

ALARGAMIENTO DE TIBIA EN UN TIEMPO OPERATORIO

A. SANTOS PALAZZI

En 1939 practicamos por primera vez un alargamiento operatorio de extremidad inferior en una paciente afecta de poliomielitis. La técnica empleada fue la de Putti, que consistía en la osteotomía en "Z" de la diáfisis femoral y colocación de dos alambres de Kirschner, uno en extremidad inferior de fémur y el otro a través de trocánter. Una vez llevado el operado a su cama se practicaba una tracción continua durante unos 20 días, fecha en que se lograba la elongación deseada. Se reintervenía entonces practicando una osteosíntesis.

La técnica de Putti tenía el inconveniente de ser la tracción progresiva muy incómoda y a veces muy dolorosa para el operado, sin embargo, todas las técnicas de elongación que le han seguido no han hecho más que modificar el procedimiento, respetando el tratamiento en dos tiempos con todos sus inconvenientes.

Nosotros mismos hemos usado una técnica personal para las elongaciones del fémur, pero siempre en dos tiempos.

En diciembre de 1961, el doctor CAÑADELL dio a conocer en la Academia de Ciencias Médicas la técnica de LE COEUR, de elongación de tibia en un tiempo y por considerarla nosotros teóricamente superior a las demás la adoptamos y hoy queremos mostrarles sus ventajas y los resultados obtenidos.

Téngase en cuenta que la elongación de una extremidad es un problema que se plantea en múltiples afecciones, poliomielitis, aplasias congénitas, acortamientos por soldadura precoz de los cartílagos de la rodilla consecutiva a coxitis tuberculosa, etc. Y que en nuestras latitudes el acortamiento de la extremidad sana, dada la talla media, no es aceptada fácilmente por el paciente. Por ello es que consideramos un avance considerable en la técnica ortopédica el tratamiento de LE COEUR.

TÉCNICA OPERATORIA. — Bajo isquemia neumática practicamos una incisión en cara externa de rodilla que comienza unos 10 cm por detrás de la cabeza del peroné, sigue hacia abajo pasando exactamente por encima de la extremidad superior del peroné dirigiéndose entonces oblicuamente hacia línea media de la pierna y una vez llegada a la espina tibial la sigue hacia abajo en una longitud de unos 20 cm.

Procedemos entonces a individualizar el nervio ciático poplíteo externo que mantenemos separado con una cinta de goma pasada por debajo.

Procedemos entonces a la resección de la extremidad proximal del peroné en unos 7 cm.

Desinsertamos de la cara externa y superior de la tibia los músculos flexores dorsales del pie, con lo que tenemos una visión completa de los vasos y nervios del hueco poplíteo pudiendo así seccionar el ojal del sóleo.

Incisión longitudinal del periostio de la tibia en unos 12 cm y osteotomía en "Z" o en bisel de la misma de unos 7 cm superior a la elongación que nos proponemos obtener. Es preferible en los adultos no desperiostizar excesivamente. Nosotros osteotomizamos la tibia conservando el periostio adherido al hueso, seccionándolo al mismo tiempo que osteotomizamos, con lo que logramos que los dos fragmentos tibiales conserven su periostio.

Se colocan entonces unos clavos de Steiman a través de la tibia, por encima y por debajo de la osteotomía que se solidarizan mediante unos tensores (fig.).

Llegado este momento se retira la isquemia y se procede a la ligadura de los vasos que sangren que carecen de importancia y son fáciles de cohibir. Se flexiona al máximo la rodilla y se procede lentamente a la tracción hasta obtener la elongación deseada. Durante este tiempo se mantendrán los dos fragmentos tibiales adosados el uno al otro mediante unas pinzas del tipo de las del doctor HERNÁNDEZ ROSS (fig.) y se vigilará la tensión del paquete vásculo-nervioso en hueco poplíteo.

La elongación puede llegar a 4,5 cm con facilidad.

Lograda la elongación se solidarizan los fragmentos tibiales con dos o tres bulones y se cierra por planos.

En la piel, a nivel del tercio medio de la pierna se practicará una "Z" para evitar la tensión excesiva de la misma, y se inmovilizará mediante un vendaje compresivo reforzado con una venda de yeso manteniendo la rodilla en flexión máxima y el pie en equinismo.

A los 8 días se cambia el yeso iniciando la extensión de la rodilla que se repite cada 8 ó 10 días, sin forzar al paciente, dejando que él mismo vaya extendiendo paulatinamente. Al cuarto o quinto yeso ya se ha logrado la extensión completa.

Nosotros hemos practicado esta operación en 9 casos, la máxima elongación lograda fue de 5 cm y la mínima de 3 cm.

Dos veces en los cambios de yeso se produjeron ligeros trastornos de elongación nerviosa que cedieron al flexionar de nuevo el enfermo su rodilla en unos grados.

Hemos tenido una complicación séptica que nos obligó a la colocación de un fijador externo de Hofman, sin perder por ello la elongación lograda.

Las ventajas de esta técnica son manifiestas.

a) Un solo tiempo operatorio.

b) Un postoperatorio con muy ligeras molestias para el paciente.

c) No se producen desviaciones de fragmentos.

d) A los tres meses, se retiran los yesos y practican ejercicios de movilización de rodilla y tobillo.

El apoyo no se permite hasta el cuarto o quinto mes, según el aspecto radiográfico.

Por todo lo antedicho considero que hoy, el mejor procedimiento para elongar una tibia es el preconizado por el profesor LE COEUR, con las pequeñas modificaciones de técnica que nosotros empleamos, todas ellas secundarias (resección del peroné, conservación del periostio adherido a tibia y plastia cutánea en "Z") pero que facilitan la intervención.

FIBROMIOMA QUISTICO DEL RECTO

V. SALLERAS

Cuando hablamos de fibromioma del recto nos referimos en general a un tumor cuyo punto de partida radica en las fibras lisas de la pared rectal, leiomioma, en cuyo seno se entremezclan anárquicamente o formando tabiques, fibras del tejido conjuntivo.

Son tumores raros, casi excepcionales, cuya observación justifica por este solo hecho su publicación. Es difícil llegar a conocer el número exacto de los que han sido comunicados, pero, sin embargo, vamos a intentar recoger la mayor parte de casos que nos ha sido posible controlar en la literatura mundial.

En 1921, HUNT lleva a cabo una primera recopilación en la que quedan comprendidos:

- 1 de ASHTON, en 1865;
- 2 de TUTTLE;
- 1 de BALL;
- 1 de HILL;

16 de LYNCH entre 80 casos de mioma del tubo intestinal y a los que el autor añade 4 casos más.

En 1930, FRIED y STONE recogen un nuevo caso de SENN y otro personal; en 1933, HARTMANN y colaboradores revisan 37 casos de la literatura y añaden 1 propio y GOLDEN y STOUT, en 1941, aportan un nuevo caso.

En 1943, HELWIG encuentra un leiomioma sigmoideo, lo que eleva