LA NEUROTOMIA DEL OBTURADOR EN LA CONTRACTURA EN ADDUCCION EN LAS PARAPLEGIAS ESPASTICAS

Por el Dr. MARCELO GAMBOA

Jefe de Cirugía Infantil y Ortopedia de la Casa de Expósitos de Buenos Aires.

La posición viciosa en adducción forzada constituye, sin duda alguna, un obstáculo importante para el mantenimiento de la posición erecta y más aún, para la marcha.

En el transcurso de años, hemos luchado para vencer la contractura de los músculos adductores del muslo en los casos de paraplegias espásticas.

Para ello, hemos recurrido a los aparatos correctores de diverso tipo y a las tenotomías de los músculos principalmente comprometidos, sin que sus resultados nos hayan dejado del todo satisfechos.

Es por ese motivo que aceptamos y seguimos las directivas de algunos autores que afirman que en estos casos debe recurrirse primero a las neurotomías, para completar después, por medio de las tenotomías o de los recursos ortopédicos incruentos, el tratamiento de las posiciones viciosas.

Nuestra experiencia, a propósito de la neurotomía del obturador es ya lo suficientemente nutrida como para permitirnos afirmar que los resultados son, por lo general, muy buenos y que ayudados por el tratamiento ulterior, ejercicios adecuados para obtener la reeducación, masajes y fisioterapia, los enfermos recuperan un estado funcional tan suficiente y bueno como para poder dejar de considerarlos como inválidos.

Desde luego no realizamos nunca este tipo de intervenciones en aquellos casos en que se asocia la idiotez o la imbecilidad por considerar, que en esas circunstancias, el enfermo es incapaz de sacar partido de las posibilidades que pudiera brindarle la intervención.

Ahora bien: resuelta la intervención, nos queda por considerar cuál de las técnicas preconizadas para realizar esta neu-

rotomía es la menos agresiva y la más completa para llegar al fin propuesto.

Por nuestra parte hemos abandonado todas aquellas que investigan el nervio obturador dentro de la pelvis. Aunque se

Antes de la intervención.

trate de una operación extraperitoneal, expone a debilitar la resistencia de la pared abdominal y constituye, además, un acto quirúrgico más importante que cuando se ejecuta la neurotomía por fuera del agujero obturador. Tiene la ventaja de seccionar el nervio antes de su bifurcación.

Hemos dado la preferencia a la neurotomía a la salida del canal sub-pubiano siguiendo la técnica de Chutro, mucho más segura que la de Stoffel porque en algunos casos al realizar esta última, cuando la bifurcación del nervio se hubo

producido dentro del canal mencionado tuvimos dificultades para encontrar y seccionar la rama posterior del mismo.

Este inconveniente se soluciona siguiendo el procedimiento de Chutro que convierte a la neurotomía del obturador en una sencilla investigación anatómica que permite abordar al

Después de la intervención.

nervio a su salida del canal sub-pubiano y tener bajo la vista el tronco del mismo o sus dos ramas, si es que llega ahí, ya bifurcado.

El procedimiento es el siguiente: Incisión longitudinal en el triángulo de Scarpa de 7 cms. de largo que corre paralela al borde interno de la vena femoral. Por arriba cruza el ligamento de Poupart.

Seccionada la piel y la fascia cribriformis se va en busca de la safena interna, se rechaza con un separador hacia afuera. Con disección roma se avanza en profundidad hasta descubrir la arcada de Poupart y la aponeurosis del pectíneo.

El ayudante levanta la arcada de Poupart; a $\frac{1}{2}$ cm. por dentro de la vaina de los vasos, se divide longitudinalmente la aponeurosis del pectíneo empezando a ras de la inserción pubiana; se desprenden luego las inserciones del músculo pectíneo hasta que aparece la superficie brillante de la zona ob-

Después de la intervención.

turatriz. Se encuentra ya fácilmente el canal sub-pubiano y a su salida las dos ramas del nervio obturador envueltas en un tenue panículo adiposo; se liberan los elementos y previa ligadura con seda fina se ejecuta la sección del nervio.

Para no fatigar la atención enviamos las fotografías correspondientes a uno de nuestros enfermos, historia N.º 43,564, varón de 10 años de edad, afectado de Paraplegia Espástica como secuela de un proceso infeccioso, padecido a los 2 años

de edad. Con anterioridad el niño había marchado normalmente. El 18 de Septiembre de 1940 se ejecuta la neurotomía del obturador izquierdo y el 11 de Octubre del mismo año, la del obturador derecho.

El niño tiene un excelente resultado y puede marchar, manteniendo el equilibrio y con suficiente elasticidad. No necesita usar bastones, ni ayuda alguna.