

UN MEDICO BUENO, Y UN BUEN PROCEDER QUIRURGICO

**A la memoria del Dr. D. Alberto Palma Rodríguez, Médico
Exinterno del Servicio de Huesos y Articulaciones de la
Casa de Salud, Valdecilla, de Santander**

Por el Dr. Carlos Guijarro Verde,
también Médico Ex-Interno
del mencionado Servicio
Granada, Febrero de 1983

● **DEDICATORIA**

Fué una trágica noticia telefónica, de un familiar mio, amigo de la familia Palma de Jaén, la que no me dejó dormir aquella noche.

A pesar de la no lejanía, que separa a las dos Provincias Andaluzas de Jaén y Granada, donde cada uno residíamos, si es verdad que el mal trazado de la carretera que las une (como yo tantas veces le repetía al bueno de Alberto, cuando insistentemente me invitaba a que fuese a visitarle con mayor frecuencia) lo que no era obstáculo para que el, gran aficionado al automóvil, dejase de acudir puntualmente a los Festivales de Música de Granada en los veranos, ya que tanto Mica como él eran grandes melómanos, quiero decir que ignoraba que Alberto estuviese enfermo de cuidado, por ello la noticia de su fallecimiento fué para mí una auténtica sorpresa.

La última vez que estuvimos juntos, quiero recordar que fué hace unos dos años, en el último (posiblemente con el verdadero significado de la palabra). Congreso de Médicos Ex-internos de la Casa de Salud Valdecilla, por entonces ya desaparecida y reemplazada en su lugar, por el gran Centro Médico de la S.S. Marqués de Valdecilla, (un monolito, conmemora la antigua Casa) donde tantos compañeros aprendimos a convivir con el enfermo y aprendimos nuestras distintas especialidades.

Alberto era callado, prudente, honesto, cristiano y quizás algo introvertido; en aquellas comidas de confraternidad del mencionado Congreso, no aparentaba estar enfermo (seguramente ya lo estaba) apenas habló algo de discreto régimen alimentario, pero sin darle importancia, como el solía hacer las cosas, para no preocupar a Mica o a sus compañeros, sobre todo y en círculo ya más reducido de compañeros del Servicio, en el tradicional almuerzo que nuestro común Maestro el Dr. D. Luis de la Sierra Cano, nos ofrecía en su maravillosa finca de Solares (Santander).

Como no podía faltar fuimos en aquella ocasión, por la noche recuerdo, a los festivales de música en la Plaza Porticada santanderina, al igual que nos veíamos en los de Granada, como decía más arriba (coincidencia del destino, los dos primeros festivales y de más categoría de España, al menos por entonces), pero incluso quiero recordar que en este espacio de dos años desde el citado congreso, le envié a Jaén y a su Servicio de la Seguridad Social, algún enfermo conocido mío de Alcalá la Real (Jaén) con un problema laboral de muñeca, sí me extrañó, no traerme el paciente una nota de Alberto, solo informe verbal, seguramente él estaba entonces calladamente, pero con alegría, sometido a alguna de las numerosas intervenciones, que el también bueno y condiscípulo mío, su hermano Fermín, al que adoraba, tomaba y ponía constantemente de ejemplo de profesionalidad, le tenía que practicar, de ahí su silencio a mi nota.

Se amontonan uno tras otro los innumerables recuerdos, como digo antes; Fermín Palma, su hermano, fué compañero mío de carrera, aunque él con su prodigiosa inteligencia, nos adelantó de curso y nos desbordó, para llegar a donde ha llegado, pero Alberto no le conocí en la Facultad de Medicina de Granada (era menor que yo, 7 u 8 años y siempre en la Facultad suele uno fijarse en los mayores, no en los menores, es así como suele pasar, quizás por deseo de emulación al superior y no al inferior), al llegar él a Santander a ocupar su plaza de Médico Interno del Serv. de Huesos y Articulaciones, fue cuando le conocí, si bien en unas circunstancias un tanto anómalas, ya que la renovación de las plazas de Internos se hizo a la vez, de los dos últimos Internos y no de una sola, él ocupó la de 2º Interno de entrada (o sea Alberto no pasó por 3º Interno) como era habitual y Enrique Balén (de Badajoz) entró como era norma, de tercer interno ¡como la habrá sentido Enrique!.

Fueron dos años inolvidables de trabajo y estudio, posteriormente nos veíamos con motivo de los Congresos de Ex-internos, o de la Especialidad (SECOT) en distintas ciudades españolas, o, cuando venía por Granada, ya establecido en Jaén, con sus otros dos hermanos y su cuñado también médico y su Sr. Padre, verdadero "*Pater familie*" igualmente ilustre Cirujano de ilustre escuela granadina (lo mismo que el mío), recuerdo que en una ocasión yo recién establecido, vino conmigo a pasar visita a un operado mío "y en moto Vespa", que yo tenía por entonces, al Sanatorio de La Salud, que era propiedad del maestro de nuestros Padres el Dr. Don Victor Escribano, ilustre Cirujano granadino (Catedrático).

Otra vez recuerdo vino para conocer la piscina de agua caliente, que yo había montado en mi Centro de Rehabilitación, pues tenían intención de montar algo semejante en su famosa Clínica La Inmaculada de Jaén. Como era bueno, vino, quiero recordar, hace la friolera de 25 años con nuestro Jefe el Dr. Sierra Cano, para darme la buena noticia ambos, de que entraríamos en el escalafón de la S.S., al ampliarse esta mejora Social a los trabajadores Agrícolas y sus familias, como así ocurrió efectivamente; todos son recuerdos algunos mas tristes, me refiero cuando quiso que su hija fuese vista en Granada por nuestro común compañero de la Casa S. Valdecilla, el ilustre Neurocirujano entonces en Granada y hoy en Madrid el Dr. Lamas Crego. El hombre bueno, el médico estaba afectado profundamente por aquella hija, pero yo creo que lo encajó y cuando Mica su mujer me relataba todo el proceso de la enfermedad traidora de Alberto y la forma de llevarla, me quedaba petrificado, aunque conociéndolo, no fué de extrañar su actitud ante esta terrible enfermedad y mas siendo Médico. Quiero acabar esta dedicatoria, porque su hermano Fermín, lo que me ha pedido es un trabajo Homenaje a él y no un relato de todas las peripecias de nuestra convivencia santanderina y aconteceres de nuestra profunda amistad y cariño, diré solamente algo que muchos ignoraban: Alberto cantaba estupendamente, con una gran voz y su canción preferida, en las cenas de despedida de los compañeros Internos que acababan su internado y que eran tradicionales y periódicas, por la lógica renovación de las plazas de Internado, era: PALMERO SUBE A LA PALMA, serán coincidencias, pero ALBERTO PALMA ya subió al Cielo, en lugar de a la Palma y en el Cielo nos espera para que hagamos juntos a él, una vez mas, el coro de Palmero sube a la Palma.

● **UN BUEN PROCEDER QUIRURGICO**

La oportunidad de haber revisado recientemente a una enferma de la S.S., en forma rutinaria cada año, y que había sido operada por mi, hará unos 10 u 11 años, coincidiendo con la muerte de Alberto Palma Rodríguez, y el haber sido aplicada a esta paciente, la Técnica Quirúrgica aprendida durante mi internado en el Servicio de Huesos y Articulaciones de la Casa de Salud Valdecilla, en Santander, del Dr. D. Luis de La Sierra Cano, en el que los dos fuimos compañeros de Internado y los buenos resultados obtenidos con este proceder en el presente caso y en otros muchos mas, en que fué utilizado y que cuenta con unos 72 años, desde su descubrimiento, me mueven a publicar el presente trabajo, en homenaje de mi compañero fallecido Alberto Palma.

Se trata de una paciente A.C.A. de 54 años de edad, en las fechas en que es vista por primera vez hace casi 11 años, natural de Güejar Sierra (Granada), casada y con 2 hijas sanas (una de ellas en la actualidad es Médico). Sus antecedentes familiares eran normales, aunque de edad de 15 años, sufre un proceso infeccioso febril pulmonar, que le retiene 6 meses en reposo en cama, con tratamiento a base de anti-tusígenos, calcio en vena y el citado reposo (era preantibiótica) quedando sin molestias, transcurrido 1 año del inicio de su enfermedad.

Al ser vista por mi, por vez primera, en Julio de 1972, refiere la paciente que 2 años y medio o tres atrás, comenzó con dolor de espalda lumbar, primero moderado al esfuerzo y que se le fué acentuando progresivamente, pero ya espontáneo, siendo tratada con antirreumáticos y algún antibiótico oral, de espectro reducido y con vitaminas del grupo B, le aparece fiebre moderada pero continua, anorexia y adelgazamiento y cuando le vemos nosotros, el dolor es continuo, fortísimo, hasta llegar a impedir conciliar el sueño, lacerante e irradiado en cinturón aumentándole incluso con la respiración normal, con la tos y los mínimos esfuerzos, o al menor movimiento y en la defecación.

Realizado el oportuno estudio radiográfico de su columna vertebral lumbar en dos proyec. (Figuras nº 1 y 2) y de Torax para Pulmón, así como las pruebas analíticas correspondientes, incluso la prueba cutánea TBC, que resultó fuertemente positiva, en el estudio radiográfico encontramos, una afectación de los cuerpos vertebrales L dos L tres en su porción anterior, así como afectación del espacio Intervertebral L dos L tres, sensiblemente disminuido, lo que unido a unas marca-

das lesiones residuales fibrosas, calcificadas, en el hilio pulmonar derecho, de posible origen específico, con baciloscopia negativa, (Secuelas de proceso pulmonar sufrido a los 15 años de edad, o sea 37 años atrás, según Informe del especialista de pulmon y corazón correspondiente) así como los resultados de su analítica con negatividad de de todas las aglutinaciones, un elevado índice de Katz de 100 con Leucocitosis de 12.000, anemia y eosinofilia, siendo normales sus P. de función hepática y los análisis de orina practicados, todo ello nos induce a pensar se trata de una espondilitis específica T b.c. de L-2 y L-3 (Mal de Pott Lumbar). Procedemos a establecer el oportuno *tratamiento de urgencia* para intentar enfriar lo agudo de sus lesiones, pero estimando que la paciente es tributaria, con indicación absoluta, una vez conseguido enfriar su proceso agudo y mejorado su estado general, sobre todo por la localización lumbar de su espondilitis, de una Artrodesis Vertebral Posterior tipo Albee o alguna de sus variantes, ya que en esta zona lumbar, los resultados suelen ser excelentes, mas que en la dorsal.

De esta forma procedemos a aplicarle un corsé ortopédico, escayolado dorso-lumbar, algodónado y bien moldeado, prescribiéndole el oportuno reposo total y absoluto en cama dura en su domicilio (laderas de Sierra Nevada) en habitación bien orientada al sur y bien ventilada, abundante alimentación, con antianoréxicos y tratamiento específico de antibióticos a base de 1 gramo diario de diestreptomicina. Hidrazida a razón de 7 mgrs. por kilo de peso corporal, también al día y repartida en tres tomas, procurando que la nocturna sea algo mayor que las dos diurnas, para mantener mejor el nivel hemático del citado quimioterapico y Rifocina por vía oral, a razón de 900 mgrs al día, también en tres tomas, así como protectores hepáticos y vitaminas del grupo B y C, algún antianémico, analgésicos, antiinflamatorios y decontracturantes.

Vuelve a los 14 días, el 28 de julio de 1972 a nuestra consulta de la S.S., empeorada, sobre todo por las molestias del corsé ortopédico de escayola, al haber empezado aumentar algo de peso, entonces decidimos su Hospitalización en la Residencia de la S.S. denominada antes Ruiz de Alda y hoy Virgen de las Nieves.

Inmediatamente le fué abierto en dos valvas su corsé ortopédico, dejándole aplicada solo la valva posterior (Lecho de Yeso) con lo que la enferma se encontró más cómodo, física y psíquicamente, la mantuvimos en reposo total y absoluto, vigilada diariamente por nosotros, cosa

Fig. 1: Radiografía preoperatoria, inmediata, en proyección anteroposterior de la enferma (de hace 10 años), en la que se aprecia: la disminución del espacio discal L dos L tres, la disminución de altura del cuerpo L tres, con reacción esclerótica y el agrafe indicador del Foco, a cuya altura deberá quedar el centro de los dos injertos óseos a utilizar. Ligera Escoliosis total lumbar, a una sola curva.

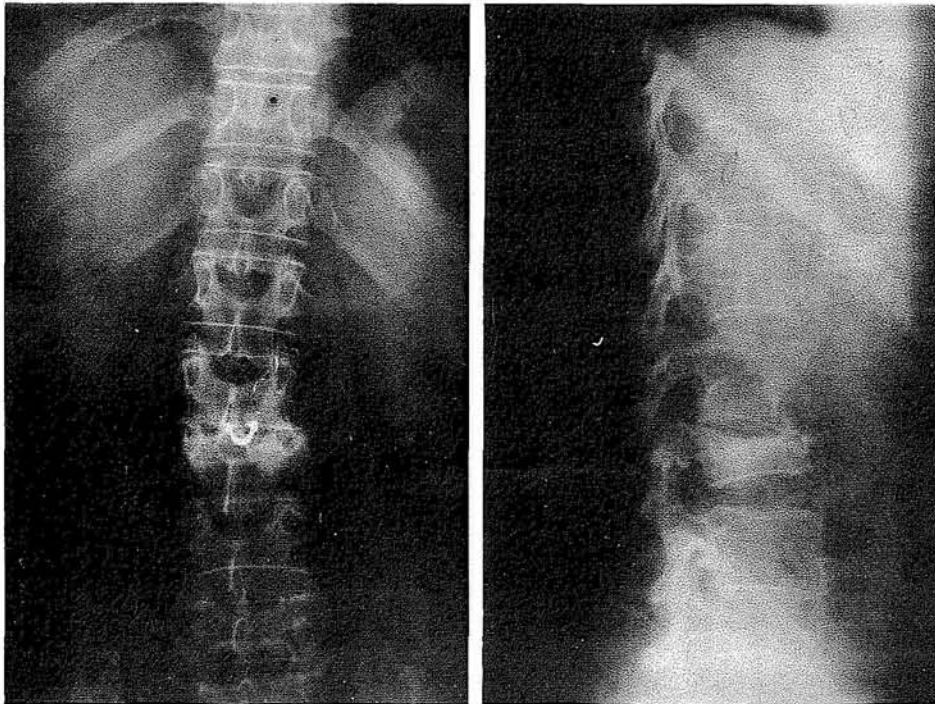


Fig. 2: Radiografía preoperatoria, inmediata, en proyección lateral, en la que se observa mejor que en la anterior: la pérdida del espacio discal intervertebral L dos L tres, así como la disminución en la altura del cuerpo vertebral de L tres. Pérdida de la Lordosis lumbar fisiológica. Erosión anterior en sacabocados cuerpo L dos (parte anterior).

Fig. 3: Proyección frontal, posoperatoria, inmediata, en la que se comprueba: la correcta posición de los dos injertos, y a su vez como descansan correctamente por arriba en L uno y por abajo en L cuatro (vértebras superior e inferior, respectivamente, a las dos afectadas). Corrección de la discreta Escoliosis Lumbar, que se aprecia en la Fig. 1.

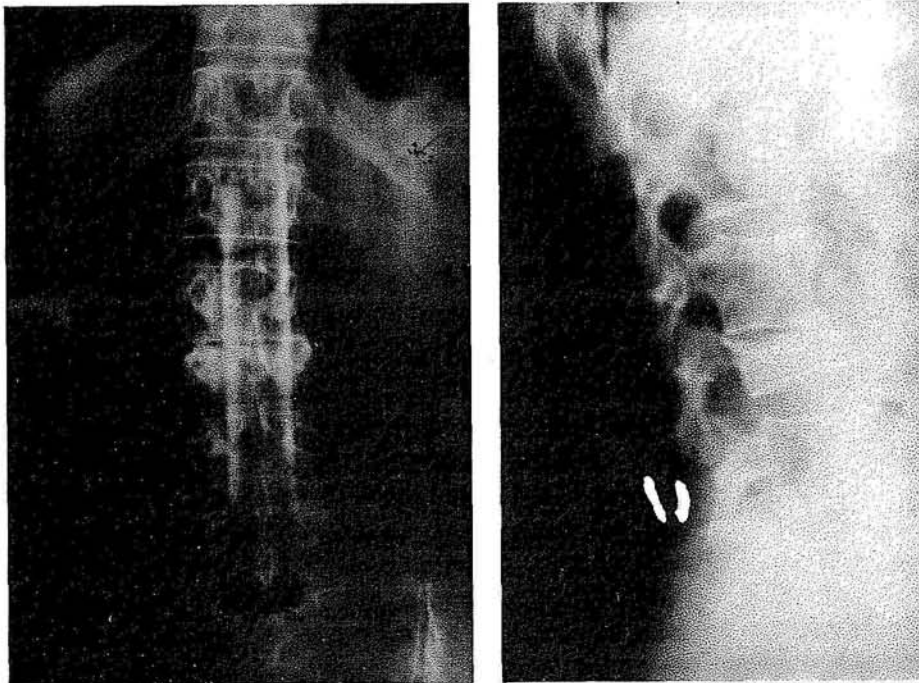


Fig. 4: Proyección lateral, posoperatoria, inmediata en que se observan: las mismas lesiones de figura n° 2, persiste la pérdida de la Lordosis fisiológica lumbar y se aprecia con dificultad el Polo inferior de uno de los injertos tibiales, detrás de L cuatro, no se aprecia el polo superior, por la mala calidad radiográfica del original.

esta bastante importante, pues habitualmente los enfermos no suelen cumplir en sus domicilios esta prescripción del reposo absoluto, que debe de serlo, aun para las necesidades fisiológicas, acostumbrándoles a que aprendan a realizarlas tendidas, ya que el reposo será prolongado y se le siguió administrando la misma medicación antibiótica y quimioterápica etc. antes citada, así se le mantuvo desde el 30 de julio de 1972 al 29 de noviembre del mismo año, es decir unos 4 meses.

De tal forma conseguimos que su estado general mejorase considerablemente, aliviándose así mismo de los enormes dolores que le impedían al principio hasta conciliar el sueño como decíamos, también conseguimos que su índice de Katz (dato este muy importante) bajase a una cifra razonable de 30 unidades; casi al final de estos 4 meses se le retiró el lecho de escayola (Valva posterior de citado corsé ortopédico) y se le colocó en Decubito Prono, posición esta que debería mantener en todo el periodo Posoperatorio y en estas condiciones se procedió a practicarle la intervención quirúrgica motivo de este trabajo.

Pero antes de entrar en la descripción de la técnica quirúrgica utilizada en este caso, debemos decir unas palabras sobre los enormes avances que han supuesto para esta y otras muchas enfermedades infecciosas, el descubrimiento de los modernos antibióticos y quimioterápicos e incluso anestésicos. Me es grato recordad aquí, como recién llegado casi, a ocupar mi plaza de Médico Interno del Servicio de Huesos y Articulaciones de la Casa de Salud Valdecilla en Santander (precisamente por las mismas fechas de la hospitalización de la paciente para ser intervenida, pero 20 años atrás) y procedente de Italia del Instituto Ortopédico RIZOLI de Bolonia (Una de las Universidades más antiguas de Europa) y como Becario del Colegio Español de dicha ciudad, me encontré con la agradable sorpresa de tener que colaborar en recopilación de material Clínico del Servicio Santanderino citado y otros menesteres, precisos para la importante ponencia, que le había sido encomendada por la Secot Española, a mi Jefe el Dr. D. Luis de La Sierra Cano, en unión del Dr. D. Eloy Valdés Santurio, de Oviedo, pero también ex-interno de la casa.

Precisamente el tema de esta ponencia se relacionaba con el empleo de los modernos Antibióticos y Quimioterápicos en la Tuberculosis Osteo-Articular (10) habiendo sido presentada en el Congreso de la mencionada Sociedad celebrado en Barcelona por los años 1952 (fecha de mi ingreso en la misma Sociedad), pudiéndose decir que era la *primera publicación importante de nuestra patria que puso al día este*

problema y aquello a nosotros, aún jóvenes, nos iniciaba en el tema, pues fui destinado a mi llegada al mencionado Servicio de Huesos Santanderino, al Pabellón nº 8, que era para enfermos de Beneficencia Provincial en la Casa de Salud Valdecilla, allí con la dirección de mi Jefe el Dr. Sierra Cano y de mis compañeros de Servicio e internado los Drs. Prieto Sierra y Blanco Argüelles, así como de la Hermana del Pabellón, religiosa vicentina y granadina también, Sor Angeles (q.e.p.d.) y con ayuda también de la estupenda instructora del citado Pabellón (hoy arrasado y sustituido por el gigantesco edificio del Centro Médico Marqués de Valdecilla de la S.S.), en aquellas enormes terrazas, podían realizar los pacientes y en sus mismos lechos de reposo, verdaderos tratamientos de terapia helio-marina (11) tan importante para esta enfermedad.

Decía, que ello me permitía conseguir estos modernos conocimientos en la materia que tratamos, más aun, cuando los mismos no me habían sido fácil adquirirlos, tanto en el I.O. Rizzoli de Bolonia, de donde procedía, de inmediato, pues allí la T. b.c. osteoarticular, era tratada en una filial del Rizzoli, situada en el Clima Alpino de Cortina D'Ampezo y de igual forma sucedía en la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Granada del Prof. J. Sánchez Cozar (q.e.p.d.) por no disponer de los medios adecuados, en el viejo Hospital de San Juan de Dios, hoy afortunadamente remozado, de este centro procedía mas remotamente mi formación, que aquí pesadamente, pero de forma emocionada, recuerdo.

Esta importancia de la ponencia de que hablamos sobre Modernos Antibióticos y quimioterápicos, se comprueba aún más, leyendo el libro que obra en mi poder (verdadera joya, pertenecía a mi difunto padre, también Médico Cirujano, discípulo de la escuela del famoso Maestro granadino Dr. D. Victor Escribano, que ya citamos anteriormente). Se trata de "La Ortopedia Indispensable a los Médicos Practicos" de F. CALOT (3) Director, ya hará un siglo, del Hospital Ortopédico de BERCF en Calais (Francia), también Helio Marino y hasta hace poco dirigido por Dr. Cotrel, pero ya mas dedicado al tratamiento de la Escoliosis Vertebral, al haberse reducido considerablemente los casos de T. b.c. osteoarticular, precisamente por el empleo de estos modernos medicamentos de que se habla en la citada Ponencia, que permite incluso llegar al abordaje quirúrgico directo de los Focos tuberculosos y proceder a su extirpación, cuando ello esté indicado, como es natural, pues no olvidemos, que el sentar las indicaciones quirúrgicas, es quizá una de las partes más difíciles de la cirugía. Al leer el libro de Calot (traducido por Dr. Juaristi, Cirujano del Hospital de Irun y del Sanatorio MADRAZO) y comparar

con la ponencia de la que venimos hablando, al comparar decimos aquellos complicados y reglados enyesados y "basta", con la utilización de estos modernos medicamentos vemos pues todo un cambio en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa. Posterior a la citada ponencia, en 1957 aparece "La Tuberculosis del Esqueleto" del Dr. D. Vicente Sanchis Olmos (9) (q.e.d.), cuya lectura recomendamos, a los interesados en la materia del presente trabajo.

Y así entramos en la *descripción del Buen Proceder Quirúrgico*, que citamos en la cabecera de esta pequeña aportación en Homenaje al Dr. D. Alberto Palma Rodríguez. Su técnica detallada se puede encontrar en cualquier buen tratado de Cirugía Ortopédica, como en el CAMPBELL, (4) tomo II, o en el D. Manuel Bastos Ansart (1) ambos ya fallecidos. Yo que había leído, con verdadero interés, las publicaciones de Dr. Bastos durante mi estancia en Italia, tuve la oportunidad de escucharle en Santander y en una maravillosa conferencia que pronunció en el Instituto Provincial de Higiene de dicha ciudad, quiero recordar que sobre su experiencia en amputaciones, y aunque este no sea el tema del trabajo, si le recuerdo haberle oído decir aquello "*que lo mejor es enemigo de lo bueno*", no recuerdo a cuento de que, pero si sé, que me dejó huella, y una de las veces que lo recordé fue al sentar la indicación Quirúrgica del presente caso, pues si se nos podía achacar, el no haber aplicado en él, El abordaje directo del foco lumbar por vía anterior, pero como los resultados obtenidos en otros pacientes por mí intervenidos de igual localización vertebral lumbar, eran excelentes opté por utilizar la Técnica de HENLE, modificación de la clásica Albee - Hibbs.

Una vez anestesiada e intubada la enferma en decúbito supino, fué colocada en la mesa operatoria en decubito prono, colocándole un cojín duro bajo el vientre, intentando corregir algo la Lordosis Lumbar fisiológica y tener en esta posición más a nuestro alcance, el campo operatorio espinoso vertebral posterior. Es importantísimo y aunque parezca un detalle pequeño (la vida está llena de pequeños detalles, que suelen producir luego grandes efectos) marcar con un agrafe cutáneo, el centro exacto de las dos vertebrales afectadas y practicar el oportuno examen radiográfico anteroposterior (Fig. 1º) y una pequeña erosión cutánea, practicada con el bisturí, a unos dos centímetros por fuera del mismo, que fue colocado central sobre el resalte de las apofisis espinosas de la vertebrales afectadas, ello permitirá luego en el transcurso del acto operatorio en sí, colocar correctamente los dos injertos autólogos para espinosos, de forma tal, que se apoyen por arriba de la señal citada en el cuerpo vertebral de la vertebra sana inmedia-

tamente superior a las lesionadas en este caso en L uno y por abajo de la señal (Lesión) en el cuerpo vertebral inferior sano a los de la lesión, en este caso L cuatro.

Pero antes de seguir adelante con la descripción de la técnica quirúrgica en esta enferma por nosotros utilizada y que concretando, como dijimos en el método de Henle, modificación del de Albee-Hibbs, haremos un pequeño resumen histórico de la Artrodesis posterior de columna desde que en el año 1981 **Hadra y Calot** en 1897, por tanto 6 años más tarde (este último por mi ya citado anteriormente, al haber podido consultar la auténtica reliquia de su publicación) hablasen de artrodesis, el 1º en caso de fracturas luxaciones vertebrales, que no hacen al caso, y el 2º ya propiamente en casos de tuberculosis vertebral. Fué **F. Lange** de Alemania el que en 1910 colocaba dos varillas de estaño a cada lado de las apofisis espinosas vertebrales; recuerdo aquí que casualmente, el autor de este pobre artículo (más bien relato de recuerdos, pues la ocasión de este homenaje me da pie a ello) tuvo, la oportunidad de ayudar de campo, al Prof. **Max Lange**, pariente del arriba citado con motivo del Congreso de la Secot, celebrado por los años 50 en Santander y en la Casa de Salud Valdecilla, donde acudió como Prof. invitado junto a los también Profesores Hofmann, también de Alemania (cuyos textos todos poseemos) y Merle Däubigne (francés), casualmente fueron estas jornadas de la Secot Santanderinas, las primeras en las que acudían a nuestra nación, personalidades de esta categoría, tras el aislamiento impuesto a España, después de la guerra civil del 36 y ¿porqué no?, quizás también precursoras de las famosas Jornadas Traumatológicas organizadas, pero ya periódicamente en la paz por nuestro buen amigo y mejor traumatólogo el Dr. Palacios Carvajal de Madrid, ya cuando España iba "viento en popa y a toda vela" bastante más tarde.

Pues bien y siguiendo el tema histórico de las artrodesis vertebrales, que habíamos iniciado y dejando a un lado recuerdos y añoranzas, diremos que fue en 1911 cuando **Albee e Hibbs** dictan los principios de esta artrodesis vertebral posterior, de ahí que incluso indiscriminadamente en muchas clínicas, al hablar de estas artrodesis, se les denomine genéricamente por un Albee, cuando el método de este autor tiene numerosas variantes, que toman el nombre de su autor, es así como surge **la de Henle** que utilizamos nosotros en este caso.

Una vez aseptizado convenientemente y delimitado el campo operatorio vertebral, son también preparados los dos campos operatorios de ambas piernas, de donde serán extraídos los dos correspondientes

injertos óseos autólogos. La incisión de piel y tejido celular subcutáneo del campo vertebral, no deberá hacerse sobre la misma línea central de las apofisis espinosas vertebrales, para evitar el peligro de dehiscencia en la sutura final cutánea, por la prominencia de las mismas, bajo las partes blandas; partirá dos vertebras por encima de las dos lesionadas L dos y L tres en nuestro caso, en la línea media, o sea D doce y L uno y se dirige hacia afuera, en nuestro caso, hacia el lado derecho, apartándose 4 ó 5 centímetros de la línea media describiendo una suave curva de convexidad derecha, terminando por abajo de nuevo en la línea media de espinosas, dos vertebras inferiores a las lesionadas, en nuestro caso L cuatro y L cinco. Se vuelve a aislar el campo operatorio fijando compresas estériles con agrafes a los dos bordes cutáneos y subcutáneos seccionados. Posteriormente se practica incisión longitudinal media de la aponeurosis, a 1 o 2 centímetros hacia afuera, primero hacia la derecha de los vértices espinosos e igualmente se seccionan los planos musculares subyacentes en este lado derecho que van siendo rechazados hacia afuera de la línea media, mediante un escoplo algo curvo, de superficie cortante y delgada como bisturí, ancho de unos 2 centímetros y de mango algo grueso que se adapta perfectamente al puño del operador, así se van descubriendo apofisis espinosas y láminas vertebrales una a una, hasta dejar bien visibles sus respectivas corticales; como este tiempo operatorio sangra en abundancia, por la gran vascularización de estos músculos paravertebrales y la hemorragia es en sabana, sin grandes vasos susceptibles de pinzamiento y correspondiente ligadura (si aparecen, hay que realizarla, como en toda intervención) por ello la técnica de hemostasia utilizada es la de la comprensión, utilizando para ello compresas estériles impregnadas en suero fisiológico estéril, pero caliente que son introducidas (sin que quemen y escurriéndolas previamente) en los espacios que van apareciendo entre espinosas y láminas desnudas de un lado y el plano muscular seccionado de otro lado, cualquier instrumento romo, puede servir para atacarlas bien en estos espacios.

Una vez completada toda la sección del plano muscular aponeurótico paravertebral se deja taponado y cubierto con compresa estéril y se prosigue a realizar idéntica maniobra en el lado izquierdo paravertebral, procediendo con igual técnica de hemostasia por comprensión en dicho lado; la sección de la aponeurosis y músculos se habrá realizado como en el otro lado a 1 ó 2 centímetros a la izquierda de la línea media de apofisis espinosas.

Se vuelve entonces al lado derecho del campo vertebral, se retiran las compresas y se comprueba si es buena la hemostasia conseguida, que suele serlo, o en caso contrario se pueden coagular con bisturí eléctrico los puntos sangrantes, pues son difíciles de realizar allí sus ligaduras; se procede entonces con el escoplo anteriormente citado a reavivar las superficies corticales de las apofisis espinosas y de las láminas, hasta que el hueso esponjoso de ambas sea visible y sangrante, una vez terminada esta maniobra en el lado derecho se vuelve a taponar con compresas húmedas calientes estériles, atacadas con instrumento romo, se vuelve a aislar esta mitad del campo operatorio y nuevamente nos pasamos a la mitad izquierda donde realizamos exactamente las mismas maniobras anteriormente descritas, antes de taponar tomamos medidas con regla metálica estéril de la longitud y anchura de los dos Injertos óseos, que vamos a extraer seguidamente, uno de cada tibia (cara antero interna).

Se procede entonces a flexionar al máximo una de las rodillas de la enferma, que es mantenida en esta posición por un ayudante y aseptizada la pierna correspondiente, con el pie bien aislado, del campo operatorio, mediante paños y vendas estériles, se practica incisión arqueada de convexidad interna no de convexidad hacia la cresta tibial (para evitar dehiscencias posoperatorias) y larga al menos 4 centímetros mas de la longitud del injerto que precisamos obtener, de piel y tejido celular subcutáneo (escaso en esta zona) se secciona longitudinalmente el periostio en una longitud superior en dos o tres centímetros, a la del injerto a conseguir; dos cortes transversales de unos tres centímetros son dados en las extremidades, superior e inferior, de la incisión longitudinal perióstica, y con ayuda del escoplo anteriormente citado, va siendo desperiostizada la cara antero-interna de la tibia, procurando no romper el periostio, para facilitar luego su buena sutura, procurando que recubra toda la superficie desnuda. (Una vez extraído el injerto óseo). Se marca entonces en la cortical con ayuda de la regla metálica esteril, la longitud y la anchura del injerto a obtener, con pequeñas señales de escoplo y martillo y utilizando seguidamente la sierra eléctrica de Kirschner (doble) y que puede ser graduada, para conseguir la anchura deseada (otros autores lo extraen a base de escoplo y martillo) del injerto, en nuestro caso era de 2 centímetros y su longitud de 12 cent. Se procede a la extracción del mismo, teniendo la precaución de que un ayudante vaya vertiendo suero fisiológico estéril pero frío, con jeringa sobre la marcha de las hojas de la sierra, al actuar sobre la cortical tibial, y para evitar de esta forma el calentamiento de la estructura ósea producida por las revoluciones de la sierra eléctrica, evitando así el

consiguiente deterioro del hueso a extraer; Una vez extraído es depositado en un recipiente con suero templado estéril (con algo de antibiótico) se extrae entonces con cucharilla cortante la mayor cantidad posible de hueso esponjoso, sobre todo de la metafisis superior tibial (rica en él), rellenando seguidamente la cavidad medular tibial con hueso esponjoso conservado (comercializado) de Kiel que cortado en cubitos mediante cizallas es impactando después con pequeños golpes e instrumento romo, procurando no dejar solución de continuidad alguna sin este relleno. El hueso esponjoso extraído es también depositado en recipiente estéril con suero templado y algo de antibiótico, para su posterior utilización. Esta impactación del esponjoso conservado en la medular tibial favorece la hemostasia que suelo ser copiosa, ante nuestra agresión quirúrgica. Se sutura cuidadosamente el periostio con catgut fino, detalle bastante importante, para evitar posibles fracturas al reanudar la marcha de la paciente, sutura de subcutáneo, y de la piel con alambre de acero inoxidable, de forma continua y aguja recta, aplicando seguidamente un vendaje comprensivo y elástico de pie y pierna. Se procede de igual forma en la pierna del otro lado para obtener el otro injerto cortical y nueva cantidad de esponjoso. Si el equipo hubiese estado muy entrenado y hubiese sido más numeroso, se podía haber realizado esta toma de los dos injertos, simultáneamente al acto operatorio de la región vertebral, utilizando un equipo en cada zona incluso, con lo que se hubiese acortado considerablemente la duración total de la intervención, pero de otra parte vino bien porque la forma en este caso se hizo, en el transcurso de tiempo transcurrido en la toma de los dos injertos tibiales, al retirar las compresas del campo operatorio vertebral, una vez finalizado el acto de la toma de injertos, el campo operatorio vertebral se encontraba exangüe y en condiciones óptimas para poder proseguir la intervención, que fue lo que hicimos nosotros. Al sacar las compresas húmedas (tíbias, para no quemar los tejidos) de ambos espacios paraespinosos vertebrales, colocamos dos separadores automáticos, auto-fijables y articulados de garfios (6 ú 8) en cada rama, uno en la extremidad superior y otro en la inferior de la incisión o herida operatoria vertebral y al cerrar sus empuñaduras se abren y quedan fijadas, en la apertura necesaria; las ramas de sus garfios, articulándose después por sus mitades, para que las porciones que sobresalen del campo operativo, no estorben al plegarlos sobre la espalda de la enferma; de esta forma quedan perfectamente visibles ambos espacios espino laminares en ambos lados, al mantener rechazados hacia afuera, de la línea media espino, los planos musculos aponeuroticos vertebrales, donde fueron apoyados las cuatro ramas de garfios de

los dos separadores. Esta maniobra puede hacerse también para tener mejor campo al iniciar la desperiostización de láminas y espinosas. Colocamos entonces primero la esponjosa extraída de ambas tibias repartida entre ambos canales paravertebrales, junto a espinosas y sobre láminas, luego se procede a probar ambos injertos corticales para ver como se adaptaban a sus correspondientes lechos espino laminares y comprobado que lo hacían perfectamente, así como que apoyaban por arriba en la vértebra superior sana L uno y por abajo en la inferior sana L cuatro (para ello nos había servido la erosión cutánea que practicamos al principio de la intervención, como punto central de colocación del centro de los dos injertos), entonces son depositados definitivamente en sus lechos.

Queremos decir aquí unas palabras en lo referente a la no utilización en esta enferma, de los métodos de **Albee o Hibbs**, pero pensamos que si en ambas técnicas se realizan también una artrodesis vertebral posterior, con la técnica de Albee quitaríamos fuerza al arbotante posterior, si las apofisis espinosas son partidas longitudinalmente, en dos mitades iguales, si bien luego introduzcamos entre ambas mitades el oportuno injerto oseo tibial, que tendrá que prender y además tendrán que consolidar estas secciones de las apofisis espinosas hendidas en dos por su mitad; o bien consolidar los restos de las espinosas seccionadas en la otra técnica de Hibbs.

Y siguiendo con nuestro proceder de Henle ¿Como se mantienen los dos injertos tibiales en sus preparados lechos vertebrales? Pues con la cuidadosa sutura de los planos musculares y aponeuróticos, de cada lado con catgut fuerte del N° 4 a los segmentos aponeuróticos que dejamos insertados a cada lado de las espinosas y sobre esta sutura, se realiza otra mas, también de catgut grueso, del mismo calibre, pero de puntos a lo Lambert que hunde aún mas la sutura músculo aponeurótica primera, realizada, y por tanto hacen coaptar perfectamente los dos injertos tibiales a las espinosas y a las láminas.

Conviene aclarar que puede hacerse también la colocación de los dos separadores de garfios, automáticos en el campo vertebral antes de la desperiostización vertebral posterior y después de la sección muscular y aponeurotica, facilita no solo dicha maniobra por dar mejor visibilidad sino también la hemostasia al retener los planos musculares y aponeuróticos hacia afuera, taponando después para sacar los injertos tibiales abajo.

A este respecto de la coaptación de los dos injertos, algunos autores como, Merle d'Aubigné, Judet etc., la completan con grapas metálicas o perforando los injertos con alambre o catgut fuerte, que los sujetan luego a las apofisis espinosas, pero estimamos con el maestro Bastos, que no son necesarios estos materiales extraños sobreañadidos, así puede probarse en las figuras 3 y 4 correspondientes a radiografías anteroposterior y lateral de nuestra enferma, posoperatorias inmediatas, la buena posición de los dos injertos.

Una vez suturada la piel, con aguja recta (sutura continua) con alambre de acero inoxidable y convenientemente protegida la herida operatoria vertebral es cubierta con grueso apósito algodónado y aséptico y sujeto con esparadrapo, es trasladada a su lecho (no utilizamos ya el de escayola) en decubito prono, colocándole un saquito esterilizado y con peso de unos dos kilos, de arena o perdigones, sobre la zona operatoria vertebral que le mantuvimos todo el tiempo que permaneció en esta posición en el Sanatorio y que colabora a cerrar espacios tisulares y favorece la buena captación de los dos injertos.

Así la mantuvimos durante 3 meses, y queremos hacer una observación relacionada con la postura de decubito prono de la enferma en el largo posoperatorio a la que ya estaba habituada desde el preoperatorio, algunos autores la desaconsejan, pero tenemos la experiencia, que sobre todo las enfermas (mejor que los hombres) se adaptan muy bien a ella, sobre todo si tiene la precaución de que la cabeza esté en los pies de la cama y estos en la cabecera, para que la enferma pueda así mejor comunicarse y poniéndose además una pequeña almohada bajo el pecho, para facilitar la lectura o escritura.

El posoperatorio inmediato suele ser algo tempestuoso, pero por poco tiempo, incluso algunos pacientes tienen breve retención urinaria, por irritación medular o de la cola de caballo, lo más, los dos primeros días, tras la intervención, por lo que a veces es conveniente como medida profiláctica, aplicarle sonda permanente, durante los dos primeros días, solamente.

La medicación específica, siguió siendo la misma después de operada que antes de operarla y que ya queda citada anteriormente, también le fueron realizadas 3 transfusiones pequeñas de 300 cc. de sangre fresca repetidas cada 8 días y en el posoperatorio inmediato para aumento de su poder inmunitario y defensivo, que nos dió buen resultado en estos casos.

Fig. 5: Apenas se aprecian los lechos corticales en ambas tibias, de donde fueron extraídos sendos injertos, hará 10 años de la intervención (Proyección anteroposterior de ambas tibias).

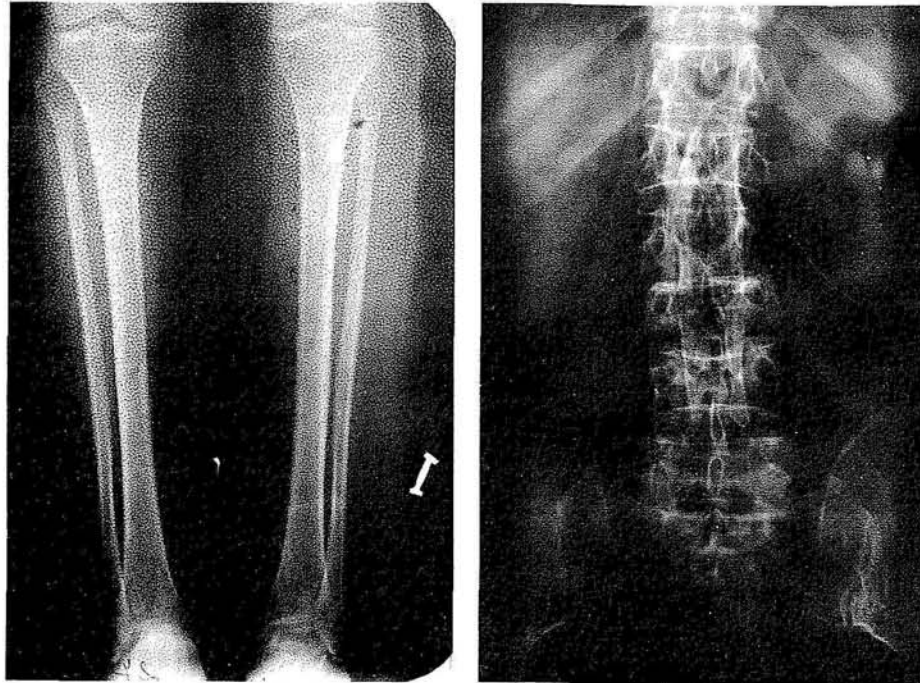
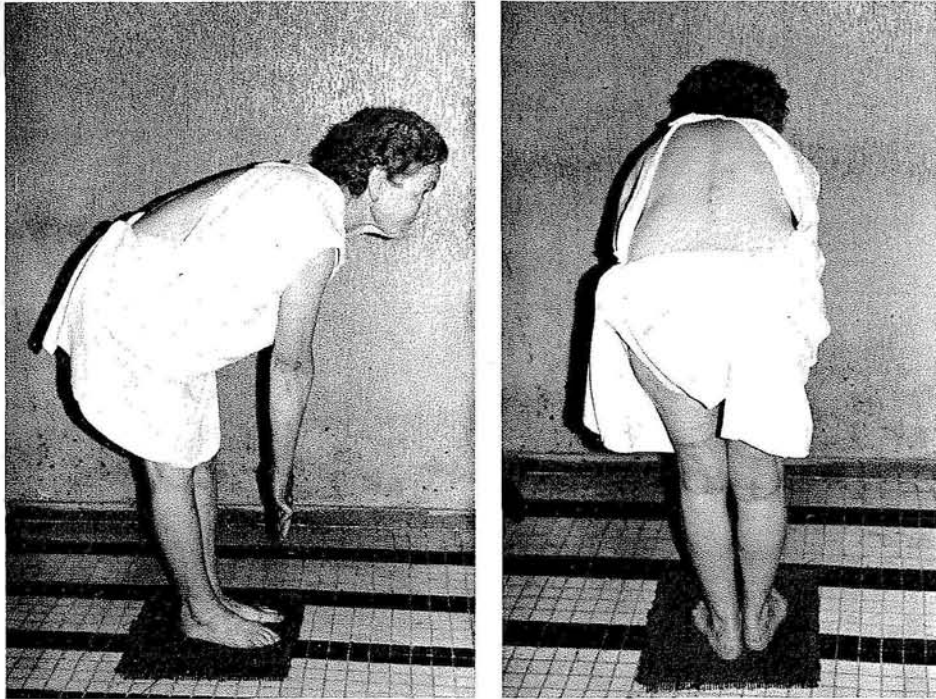


Fig. 6: Proyección radiográfica, anteroposterior a los diez años de la intervención (en la última revisión practicada a la paciente), aún se aprecian los dos injertos tibiales para-espinosos algo reabsorbidos, comparada con la Figura N° 3, pero formando parte de la trama ósea vertebral adyacente, como una parte mas de estas vértebras. No hay Escoliosis Lumbar.



Fig. 7: Proyección radiográfica lateral, en el momento de la última revisión (a los diez años de la intervención). Es muy demostrativa la soldadura de los cuerpos vertebrales L dos L tres, con desaparición de la geoda y lesión erosiva, en la parte anterior del cuerpo vertebral de L dos. Se observa con dificultad el polo inferior de los injertos tibiales (por mala calidad radiográfica, ligera esclerosis del plato superior del cuerpo de L tres, (ya existente).



Figs. 8, 9, 10, y 11: Movilidad de la enferma a los diez años de ser intervenida, por nosotros, con la Técnica de Henle por su espondilitis vertebral específica Lumbar T.b.c.



Una vez pasado el temporal posoperatorio, la enferma realiza diariamente ejercicios de rehabilitación en el propio lecho, comunes y corrientes en todos nuestros pacientes que deben permanecer por tiempo prolongado en el reposo, sobre todo de miembros superiores e inferiores (incluso con pesos progresivos), al principio asistidos y paulatinamente de forma libre y a continuación resistidos, así mismo deberá hacer frecuentemente varias veces al día ejercicios respiratorios a las que habrá sido enseñada antes de la intervención. Deben de serle vigiladas periódicamente sus pruebas analíticas, hemáticas y urinarias (por ejemplo cada mes).

A los tres meses, le fué aplicado un lumbostato de escayola (que llevaría durante 60 días) y antes de empezar a caminar se le provee de dos polainas de **Delbet**, una en cada pierna, ello protege ambas tibias de posibles fracturas, al reanudar la marcha, que deberá llevar por 60 días, también y que sustituirá entonces por un par de medias elásticas, por bajo de rodillas, por otros dos meses (desde el principio de la marcha utilizará soportes plantares rígidos, a medida y calzado correcto de suela rígida, para evitar aplanamientos de las bóvedas plantares, tras el largo período de reposo y por las posibles atrofiaciones de la musculatura de piernas y pies). Puede comprobarse en la Fig. 5, en las radiografías anteroposteriores, tomadas a la paciente en fecha de la última revisión, motivo de este trabajo, que apenas se aprecian ya los lechos en las corticales tibiales, de donde fueron extraídos ambos injertos y no hay señales de pasadas fracturas o microfracturas.

Una vez en su domicilio, se le aconseja seguir con igual medicación específica, ya varias veces aquí citada, vuelve mensualmente a revisión sobre todo analítica y sintomática (lleva aplicado el corse escayolado) que se le sustituye a los tres meses por uno ya movable a la medida, de material plástico, también lumbostato abrochado a derecha, que le es muy cómodo y que retira solamente para su higiene personal, durante 1 año así como ese tiempo sigue con su medicación específica, entonces se le sustituye por un simple corse lumbostato de ballenas posteriores, siendo dada de alta por curación, al año y medio aproximadamente, de haber sido vista por vez primera por nosotros, aconsejándosele revisión anual; fué en la última cuando obtuvimos las radiografías correspondientes a las Figs. N° 6 y 7 donde puede comprobarse, la buena consolidación o curación de las lesiones espondilíticas de L dos L tres, y la fusión de estos dos cuerpos vertebrales, con desaparición del espacio intervertebral y del disco, así como la curación de las lesiones de la parte anterior de L dos, como pueden observarse aún los dos injertos en el

esqueleto de láminas vertebrales y aposis espinosas, en proyección lateral el injerto se aprecia con dificultad, por la mala calidad de la radiografía original. Finalmente en las figuras 8, 9, 10 y 11 se puede comprobar la buena movilidad de su columna lumbar, en el momento actual, tanto de flexión, extensión e inclinaciones laterales, derecha e izquierda.

Esta "casualidad" (que no debía de haberse producido) de coincidir la revisión anual, de este año de 1983, de la enferma, cuyo proceso aquí describimos, con el fallecimiento del bueno de Alberto Palma, hizo que el abajo firmante colaborase con este pobre trabajo "Un buen proceder quirúrgico" inmerecidamente, al lado de otras personalidades mucho más capacitadas que este Traumatólogo, fiel compañero de Alberto, al que perdimos para siempre.

RESUMEN

Aprovechando la revisión anual periódica, de una enferma por nosotros operada, hace 10 años, que sufría de Espondilitis Lumbar de L dos - L tres específica, T b.c.; con el fallecimiento de nuestro querido compañero el Dr. D. Alberto Palma Rodríguez, se expone la Técnica de "Un buen proceder quirúrgico" el **de HENLE** de Artrodesis Vertebral Posterior, utilizado por nosotros en este caso.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS ANSART, M.: *Tratado de Operatorio Ortopédica y Traumatológica*, 1.957.
2. CALDERON MIGUEL, C.: *Aportaciones sobre el tratamiento de las Osteitis Tuberculosas* *Cirg. Apart/Locm.* 235-1.954.
3. CALOT, F.: *La Ortopedia indispensable a los médicos prácticos*, 1.897, 4ª edición.
4. CAMMPBELL.: *Tratado de Cirugia Ortopédica*, 2º Tomo, 5ª edición, 1975.
5. DELITALA F. y De GENNARO R.: *Tratato di Técnica Ortopédica e Traumatologica*, 1950.
6. ENCICLOPEDIA MEDICO QUIRURGICA.: *Técnicas Quirúrgicas*.
7. LOPEZ FERNANDEZ, A.: *Tratamiento Quimioterápico de la T.B.C. Osteoarticular*, *Cirg. Ap. Art. Locm.* 9 - 480 - 1952.
8. ORNILLA E. y OTROS.: *Tratamiento Local de la T. b.c. Osteoarticular*, *Cirg. Apart. Locm.* 9 - 495 - 1952.
9. SANCHIS OLMOS, V.: *La Tuberculosis del Esqueleto*, 1957.
10. La Estreptomicina y otros agentes antibióticos y quimioterápicos en el tratamiento de la T.B.C. Osteoarticular. *Cirug. Apart. Locm*, 9, 297-1952.
11. SIERRA FORNIES.: *La experiencia del Autor dirigiendo un Sanatorio Marítimo*. *Cirug. Apart. Locm.* 8 - 131 - 1951.