

LA COXITIS TUBERCULOSA EN EL NIÑO

Experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital R. del Río.

Por el Dr. ARTURO COFRE CERDA

Jefe de Servicio.

La coxitis tuberculosa del niño es una de las afecciones articulares más graves de la infancia; y esta gravedad es tanto mayor, cuando menor es la edad de los enfermos. La coxitis del lactante envuelve en sí un pronóstico gravísimo. Su evolución es de largos años, término medio de tres a cuatro años. Termina siempre en una anquilosis o en una luxación patológica por destrucción total de la cabeza femoral y cavidad cotiloidea. El compromiso del cartilago de crecimiento, provoca alteraciones en el desarrollo del miembro enfermo que se traducen en grandes acortamientos y posiciones viciosas.

El tratamiento para toda articulación tuberculosa es la inmovilización. Con este método se busca el reposo articular para que el miembro afectado encuentre su curación en una posición correcta y evitar las luxaciones patológicas de la cabeza femoral. En realidad, tratamos de adelantar el proceso de anquilosis, que es la finalidad de toda infección tuberculosa articular.

Siempre hacemos como tratamiento inicial, la inmovilización en un aparato de yeso pelvipédico. Después de una larga experiencia hemos comprobado que este aparato de Calot, como se llama corrientemente, hace una mala inmovilización, porque es incapaz de evitar la deformación más frecuente de la coxitis, como es la adducción máxima del miembro lesionado, el cual va a necesitar posteriormente de osteotomías correctoras. Por ser la cadera de tan difícil inmovilización, hemos completado este yeso de Calot, con la inmovilización de la cadera sana hasta la rodilla; o sea, lo que llamamos un Calot con calzón de yeso del lado sano.

Este tratamiento ortopédico no acorta en nada el período de evolución de la enfermedad. Buscando esta finalidad, muchos autores se han preocupado de encontrar por medios quirúrgicos, el método apropiado para provocar una anquilosis precoz y que, al mismo tiempo, sea una anquilosis ósea. Al respecto debemos recordar, que en el niño, obtenemos al principio una anquilosis fibrosa y que sólo después de largos períodos de inmovilización, logramos llegar a la anquilosis ósea. Y es así como ha llegado a generalizarse el empleo de las Artrodesis en todas las afecciones tuberculosas articulares.

Hablamos de artrodesis, cuando fijamos una articulación por medios quirúrgicos. Si hacemos el avivamiento de las superficies articulares, hablamos de una artrodesis intra-articular; si la fijación la hacemos con elementos que se colocan por fuera de la articulación, sin abrir la cápsula, hemos practicado una artrodesis extraarticular.

Fué Albee, en América, en 1908, quien empleó la artrodesis intraarticular en las coxitis. En 1918, junto con Magliano, en Europa, iniciaron la era de las artrodesis extraarticulares en el tratamiento de la coxitis tuberculosa.

El procedimiento de Albee consiste en tomar un trozo de tibia e injertarlo en un lecho excavado en el hueso ilíaco inmediatamente por encima de la ceja cotiloidea, y por abajo en un túnel excavado entre el trocánter mayor y la epífisis femoral. Se establece así un puente que inmoviliza las superficies articulares, sin que se haya abierto la articulación.

Basado en este método y en el mismo principio, hay una serie de modificaciones, que no son sino variaciones de tono sobre el mismo tema.

En el Servicio hemos usado el método del injerto de Albee, y al mismo tiempo aquel otro procedimiento que consiste en tallar un colgajo en el hueso ilíaco, cuya base esté fija inmediatamente por encima del reborde superior de la cavidad cotiloidea, e invertirlo hacia abajo y venga a encastrar en un túnel del trocánter mayor. Tiene la ventaja esta modificación, que expone al enfermo a una sola incisión operatoria y acorta el momento quirúrgico. Con ambos métodos hemos obtenido espléndidas anquilosis óseas y acortar el período de recuperación de la tuberculosis de la cadera.

¿Cuáles son las indicaciones de la artrodesis extraarticular de la cadera y cuál es el momento óptimo en que se encuentra el organismo tuberculoso para beneficiarse con estos injertos óseos y no tengamos una agravación de la tuberculosis?

Dijimos ya, que la finalidad de estas operaciones era antes que nada, precipitar una anquilosis. Por lo tanto, operamos aquellos enfermos que habiendo terminado su tratamiento ortopédico, conserven o hayan conseguido solamente una anquilosis fibrosa que los expondrá posteriormente a posiciones viciosas y a caderas dolorosas.

En todos aquellos casos en que habiendo existido grandes destrózos de la cabeza femoral y reborde cotiloídeo, para prevenir las luxaciones patológicas.

En toda coxitis clínica y radiológicamente sana, pero que periódicamente se hacen dolorosas. Y finalmente, hemos intervenido en coxitis fistulizadas, que llevaban ya un largo período de evolución y que no tenían ninguna tendencia a la cicatrización de sus trayectos fistulosos.

Hasta hace un año atrás, para poder apreciar cuál era el momento propicio en que nosotros debíamos intervenir en estos enfermos con una infección tuberculosa, nos basábamos en la evolución clínica, en el control radiográfico y en el examen pulmonar.

En el comienzo de la evolución de la coxitis existe una agravación del estado general del enfermo; enflaquecimiento, palidez, temperaturas subfebriles. Este período se mantiene por un tiempo largo, hasta que influenciado por un tratamiento conservador apropiado, el organismo logra vencer la infección tuberculosa y el enfermo comienza a recuperarse, lo cual se manifiesta por una alza de la curva de peso, mejillas sonrosadas, desaparecen las temperaturas y un franco estado de euforia de los enfermitos.

Si en este momento hacemos un control radiográfico de la cadera afectada, observaremos un gran contraste radiológico entre la placa que tomamos al iniciarse la enfermedad y la que tenemos en la actualidad. Al comienzo tenemos una descalcificación intensa; pero cuando la infección tuberculosa ha comenzado a decrecer, entonces la radiografía nos muestra una calcificación intensa, que se manifiesta por trabéculas óseas sumamente densas que surcan todo el campo de la articulación lesionada, y que le dan a esta imagen radiográfica un aspecto "atigrado".

Finalmente un examen pulmonar negativo nos decide a someter a estos enfermos a una intervención.

Actualmente estamos haciendo una labor asociada con el tisiólogo, el cual, por medio del examen clínico, de una prolija interpretación radiológica del pulmón, del estudio de fórmulas sanguíneas y una justa apreciación de la sedimen-

tación globular, nos dirá en una forma bastante aproximada cuál es el estado de infección tuberculosa y si el enfermo está o no en condiciones de someterse a una operación. Creo que persistiendo en este trabajo de conjunto, podremos en un futuro próximo, dar las normas más o menos precisas del momento en que estas coxitis deben operarse.

Al realizar esta artrodesis por medio de injertos, cabe preguntar si este vástago óseo que se coloca para articularmente, desempeña un simple papel mecánico o actúa como un factor biológico, activando la osificación.

Albee al hacer su operación, partió de que el injerto va a servir de base para la formación de un callo óseo, y como espina irritativa para la precipitación de gran cantidad de sales de calcio que circulan en la circulación sanguínea. En realidad nada concreto podemos decir al respecto, puesto que la histofisiología y la histopatología ósea se encuentra en comienzo y en plena evolución.

Pero hay un hecho bien claro y demostrativo y es que en todos los controles radiográficos tomados posteriormente a la operación, se puede apreciar en el punto injertado una intensa osificación y con el correr del tiempo, las extremidades de estos injertos desaparecen para dar en la placa radiográfica el aspecto de raíces que se infiltran en el tejido óseo propio del hueso iliaco y femur e incorporarse a la economía propia de la cadera. El centro del injerto muy engrosado, condensado y de una estructura semejante al resto de los huesos (Figs. 1 y 2).

Si este trozo de hueso desempeñara sólo una acción mecánica, sería difícil comprender cómo con un elemento de inmovilización tan débil podríamos bloquear una articulación tan difícil como la cadera.

Tenemos enfermos controlados hasta cuatro años después de operados y en ninguno hemos tenido la eliminación del injerto, pese que en algunos casos hemos tenido supuración de la herida operatoria y aun lesión del propio injerto, que ha producido una eliminación parcial, pero que el resto que ha quedado en el nicho primitivo, ha bastado para regenerarlo y desempeñar su cometido.

Existe, pues, un hecho bien claro, y es que el injerto, pese a todos los contratiempos, se conserva y transforma la articulación en un gran block óseo de una solidez a toda prueba. Pero esta misma solidez que adquiere el injerto, nos deja cierta inquietud respecto a las alteraciones de crecimiento del miembro producida por esta verdadera amarra que estable-



FIG. 1



FIG. 2.

ceмос entre la extremidad superior del fémur y el hueso ilíaco. Algunos casos aislados en que se ha practicado esta operación, hemos observado grandes acortamientos del miembro afectado. Pero mi impresión en estos casos es que se trata más bien de una lesión del cartílago articular por el mismo proceso articular.

A continuación voy a presentar las radiografías de cuatro casos que pudimos controlar después de varios años de tratamiento. Nuestra estadística se compone de 15 operados, sin tomar en cuenta los enfermos de pensionado que suman varios casos. La edad mínima en que se ha intervenido ha sido de 5 años y la máxima de 12 años. Siempre hemos hecho previamente un tratamiento ortopédico que se ha prolongado de algunos meses a un año.

La curación por primera intención la obtuvimos en 11 casos, en los restantes hubo una supuración de la herida operatoria en tres enfermos y en otro evolucionó posteriormente un absceso frío que fué tratado con punciones y que curó en buenas condiciones. En ninguno de estos operados con supuración de su herida operatoria, se alteró el normal desarrollo del injerto.

En aquellas observaciones en que no hubo complicaciones, los pacientes fueron dados de alta más o menos a los cuatro meses después de su operación.

Paso en seguida a mostrar algunas radiografías del enfermo recién operado y después de algunos años de haber sido intervenido.

1.—J. G. 7 años.

Ingresa al Servicio en junio de 1940. Su afección había comenzado un año antes. Se opera en noviembre de 1941. Yeso posterior. Cura de clima en nuestro Sanatorio de cordillera. Alta en octubre de 1942. Control radiográfico a los dos años y seis meses. (Fig. 1).

2.—E. P. 10 años.

Ingresa al Servicio el 16 de octubre de 1941. Comienza su afección un año antes. Se opera un mes después de su ingreso. Aparato de yeso. Curación por primera intención. De alta sana en marzo de 1942. Control radiográfico a los dos años seis meses. (Fig. 2).

3.—I. R. 12 años.

Ingresa en setiembre de 1940. Hace datar sus molestias a la cadera desde 1939. Se opera en setiembre de 1940. En esta observación se produce una supuración de la herida operatoria. Se continúa tratamiento con yeso. Es en



FIG. 3.

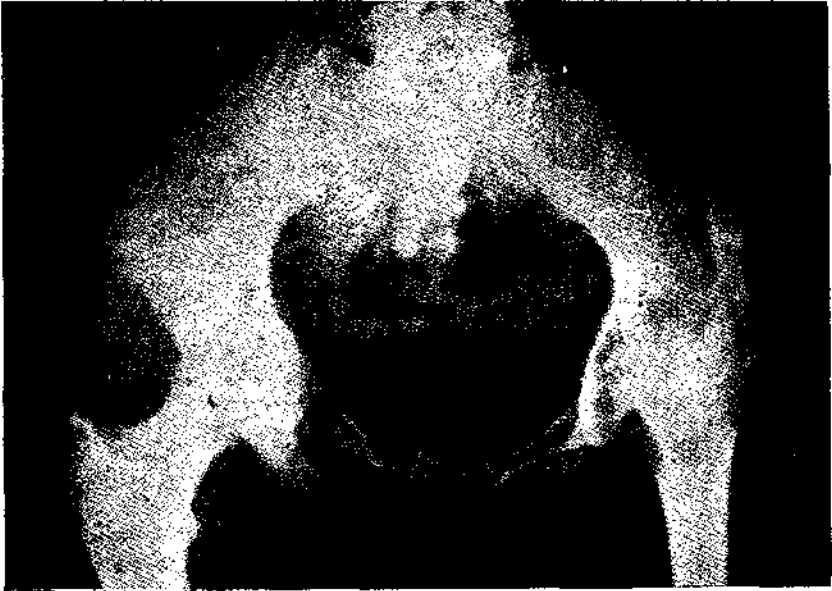


FIG. 4.

viada al Sanatorio. La supuración se mantiene hasta diciembre de 1943, en que se reopera y se hace un raspaje de los trayectos fistulosos. No se encuentra sequestro. A pesar de haberse eliminado trozos de injerto, éste se regenera y se mantiene en su sitio. Control a los tres años. (Fig. 3)

4.—C. D. 8 años.

Ingresó en enero de 1940. Inmediatamente de hecho sus exámenes de laboratorio se opera. En abril del mismo año aparece un absceso frío en el triángulo de Scarpa. Se trata con punciones. Alta sana el 1.º de julio de 1940. Control a los 4 años 3 meses. (Fig. 4).

En todos estos enfermos se usó el método de Albée.

Bibliografía.

- DLAHAYE. — Presentations des pieces anatomic d'arthrodese de la hanche pour coxalgie ancienne. Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chirurgie. 1930. 153.
- ALBEE — Cirugía de los injertos óseos. Calpe. Madrid, 1921. Resultats ejoignés d'arthrodese de hanche chez l'enfant.
- BERCK-SUR-MER. — Academie de Chirurgie. 1936.
- GALLO Y GERMAN L. FROELICH. — El Dia Médico. 1941. P. 345.
- L. OMBREDANNE et MATHIEU. — Traité de Chirurgie Orthopedique. Tomo IV, págs. 3508-3448.
- A. POLICARD. — Physiologie General des articulations a l'etat normal et pathologique.
- MAROTTOLE. — Patología quirúrgica de la cadera. 1932.
- JUAN GANDULFO. — Arthrodesis extra-articular de la cadera. Sesión de la Sociedad Chilena de Pediatría. 1931.
- ARESKY AMORIM (Rio de Janeiro). — Nouvelle technique d'arthrodese extra-articulaire de la hanche pour le traitement de la coxalgie. (Revista Brasileira de Tuberculose, an 8, N.º 58, Febrier 1939. pp. 211-238.
- DANILI PACINI. — Le devenir ejoigné des arthrodeses de la hanche coxalgique (evolution de l'implant, modifications focales. Archivio italiano di Chirurgia, vol. 49, fasc. 6. Ocrubre 1938.
- P. INGELRANS. — Arthrodesis de la hanche pour coxalgie en evolution. Resultat favorable de la greffe en foyer suppuré fermé. (Le Scalpel, an. 89, N.º 49, 5 dic. 1936.