IV Tema: Cirugía y ortopedia de las afecciones nerviosas del niño y sus secuelas

TRATAMIENTO DE LA DISPLEGIA ESPÁSTICA O ENFERMEDAD DE LITTLE

Por el Prof. Dr. ARNULFO JOHOW

Servicio de Cirugía del Hospital Roberto del Río.

Se han inculcado como causantes de este síndrome descrito por Little en 1853 a una serie de hechos que se observan en la anamnesis de estos enfermos y por cierto que la sífilis de los antepasados es buscada con mucha proligidad y cuando se encuentra en algún caso, la alegría del investigador es grande, ya que tiene algo positivo en manos y cree haber descubierto la piedra filosofal.

Pero en muchísimos casos, la gran mayoría de ellos, esta enfermedad no se encuentra y entonces se inculpa al parto difícil como causante del Little, ya que casi todos estos niños son prematuros y de nacimiento arrastrado. Sin embargo creemos que aquí tampoco está la causa de esta enfermedad. Hay que remontarse aun mucho más allá del nacimiento para encontrarla. Estos niños son prematuros y hay dificultades en el parto, porque los fetos están ya enfermos.

La enfermedad de Little es producida a nuestro juicio por un defecto cromosómico heredable al igual que el mal luxante de la cadera, el pie zambo, el labio leporino, etc., y si buscamos con paciencia, encontramos, en muchos casos, otros miembros de la misma familia: tíos, primos y aun hermanos con Little.

La herencia nos parece ser del tipo recesivo, pero no seguiremos en este terreno, porque nos apartaría mucho de nuestro tema.

En estos enfermos observamos espasmos musculares, especialmente en las extremidades inferiores. La intensidad de estos espasmos varía desde una simple torpeza al andar hasta la inmovilidad casi absoluta. Pero también encontramos enfermos en que no sólo están tomadas las extremidades inferiores, sino que hay además lesiones en las extremidades superiores y en los casos bien graves los músculos del tronco y aun los del cuello y la cabeza están tomados.

En no pocos enfermos se asocia a estos espasmos musculares, que aumentan con los movimientos pasivos y activos, un estado de idiocia más o menos acentuada y entonces se presenta, desde luego, el primer y fundamental problema para su tratamiento. ¿Debe el Cirujano someter a estos idiotas a tratamientos largos y costosos? Nosotros creemos que no, ya que por un lado en nada van a ayudar al Cirujano en su tratamiento y además, nos parece sin importancia que un idiota ande o no ande, ya que la personalidad humana no empieza por los pies, sino que por el cerebro.

Quedan, pues, desde luego, fuera de todo tratamiento aquellos enfermos en que la idiotez es manifiesta.

En los demás, el tratamiento estará en relación a la intensidad y extensión de los espasmos. Debemos recordar sí, que esta enfermedad tiene la particularidad de ir regresando hasta cierto punto durante el desarrollo del individuo, de modo que en los casos leves, aun sin tratamiento alguno, se puede esperar una mejoría acentuada.

Pero cuando la lesión es un poco más acentuada los niños sólo pueden andar muy difícilmente y lo hacen de un modo muy característico.

El equinismo los obliga a andar sobre la punta de los pies que generalmente están dirigidos hacia adentro y la contracción de los aductores les hace pasar una rodilla sobre la otra durante la marcha. Fuera de estas dificultades no pueden levantar los pies del suelo de modo que los arrastran sobre él; Spizy y Lange caracterizan muy bien esta marcha con las siguientes palabras: "Sólo con gran demora, como necesitando para cada paso un impulso aparte, se levanta lo menos posible el pie que permanece pegado al suelo y con gran esfuerzo es llevado hacia adelante. La rodilla es levantada tan poco que la punta del pie raspa el suelo, el movimiento hacia adelante de la pierna, se hace en un arco lateral, mientras la pierna se mantiene fija en la cadera que a su vez se vuelve hacia adelante y ayuda así a dar el arco lateral que efectúa el pie. Por consiguiente, el pie no es llevado hacia adelante en

un arco sajital como en un hombre normal o cualquier cuadrúpedo sino que en un arco horizontal, como lo hacen los batraquios".

Cuando estos enfermos, que tienen sus reflejos muy acentuados, con Babinsky positivo, quieren hacer un movimiento brusco, ya sea voluntariamente o porque se les ordena por el masajista o médico, se produce un espasmo muscular inmediato que se trasmite también a los músculos antagonistas y con esto se produce la rigidez de la extremidad que quería moverse. De esto se desprende como primera regla que el masajista o reeducador de estos niños debe abstenerse de todo movimiento brusco y debe dar suavemente sus órdenes. De aquí los éxitos que se obtienen con los movimientos rítmicos al compás de la música.

Esta reeducación paciente con movimientos activos y pasivos debe prolongarse durante años y si el enfermo tiene su psiquis bien despejado y ayuda activamente se puede llegar a resultados satisfactorios.

Durante el sueño los espasmos ceden totalmente y sólo quedan las deformidades que son consecuencia ya de los acortamientos definitivos de los músculos por fibrosis de su tejido elástico.

Estas deformidades necesitan una terapia más activa. A veces se asocia al Little una luxación de la cadera, que puede ser congénita o adquirida justamente por las contracciones musculares permanentes. También se observan sub-luxaciones de la rodilla, del astrágalo y del codo.

Hemos observado en uno de nuestros enfermos un pie bot congénito que fué corregido antes de someterlo al tratamiento propiamente tal del Little.

Cuando ya no basta la gimnasia y el masaje bien llevado para mejorar esta terrible lesión, debemos pensar en un tratamiento ortopédico-quirúrgico adecuado, que por lo demás, sólo quedará intercalado en el tratamiento quínésico terapéutico que acompañará a estos niños hasta su madurez. Al mismo tiempo hay que pensar en ejercitar por métodos adecuados el intelecto de estos enfermos que siempre están mentalmente atrasados.

Quedarán excluidos de todo tratamiento quirúrgico, como ya lo hemos manifestado, los idiotas, además aquellos enfermos que padecen de atetosis marcada, de contracturas epilépticas y crónicas, corea, etc., ya que están expuestos a complicaciones graves como shock operatorio, acidosis, etc. Tampoco deben operarse adultos porque sólo pueden obtenerse re-

sultados durante el crecimiento. Son tantos los tratamientos quirúrgicos que se han ideado para el Little que es menester ordenarlos un poco. Los resultados obtenidos por todos ellos no son brillantes, ya que es imposible mejorar totalmente a estos enfermos. El Cirujano debe ser modesto en sus promesas y esperanzas de mejoría. Si logra hacer andar, aunque sea en muletas, a niños que han estado totalmente inmovilizados, o si mejoran algo la marcha de otros, ya puede darse por satisfecho. Pero hay que tener cuidado de no prometer más de lo que se puede dar, para evitar el desconsuelo posterior. Con todas nuestras armas hoy en día, sólo podemos hacer disminuir los espasmos, pero hacerlos desaparecer, sin provocar la parálisis flácida, no lo podemos. Si pensamos que esta lesión es central, lo lógico sería atacarla en el cerebro mismo. Pero la dificultad del diagnóstico de localización y la gravedad de la operación ha hecho desistir de ella.

Förster propuso al principio de este siglo una intervención también central, pero menos peligrosa: la resección de las raíces sensitivas posteriores al salir de la médula, para inhibir así el arco reflejo del espasmo. Esta intervención, propuesta por Förster fué practicada por vez primera en 1907 por el Cirujano Jietze, en Breslau, alumno del gran Mikulicz. Förster propone resecar las raíces posteriores L₂, L₃, L₅ y S₂.

Hay que dejar las raíces L₄ y S₁ para evitar la marcha rabética.

Personalmente hemos practicado siete veces esta intervención en que hay que hacer una laminectomía amplia desde la última vértebra dorsal hasta el tercio superior del sacro. Abierta la dura se reseca un trozo de 1 cm. más o menos de las raíces posteriores correspondientes. No insistimos en los detalles de técnica, porque prolongaría en demasía este trabajo. De los siete operados, hemos perdido uno a consecuencia directa de la intervención. De los seis restantes, sólo en tres casos hemos observado una mejoría manifiesta, en los otros tres los resultados no han sido satisfactorios. Creemos que esta magna intervención sólo debe quedar reducida a aquellos casos bien definidos en que los espasmos sean muy acentuados y que las extremidades superiores no estén muy afectadas para que los enfermos puedan hacer uso de muletas u otros artefactos para sus ejercicios de deambulación post-operatoria.

Stoffel ataca con su operación también el sistema nervioso, pero opera ya en los nervios periféricos fuera del canal medular y más propiamente en el momento de penetrar estos en la masa muscular que inervan. Después de estudios

minuciosos sobre la innervación muscular disociando los manojos nerviosos que componen los nervios, reseca algunos manojos que van a grupos musculares determinados y obtiene así una disminución del poder de contracción de estos músculos y con eso, una disminución de los espasmos. Los resultados que hemos obtenido con estas intervenciones son bastante satisfactorios, pero como su número todavía es muy pequeño, no podemos dar un juicio más perentorio. Hay otra intervención análoga a la de Stoffen, la operación de Selig que consiste en reseca el nervio Obturador por vía intrapélvica para obtener la disminución del espasmo de los aductores que también nos ha dado buenos resultados, practicada en tres enfermos.

El americano Fitch, de Rochester, N. Y., ha ideado una modificación al Stoffel. El no reseca los manojos nerviosos como lo hace Stoffel, sino que inyecta alcohol en los manojos y obtiene así la disminución del espasmo por tres a seis meses, tiempo suficiente, según él, para que estos enfermos hagan los ejercicios correspondientes y aprendan a gobernar sus extremidades.

Spitzzy sigue otro camino al implantar los manojos, cortados en los grupos musculares antagónicos para aumentar así la potencia de estos últimos, al mismo tiempo que debilita los contrarios. Para eso se necesita naturalmente de condiciones anatómicas especiales, o sea, que estos grupos musculares antagónicos estén situados uno al lado del otro. Para el tratamiento de la pronación del antebrazo,

Spitzzy dice obtener muy buenos resultados. Nosotros no tenemos experiencia al respecto, ya que en esos enfermos hemos hecho transplantaciones musculares que también dan los resultados buscados.

Quedan por fin las intervenciones sobre los músculos mismos o sobre sus inserciones tendinosas.

Muchos autores, entre ellos hombres de la talla de Adolfo Lorenz prefieren estas intervenciones simples que consisten en mio o tenotomías y correcciones forzadas bajo anestesia general a las intervenciones descritas anteriormente.

Bajo anestesia general se hace lo que Lorenz llama la operación radical del Little. Por medio de tenotomías ya sea subcutánea o abiertas se ataca una retracción tras otra. Se empieza en la cadera y se termina en el pie. Las retracciones de las partes blandas se vencen por correcciones forzadas, teniendo sí cuidado de no estirar muy bruscamente los nervios y

vasos. Si es necesario se vencen estas retracciones ya sea por medio de la extensión continua o con el yeso sucesivos.

Obtenido en esta forma la desaparición de las posiciones retráctiles y viciosas se coloca al niño en un gran yeso que lo cubre desde el reborde costal hasta la punta de los pies. Haglund, el gran ortopedista sueco, insiste en la necesidad de poner bastante algodón entre el yeso y la piel para evitar así el reflejo cutáneo que produce bajo el yeso grandes contracciones espásticas con las molestias consecutivas para los enfermos. Sobre el tiempo que el yeso debe quedar colocado difieren enormemente las opiniones y así vemos que Biesalski sacaba a estos enfermos ya al 5.º día del yeso para poder empezar desde luego la gimnasia correspondiente, dejando al enfermo en un aparato movable, inamovable.

Alberto Lorenz, en cambio, deja a sus enfermos hasta dos meses consecutivos en yeso para empezar después con la kinesiterapia. Empieza ahora la parte más importante en el tratamiento de los espásticos, sea la gimnasia y el masaje. Como ya lo hemos dicho, esta Kinesiterapia debe ser muy suave y cuidadosa. Todo movimiento brusco o toda voz de mando dado con brusquedad produce en estos niños un reflejo inmediato que se traduce en una gran contracción de toda la musculatura y que le impide hacer el ejercicio deseado. Sólo con gran paciencia y reeducación llevada a través de años, se puede obtener una mejoría relativa y nunca completa, en estos desgraciados. Nuestros tratamientos hospitalarios en realidad no son muy apropiados para este tratamiento que se debiera seguir en asilos especiales y que en nuestro país todavía no existen. Esperemos que algún día contemos con ellos para poder aliviar, como es debido, la dura suerte de estos pobres niños.