

MIOPLASTIA DEL TRICEPS SURAL EN EL TRATAMIENTO DEL PIE EQUINO INGENITO

POR EL DR. PABLO MENDIZABAL

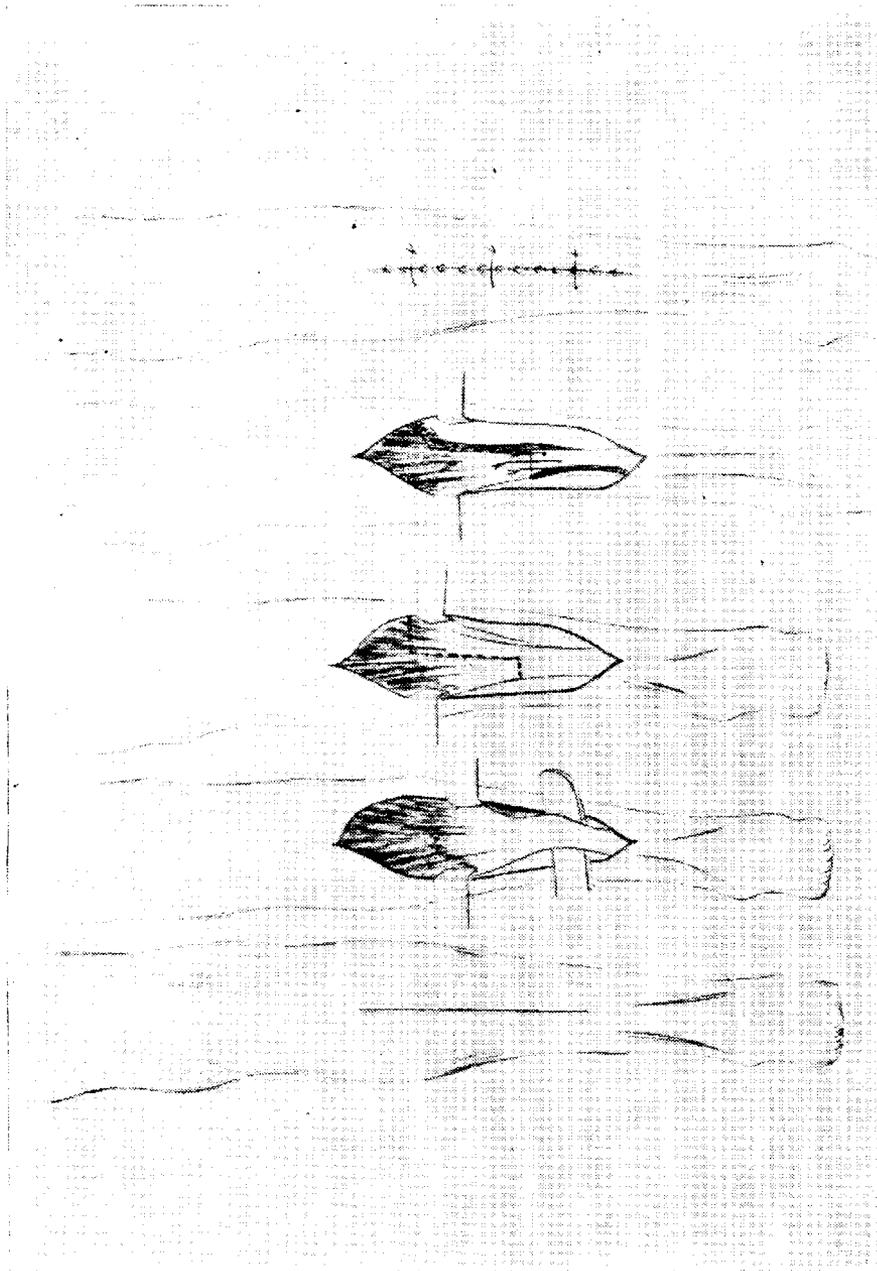
UNO de los defectos ingénitos de los pies, que suelen verse en las Clínicas Infantiles, es la intorsión simple, o más frecuentemente acompañada de hiperextensión permanente, consecuencia en parte, del mayor o menor grado de retracción y adaptación del triceps sural. Esta última modalidad puede presentarse sola, pero generalmente complica a la anterior. Para el tratamiento de ella se ponen en práctica variados procedimientos; desde simples manipulaciones y vendajes, hasta intervenciones quirúrgicas según el caso.

Concretándose a las modalidades que requieren una intervención operatoria, es de todo punto necesario obrar sobre el músculo que sostiene dicha actitud, alejándome de la tendencia de atacar el tendón de Aquiles, me permito sujetar a la consideración de esta docta Academia, el siguiente procedimiento, que tiene como fin —al igual de todos los ya descritos— el aumentar la longitud de dicho músculo.

La técnica es sencilla, constantemente segura, de rápida ejecución, y llena las condiciones que impone la cirugía fisiológica.

1º Expuesta la región posterior de la pierna, se practica una incisión longitudinal, de ocho a diez centímetros de largo (Fig. 1), comprendiendo el tercio medio y principio del inferior; esta incisión debe llegar hasta el músculo quedando descubierta la porción más alta del tendón de Aquiles.

2º -Se aísla éste en la porción expuesta y se pasa una tijera por debajo, deslizándola hacia arriba, para con esta maniobra separar el triceps de los músculos de la capa profunda; posteriormente se sustituye la tijera por el dedo índice de cualesquiera de las dos manos, el cual continúa el despegamiento cuidadoso ayudado de la tijera que corta los puntos que no ceden (Fig. 2).



3º—Se incide el músculo a la altura de las incisiones de los músculos gemelos al tendón conjunto, según la línea marcada en la (Fig. 3).

4º—El cabo A. se sutura al cabo B. según (Fig. 4).

5º—Se cierra la herida sin dejar espacio, (Fig. 5).

Por lo anterior se ve que no se corta el músculo en la zona de irrigación principal, y por ende queda debidamente nutrido; los gemelos reciben sus vasos de la arteria poplítea, por colaterales que nacen en su cara posterior, al nivel de la interlínea articular. El sóleo es ricamente vascularizado por múltiples colaterales del tronco tibioperoneo, del tibial posterior y de la arteria peronea.

La inervación es igualmente respetada, pues los músculos reciben sus nervios del ciático poplíteo interno a la altura del ángulo superior del hueso poplíteo. Por lo tanto la irrigación y la inervación proceden de fuentes muy elevadas, no cortándose así, canales sanguíneos de interés, ni troncos nerviosos que imposibiliten el paso de los impulsos generadores de la función muscular.

Por último es preferible cortar el músculo en su región carnosa. (1). porque la irrigación de los tendones es muy pobre, siendo ésta causa de su exigua resistencia a las infecciones, o de que la cicatrización de sus heridas sea muy lenta; (2), como están contenidos en vainas sinoviales, la infección de dichas vainas es fácil, lo que provoca frecuentemente adherencias, que impiden a su vez el libre deslizamiento del tendón.

Abril, de 1928.