

SERVICIO DE HUESOS Y ARTICULACIONES
JEFE: DR. SIERRA CANO

RECUPERACION ORTOPEDICA DE UNA PARAPLEJIA ESPASTICA

ALBERTO PALMA RODRIGUEZ
Interno del Servicio

Se presenta un caso de recuperación ortopédica de una paraplejia espástica por compresión medular debida a una paquimeningitis tuberculosa.

La historia es la que sigue:

Enferma de 15 años, de Laredo, sin antecedentes familiares de interés en los antecedentes personales, pleuresía hace un año.

Enfermedad actual: En el mes de febrero del 51, después de una gripe, tuvo dolores abdominales en cinturón, que fueron tratados con reposo y calcio por su médico de cabecera. Desde entonces comenzó a notar dificultad para mover las piernas, con pérdida de fuerzas y hormigueos, no sintiéndolas cuando se las tocaba. Tenía fiebre elevada de 39 y pérdida involuntaria de orina. Fué tratada con penicilina. Dicen que tuvo entonces rigidez de nuca.

A la *exploración*, en aparato locomotor se encuentra la columna vertebral en su eje. Leve dolor a la percusión y presión en región dorsal media. Los movimientos pasivos del ráquis no son dolorosos y estan libres.

Sistema nervioso: Pares craneales normales. Exploración neurológica en miembros superiores normal. En miembros inferiores, motilidad activa, tono y fuerza limitados, siendo imposible tanto la estancia erecta como la marcha. Las sensibilidades táctil, térmica y dolorosa estan disminuidas por debajo del ombligo. Durante la exploración parestesias en forma de hormigueos. Reflejos cutáneos abdominales superior, medio e inferior, abolidos. Reflejos rotulianos abolidos. Aquileo con clónus en lado izquierdo. BABINSKI bilateral.

Incoordinación motora de miembros inferiores, con temblor. Incontinencia de orina y no de heces.

Trastornos tróficos: Amiotrofia, mal estado de piel y aumento de sudoración en miembros inferiores. Deformidad en genu valgum bilateral. Pies equinos bilateral. Presenta una escara central en región sacra y dos laterales ilíacas.

Datos complementarios.—En el servicio de Neurología se practicó mielografía con lipiodol, que se detiene a nivel de la 8 vértebra dorsal, presentando discretas lesiones de aracnoiditis.

El análisis de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar demuestra hiperalbuminosis de 1,20 gr. por mil y escasa pleocitosis.

Las reacciones de las globulinas son positivas.

En el hemograma se encuentra:

hematíes 4.310.000.

leucocitos 8.000, con fórmula leucocitaria normal.

La velocidad de sedimentación globular es de 38 mm. en la primera hora y 63 en la segunda. WASSERMANN negativo. Glucosa y urea en sangre normales. Informe cardiopulmonar negativo.

Con todo este cuadro ingresa la enferma en este Servicio, comenzándose a hacer un tratamiento combinado de penicilina, tebeuno y estreptomina, y cura local de escaras con pentacilina, colocando a la enferma en decubito prono, evitando la compresión sobre escaras para facilitar su curación.

A los 4 meses le aparece una gran espasticidad, que junto con la historia y la evolución de la enferma, así como la existencia de una disociación albuminocitológica, se interpreta como una compresión medular debida a una paquimeningitis, diagnóstico que más tarde confirmó el laboratorio. En vista de lo cual, se decide hacer una laminectomía descompresiva extirpándose láminas y apófisis espinosas de la 7 y 8 vértebras dorsales. En la intervención se encuentra una duramadre que no late, de un color grisáceo negruzco, dura e infiltrada. Se hace biopsia con resultado de lesiones tuberculosas típicas. Durante y después de la intervención se practican transfusiones sanguíneas repetidas.

Continúa con tratamiento específico de estreptomina, PAS y TB1 (el caso es anterior a la época de la hidrazida).

Se comienza a tratar su espasticidad siguiendo el método de KENN con compresas calientes y masajes. Se pensó hacerle un tratamiento con curarina, pero la situación económica de la enferma no lo permitió. Más tarde se le dan varias sesiones de radioterapia en columna dorsal, mejorando mucho. Continúa después con gimnasia y balnearia, llegando a mover muy bien rodillas y con alguna dificultad pies.

En Julio del 52 empieza a sentarse en cama. La espasticidad ha desaparecido, quedándole como secuela de su paraplejía un pié equino bilateral y cavus en el izquierdo, por lo que un mes más tarde es preciso intervenir para corregir tales deformidades. La operación consistió en hacerle un alargamiento en Z de ambos tendones de AQUILES

y una fasciotomía plantar a cielo abierto en lado izquierdo, colocando botines de escayola en ambas piernas. A las tres semanas del alargamiento y tras de quitar escayolas, reanuda la gimnasia de pie y pierna colocándole unas férulas posteriores de yeso para dormir.

Para corregir el ligero valgo de ambos pies se le colocan plantillas ortopédicas, hechas en el Servicio, con contención externa de calcáneo. Posteriormente, empieza a andar en las paralelas de barra desplazables, colocadas éstas primero por debajo de axila, luego a nivel de codo y más tarde en muñeca. Todo esto sin abandonar el tratamiento de gimnasia y balneoterapia, que realiza con mucha constancia y mejorando notablemente. Esto le permite sustituir las barras desplazables por dos tripodes, después por tripode y bastón, luego ayudándose de un solo bastón y finalmente sin nada.

En la actualidad la enferma se vale por sí sola, teniendo buena movilidad de caderas, piernas y rodillas, tanto activa como pasiva.

Se le ha aconsejado continúe volviendo por la consulta periódicamente para su vigilancia.

Vemos, pues, como en la recuperación de estas parálisis se complementan la reeducación funcional con la intervención quirúrgica. En la reeducación hay que empezar con movimientos pasivos sencillos (que pueden ser ejecutados por el mismo enfermo, mediante sus miembros no afectados), luego con movimientos activos, primero con el enfermo acostado, más tarde levantado, iniciando la marcha con unas paralelas, después con tripodes, bastones y finalmente sin apoyo alguno. Es trabajo pesado, pero fundamental en estas parálisis espásticas, ya que el quirúrgico lo único que hace es preparar el terreno para una reeducación eficaz. Aparte de que el tratamiento quirúrgico puede en ocasiones fracasar como consecuencia de la mala condición trófica existente en estos enfermos.

Con el empleo de aparatos amovibles o vendajes enyesados repetidos, se consigue corregir lentamente las contracturas y retracciones musculares.

Es fundamental en los parapléjicos poner precozmente en pie a estos enfermos, así se curan prontamente los decúbitos y la vejiga dreña mejor a favor de la actitud erecta, adquiriendo un ritmo funcional que se aproxima al de la normalidad. La actitud en pie y la marcha precoz es todavía aquí con más motivo que en las parálisis poliomiélicas, el mejor modo de evitar las contracturas. Siendo estas contracturas el mayor enemigo de los parapléjicos, es necesario por tanto impedir a toda costa que se presenten. Para ello nos valemos de aparatos ortopédicos que nos sostienen rodilla y pie, permitiéndonos así que los pacientes se tengan en pie, aun en los casos más graves de paraplejias y en los de interrupción medular más alta compatible con la vida.

El tratamiento de reeducación funcional debe perseguir — en general — las siguientes finalidades:

- 1) Prevenir deformidades y corregirlas si existen.
- 2) Enseñar a deambular al enfermo.
- 3) Lograr que el enfermo se valga a sí mismo con los miembros o músculos no afectados.
- 4) Restituir hasta el máximo la función de los miembros afectados.

El programa de reeducación depende sobre todo del propio enfermo, el cual debe entender los ejercicios y su finalidad y aprender a practicarlos con objeto de obtener los mejores resultados. En todo caso deberá escogerse un método de tratamiento que a la larga reporte beneficios prácticos al enfermo.

RESUMEN

Se presenta un caso de recuperación ortopédica de una paraplejía espástica por compresión medular debida a una paquimeningitis tuberculosa.

Se expone la historia clínica de la enferma, que fué tratada de su compresión medular por una laminectomía descompresiva, seguida de reeducación funcional con resultados favorables.

Se termina haciendo un breve comentario sobre la rehabilitación en los parapléjicos y espásticos en general.