

## TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

### Preguntas y respuestas

Dr. PUERTA (Asunción, Paraguay).—¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias más frecuentes en el tratamiento quirúrgico del mal de Pott?

Dr. MASLIAH.—Las complicaciones postoperatorias más frecuentes en el tratamiento quirúrgico del mal de Pott, son las que se pueden ver en cualquier tipo de operación corriente, pero en forma particular, hay tres cosas que son a destacar: la primera, es la presencia de un íleo paralítico que aparece inmediatamente en el postoperatorio; la segunda, suele ser la retención de orina; estas dos complicaciones se ven con gran frecuencia cuando se realiza una artrodesis posterior, cuando se trata de un mal de Pott a localización lumbar. Y la tercera complicación, en la cual también tratamos de poner el máximo de cuidado, es el hacer una correcta hemostasis, a los efectos de evitar la aparición de un hematoma que significa inmediatamente un accidente y una evolución desagradable.

Prof. SARAZAGA (Córdoba).—¿Tiene certificación diagnóstica el mal de Pott dorsal en el enfermo de 70 años curado con tratamiento médico?

Dr. CESCONI.—Fue una evolución de cuatro años, en un enfermo de 72 años que tenía una paraplejía con lesión de 7º y 8º dorsal e imagen radiológica de absceso frío. Además, se trataba de un cardiovascular que se mantuvo en cama durante dos años consecutivos. La deambulación se hizo sin corsé de yeso, por su disnea, cuando la paraplejía ya había regresado. Actualmente es un enfermo que está perfectamente con una sinostosis de su columna dorsal pero, recientemente, por su estado cardiovascular, hizo un infarto de miocardio que evolucionó favorablemente.

Prof. SARAZAGA.—¿Qué acción tienen los córticoesteroides sobre las articulaciones y sobre el hueso para justificar su asociación en tratamiento antibiótico?

Dr. CESCONI.—En la exposición que hicimos, vimos que los usábamos por su gran poder anti-inflamatorio, con la necesidad imperiosa de asociarlos al antibiótico específico puesto que rompen o desbloquean —como muestra el

esquema— ese enquistamiento del proceso tuberculoso; y si bien es cierto que los córticoesteroides tienen una acción que facilita la multiplicación del bacilo de Koch, se deben usar imperiosamente con el antibiótico específico, para que al desbloquear permita llegar al foco el antibiótico; por eso, repito el concepto de Purriel y Muras de que los córticoesteroides son anti-inflamatorios y proinfecciosos.

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—Le voy a dar la palabra al Prof. Sarazaga para que agregue algún concepto personal.

Prof. SARAZAGA.—Evidentemente, los córticoesteroides actúan sobre el metabolismo del agua y sales, y está demostrado que el metabolismo del agua disminuye, es decir, que en una palabra, seca el cartílago y seca también la hidropicidad del hueso; y al aumentar las sales, en vez de alcalinizar el medio, lo acidificaría y el antibiótico no actuaría porque está en un medio ácido. Yo no tengo ninguna experiencia, pero evidentemente, está contra el concepto que nosotros tenemos de cómo actúan los córticoesteroides en los metabolismos.

Dr. PUERTA.—¿Qué material se usa para llenar el foco vertebral?

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—Al respecto, debo decirle que se ha usado de todo: el autoinjerto y el homoinjerto. En el Instituto de Traumatología, como dijo el Dr. Masliah, se usa preferentemente el autoinjerto y han usado sobre todo, la cresta ilíaca, apelando al banco de huesos que lo tienen bien organizado, desde hace varios años, con congelador. Nosotros, personalmente, desde el año 53 hemos adoptado el procedimiento que se sigue —tengo entendido— en la Argentina y sobre el cual me he podido ilustrar con motivo del Congreso de Ortopedia y Traumatología de Río de Janeiro, en 1953; adoptamos la conservación del homoinjerto en tintura de parafenol, que debemos a una gentileza de la casa Parke-Davis. Desde el 53 aquí, hemos usado reiteradamente el homoinjerto con costillas, que tenemos en cantidad, y son costillas de tuberculosos, por supuesto. Se ha formulado la objeción de que hay enfermos que se han tuberculizado por el homoinjerto de costillas de tuberculosos. Un colega, el Dr. Nin Vivó, me había informado que en Londres lo vio actuar a Seddon y que en esa ocasión se usó costilla de bacilar y tuvo un absceso frío, por lo cual lo descartó para siempre. Yo declaro —y vamos a llevar, en algún momento, a la Sociedad de Ortopedia, todos los casos que tenemos de homoinjerto aplicados, no sólo en el mal de Pott—, que nunca hemos visto complicaciones de este orden. Por eso, estamos estimulados a seguir usándolo. Podríamos mostrarle al colega, algunas observaciones de cómo se han incorporado algunos de estos injertos; hemos comprobado también que a la larga, algunos injertos parecería que se lisan, porque en las radiografías no aparecen.

Dr. GARCIA NOVALES.—Si la paraplejía mejora con tratamiento médico-ortopédico en un porcentaje de 80 %, ¿cuál sería la indicación para el tratamiento quirúrgico de la paraplejía póstica?

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—El tema de la paraplejía póstica, es un tema que tenemos que rever a la luz de los nuevos procedimientos y nuevas posibilidades quirúrgicas. Hemos visto en el Servicio que el 80 % de las paraplejías regresaban con tratamiento médico; hemos intensificado el tratamiento en algunos enfermos, y al mes, ya la paraplejía venía regresando; algunas de estas paraplejías son en realidad paraparesias. Creemos que cuando el enfermo no mejore al mes, debemos prepararlo para proceder al abordaje del foco; y en ese sentido, personalmente, no creemos que el nuestro sea un estudio terminado; hemos tomado un camino y debemos insistir en él. Al mes debe intervenir, orientándose al abordaje del foco, ya sea por la vía útero-lateral, o se adopten otras vías. Hemos obtenido, en la Sociedad de Ortopedia, una valiosa contribución del Prof. Bado que nos traía la opinión del Prof. Scaglietti, que aborda las paraplejías pósticas por vía posterior, con laminectomía y sección de dos o tres raíces intercostales, lo que no crea ningún problema; lo mismo, reclinando raíces en un proceso lumbar o cervical. Es sabido que cuando abordamos un foco por vía útero-lateral, también seccionamos el intercostal; tendría poco problema eso. Por esa vía, creo que es uno de los caminos que podríamos seguir, asegurándonos bien la visualización de la compresión medular y la evacuación del absceso. En ese sentido, hemos planeado la colaboración con neurólogos y fisiólogos y, además, el estudio detenido del problema, cosa que estamos planeando con el Prof. Malosetti.

Dr. HERNANDEZ (Buenos Aires).—Conducta a seguir en los males de Pott con síntomas leves y parapléjicos con acentuada dislocación vertebral.

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—En lo que personalmente podemos aportar como enseñanza, debo decirle que tenemos un enfermo en el Saint Bois que no está en nuestra estadística, porque tenemos dudas si es un mal de Pott; es un enfermo que tenía un Hodgkin, y tenía un proceso compresivo vertebral, todavía no sabemos si es una combinación de Hodgkin con tuberculosis; fue abordado en el Servicio, lo intervino el Prof. Armand Ugón por vía torácica; tenía una dislocación vertebral y una compresión medular, radiográficamente visualizada; se hizo la decompresión, se pudo llegar a la pared anterior del canal medular, decomprimirlo por vía anterior; pero el resultado fue nefasto, hizo éscaras rápidamente, y siguió un postoperatorio malo y falleció; pero sé que el Dr. Hernández tiene algún caso que podría reseñarlo aquí.

Dr. HERNANDEZ.—Sabemos que en el mal de Pott, justamente cuando aparece el síntoma parapléjico, el antibiótico y el tratamiento médico mejora en un porcentaje elevado; pero tenemos un caso que no ha obedecido a estas circunstancias. Quisiera mostrar a los colegas del Congreso, y si podrían sugerir algo sobre el tratamiento para este caso. Es un niño de 2 años con un mal de Pott, nunca caminó, con lesiones parapléjicas leves, más bien irritativas, con esta enorme dislocación (muestra radiografías). Lo tenemos con tracción continuada y no hemos obtenido ninguna mejoría. Pediría si podría sugerirse algo para poder distender esto, reducir la dislocación, desde luego, colocarle un injerto.

Prof. BADO.—Yo no tengo ninguna experiencia personal, pero he tenido oportunidad de ver cosas análogas en la discusión que tuvo lugar en el reciente Curso Internacional de Méjico, ya n donde estaba el Prof. Scaglietti, y en casos análogos aconsejaban: primero, una artrodesis posterior para fijar la columna, y después de hacer la artrodesis posterior, pasado un período de cuatro o cinco meses, abordar directamente el foco y sacar todo el tejido enfermo, sustituyéndolo por injerto; de esa manera, al estabilizar la columna, no tienen riesgo de que la dislocación se haga mayor. cuando la exéresis del foco exija una supresión de gran cantidad de cuerpo vertebral en focos grandes, extendidos, múltiples. Y la segunda operación, que sigue a la primera en un plazo breve, de tres o cuatro meses, es al mismo tiempo que el tratamiento directo del foco, es la supresión de la compresión y el tratamiento de los síntomas de las paresias y paraplejías que tiene el enfermo; y mostraron algunos casos con resultados muy favorables. Yo creo que en este caso, se podía actuar de la misma manera.