

Tratamiento de un tumor blando de la rodilla por la resección de la misma

Por el Doctor Jorge E. Calvo, Cirujano del Hospital de Caridad de Honda.

En el mes de septiembre del año de 1909 fui llamado de la población del Libano por el señor Doctor Miguel Arbeláez, médico que ejerce en dicha población, con el objeto de resolver en junta médica, y previo el examen de la señorita N.N., de 13 años de edad, el tratamiento quirúrgico que mejor conviniera.

La señorita N.N. venía sufriendo de la rodilla izquierda desde hacia un tiempo no menor de tres años. Ya la articulación estaba anquilosada y el miembro estaba en flexión. Hallé dos o tres fístulas y los dolores y agotamiento general habían obligado a la enferma a guardar cama, pues le era difícil la movilización por medio de muletas a que había tenido que apelar desde el principio de la enfermedad.

Entre los antecedentes personales eran de notarse las frecuentes y abundantísimas epístasis, y en general, la tendencia a las hemorragias, pues toda erosión, toda herida por insignificante que fuese, era motivo de un desangre considerable.

La enferma había venido sometida a un tratamiento racional cuidadoso, pero sin resultado satisfactorio alguno. Los pulmones estaban sanos y los demás aparatos funcionaban regularmente.

Vista la situación desastrosa de la niña y no habiendo esperanza alguna de mejoría con la aplicación de un tratamiento médico, resolvimos, de común acuerdo con el doctor Arbeláez, practicar una resección, y al efecto la hicimos el día 10 de Septiembre del año ya citado.

Previo la cloroformización y asepsia de la región abrí la articulación, valiéndome de la incisión de

Mackensie. Disecado el colgajo epidérmico, cortada la cápsula y el ligamento rotuliano, fue extirpada la rótula que se hallaba adherida a la extremidad inferior del fémur. Resequé la sinovial del fondo del saco infratricipital y raspé todos los trayectos fungosos. Corté los ligamentos laterales, y, abierta la articulación, seccioné los ligamentos cruzados. Con el cuidado del caso y respetando el ligamento posterior, procedí a aislar y desnudar la extremidad inferior del hueso del muslo, o sea la cabeza femoral, de la cual quité con la cierra centímetro y medio. En el tejido esponjoso hallé varios focos supurados que fueron raspados cuidadosamente. Uno de éstos comunicaba ampliamente con el canal medular, lo que me obligó a rasparlo en la mitad de su extensión. En seguida procedí a la resección de la cabeza de la tibia, de la cual quité también centímetro y medio, poco más ó menos, con lo cual di por terminada la resección.

Acto continuo procedí a la reunión de los huesos, a la ligadura de arterias y a la sutura de los tejidos periarticulares, terminando por la aplicación de un aparato o gotera enyesada, previa la postura de tres drenes y la curación con gasa yodo-formada. Dio la mala fortuna que el aparato de yeso no quedó correctamente confeccionado, lo que ocasionó el desalojamiento de las superficies óseas y los dolores consiguientes. Al día siguiente, en vista de los atroces dolores de que se quejaba la niña y de la mala dirección en que se hallaba el miembro procedí, siempre en compañía con el doctor Arbeláez, a quitar y volver a poner el aparato, en esta ocasión mejor confeccionado, con lo cual todo entró en el orden. Dos días después me vine para Honda dejando al doctor Arbeláez encargado de la enferma.

Mi honorable colega vigiló durante 60 días a la enferma, al cabo de los cuales quitó el aparato, vendajes y gasas y halló la pierna anquilosada y en buena dirección. Quitó los tubos o drenes y consiguió que a los pocos días todo estuviera completamente cicatrizado.

Tres meses después de la operación volví a ver a la niña y fui sorprendido muy agradablemente con el éxito alcanzado, pues además de que la pierna la hallé como lo esperaba, el estado general había mejorado de tal modo, que la niña por su robustez y bue-

nos colores más parecía un bello modelo de tarjeta postal, que un convaleciente.

En la actualidad la operada camina por todas partes y goza de salud, en todo y por todo, satisfactoria. El acortamiento definitivo, hasta el presente, es tan solo de tres centímetros. Este es un buen ejemplo que demuestras que en Provincias, con tal de que haya buena voluntad y un poco de cuidado, se pueden obtener tan buenos resultados con la cirugía como los obtenidos en los grandes centros.

Comentario

Edgar A. Muñoz Vargas MD.*

Resulta muy interesante la revisión del caso reportado por el doctor Jorge E. Calvo, en el año de 1909, pues no solamente es loable el interés por publicar su experiencia, lo que debía ser muy difícil en esa época, interés del que carecemos ahora que tenemos todas las facilidades, sino por el manejo y resultado final del tratamiento instaurado, teniendo en cuenta las limitaciones no sólo diagnósticas sino terapéuticas con que se contaba entonces.

Es evidente que se trataba de una enfermedad que por su cronicidad, había llevado a la paciente a una condición de limitación física que comprometía no sólo la función de su articulación sino su estado general. La deformidad en flexión de la rodilla, es usualmente la actitud que toma la articulación enferma, pues en esta posición se relajan los tendones flexores y la cápsula articular, lo que hace que el dolor y la molestia sean menores.

Cuando el problema se hace crónico, el resultado final es la anquilosis. El doctor Calvo reporta que había fístulas, las que indudablemente eran consecuencia de un proceso séptico, que por su tiempo de evolución y el compromiso de la condición general del paciente, hacen suponer que se trataba de una artritis tuberculosa. La presencia de sangrados fáciles podría ser generado por déficit nutricional. Vale la pena anotar que el médico tratante aclara que la condición pulmonar de la paciente era satisfactoria. Usualmente en las artritis u osteomielitis de origen tuberculoso no se encuentra actividad de la enfermedad en otras áreas del organismo.

En vista de que la paciente no mejora con el manejo médico, decide el doctor Calvo junto con el doctor Arbeláez, médico tratante, hacer una resección articular, que básicamente consistió en practicar un desbridamiento, es decir una limpieza en donde se reseca la sinovial, se retiran detritus, se curetean focos de necrosis ósea y se lava la articulación. Luego procedieron a retirar las superficies articulares y a "reunir" los huesos, buscando por supuesto la fusión de los mismos, mediante el uso de inmovilización en yeso, objetivo que lograron pues la paciente reinició su deambulacion sin dolor y mejoró su condición general.

No difiere en esencia, el manejo que a principios del siglo XXI damos a una artritis tuberculosa. Actualmente, aunque es una entidad infrecuente, su manejo en estadios tempranos, está orientado al tratamiento farmacológico del problema. Si no responde, se procede a practicar procedimientos quirúrgicos en los que bajo control artroscópico se llevan a cabo sinovectomías y desbridamientos articulares. En aquellos pacientes que consultan tardíamente, en los que por su cronicidad hay compromiso cartilaginosa y ósea paraarticular, se opta por hacer artrodesis (fijación quirúrgica de una articulación) que fue lo que hicieron el doctor Calvo y su ayudante.

En la actualidad, las artrodesis no se inmovilizan con yeso, sino con sistemas de osteosíntesis como placas o clavos o son sistemas mecánicos denominados tutores o fijadores externos. En casos especiales, teniendo en cuenta la condición local de la articulación y general del paciente, en lugar de hacer una artrodesis, se practica un reemplazo total de la articulación, por supuesto instaurando un tratamiento antituberculoso adecuado.