MAL DE POTT  
Y LA PRESENCIA DE PARAPLEJIAS DE ACUERDO A LOS AÑOS



Tendencia a la disminución  
desde que se inicia la medicación antibiótica.

RELACION ENTRE LOS CASOS DE MAL DE POTT  
Y LA PRESENCIA DE FISTULAS Y ABSCESO  
DE ACUERDO A LOS AÑOS



Tendencia a la disminución  
desde que se inicia la medicación antibiótica.

EVOLUCION DE LOS CASOS ASISTIDOS  
EN EL INSTITUTO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

**Evolución de 192 enfermos:**

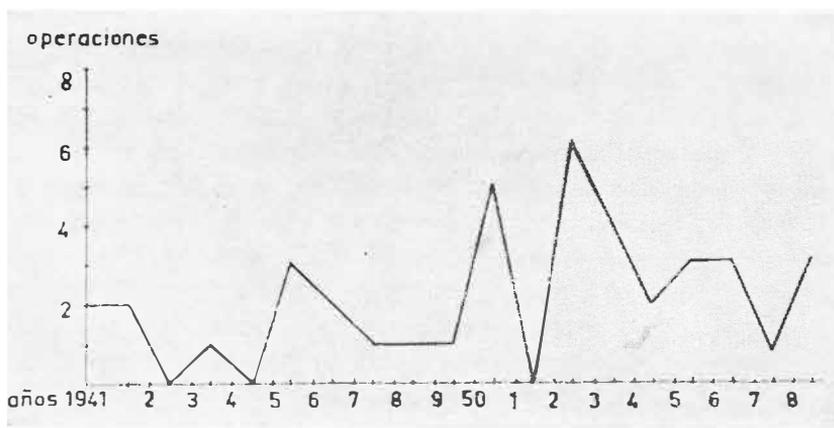
Tratamiento médico-ortopédico (altas curadas) .	45
Tratamiento médico-quirúrgico (36 altas curadas)	40
Traslados a Saint Bois .....	31
Traslados a Fermín Ferreira .....	10
Fallecidos	10
No se tienen datos definitivos .....	56

OPERACIONES EFECTUADAS DESDE 1941 A 1958

**Operaciones realizadas:**

Artrodesis .....	38
De 1941 a 1948 .....	12
De 1948 a 1958 .....	26
Abordaje de foco .....	2

GRAFICA DE LAS OPERACIONES REALIZADAS  
DE ACUERDO A LOS AÑOS



MATERIAL UTILIZADO EN LAS ARTRODESIS POSTERIORES

- Cresta ilíaca.
- Costilla.
- Tibia.

## RESULTADOS DE LAS ARTRODESIS REALIZADAS

### Resultados:

Artrodesis realizadas .....	38
Artrodesis logradas (alta entre 1 y 3 años)	34

- 1 fallece en el postoperatorio inmediato.
- fallece antes del año, grave proceso pulmonar.
- 1 fallece de neoplasma de estómago a los 6 meses.
- no se tienen datos después de operado.

las conductas anteriores, es necesario actuar directamente sobre el foco para obtener, por una parte, su eliminación y, por otra, su evolución hacia la curación.

*"Sería en este lugar en el que deberíamos ubicar el abordaje directo del foco y su tratamiento".*