

TRABAJOS DE INGRESO

Procedimiento Quirúrgico para obtener una Neartrosis del Codo

POR EL DR. JESUS ADALID Y CASTILLO

Una de las articulaciones que más expuestas están a los agentes exteriores: traumatismos e infecciones, etc., es, hoy día, la del codo, sobre todo en los niños y adultos.

El resultado de la infección, traumatismo, etc., es la perturbación más o menos completa de la función fisiológica y, por lo mismo, la abolición o limitación de sus movimientos normales; y, como consecuencia, un miembro superior de torpeza y rigidez variables, incapaz de llenar debidamente su cometido, sobre todo, cuando el brazo queda en extensión forzada sobre el antebrazo.

Todas las anquilosis, fibrosas u óseas, originan las consecuencias arriba apuntadas, resultando, por esto, un motivo de invalidez seria que preocupa hondamente al enfermo y a sus familiares.

La acción quirúrgica debe esforzarse, en devolver, en lo posible, la movilidad perdida.

Entre los métodos propuestos, no hago mención de los no quirúrgicos, que pueden restituir, en mayor o menor grado, los movimientos; siempre y cuando no se trate de una anquilosis ósea, en cuyo caso, sólo la cirugía podrá resolver el problema, de manera más o menos completa. Y de entre los métodos quirúrgicos, la resección del codo puede considerarse, hasta hoy, como la más efectiva.

La resección tiene por objeto crear una neartrosis, que supla a la articulación normal de tipo troclear, lo cual puede lograrse y, se logra de hecho,

con una resección bien hecha y con un método apropiado al caso por resolver.

La resección suprime una porción más o menos variable, según el caso, de las epifisis, de la humeral generalmente (hemiresección), o bien suprime las extremidades epifisarias de los tres huesos que forman la articulación.

En las luxaciones antiguas, irreductibles del codo, y más en tipo de luxación hacia atrás, el procedimiento quirúrgico que más resultado da, es la hemiresección o resección parcial, salvo en los casos, en los que, por el estado anatómico anormal de la articulación, sólo esté indicada la resección completa.

En toda resección, la cantidad o porción de hueso sacrificado, debe ser la mínima, principalmente en el niño, a fin de no entorpecer el crecimiento óseo por la pérdida de los centros de osificación, lo cual es de particular importancia, respecto de las epifisis de los huesos del antebrazo; por esto se aconseja no resecar más allá de la base del olécrano y de la cabeza del radio. En tratándose del húmero, la porción sacrificada puede ser mayor. Debe tenerse en cuenta además, que no se debe, al resecar, avanzar más allá de la inserción de los músculos que tienen por acción los movimientos del codo y, no se suprimirán, pues, el triceps y su expansión aponeurótica externa, sobre todo. El mismo cuidado debe tenerse en lo que respecta a las inserciones del braquial anterior y del biceps. Aun tratándose del adulto, no debe researse a más de dos centímetros de la línea inter-articular. Se evita, así, una gran separación de las superficies resultantes, y, por lo mismo, la amplitud exagerada de los movimientos de lateralidad (brazo pendular), que perturban mano y antebrazo restándoles precisión y energía.

Una resección bien hecha debe evitar esos inconvenientes, serios muchas veces, de modo tal, que la neartrosis resultante quede tan bien construída, que sólo un examen atento pueda descubrir la operación verificada, la cual no es reconocible ni aún por la forma del codo, que por lo demás, es, en grado imperceptible, la normal.

La supinación y la pronación se verifican, además, por la ayuda prestada por la articulación escapulohumeral que efectúa movimientos combinados de ascenso y abducción.

El procedimiento de elección se relacionará con el estado de la articulación (luxación irreductible, fractura, etc.) y con el instrumento: bisturi o legra.

Debo advertir, que en mi concepto, las resecciones hechas en una articulación cuya movilidad se desea restituir o conservar, deben hacerse con

bisturi y en caso contrario indiferentemente con uno u otro de esos instrumentos. La legra, aún manejada por manos hábiles y con mayor razón en las que no tienen amplia práctica para esta clase de operaciones, ocasiona, como consecuencia lejana, neoformaciones óseas más o menos exuberantes, que facilitan y producen a la larga, anquilosis óseas, o por lo menos, limitación aparente en los movimientos de la articulación. En efecto, se comprende, que, la legra al trabajar despegando el periostio, desinsertando los músculos de las tuberosidades etc., (particularmente en el codo, en donde las superficies por desnudar son amplias, y más o menos, regularmente curvilíneas), desprende porciones óseas, verdaderas laminillas de las epifisis; y que desgarrara, en diferente grado el periostio y la cápsula, tanto más, cuanto que, en ocasiones no se puede evitar, por la forma misma de las superficies, el escape de ella. Ahora bien, estas laminillas, juntamente con el periostio dan lugar, como dije, a producciones óseas, que estorban los movimientos obligando en ocasiones, a intervenciones correctivas secundarias, aún en casos en que manos hábiles hayan obrado.

No haré mención de todos los procedimientos ideados para llegar a la articulación, principalmente por lo que se refiere al trazo de la incisión, desde la época en que el terror de seccionar el nervio cubital, imperaba; terror, por lo demás, exagerado.

Entre los métodos más aceptados, estarían aquellos, en los que se hace una sola incisión media posterior, o dos, una a cada lado de la articulación. Cada uno de ellos tiene sus indicaciones especiales.

Paso a describir la técnica de un procedimiento que juzgo suficientemente útil, que resuelve todos los problemas de la articulación del codo y que encuentra su más oportuna indicación, en cualquier caso en que el codo se halle en flexión y, con mayor razón, en aquellos en que sea posible una movilidad más o menos aparente.

Este procedimiento que llevo a la práctica desde hace tiempo, con todo éxito, me es propio, pues no sé que ningún autor o publicación hayan descrito técnica semejante. Presenta grandes ventajas en su ejecución y en sus resultados inmediatos o lejanos. Es fácil, rápido, elegante y llena las indicaciones que tienen las resecciones del codo. Este procedimiento tiene la ventaja de no traumatizar los tejidos y deja intacta o casi intacta la cápsula, es de fácil ejecución y, por lo mismo, puede ejecutarse con rapidez, supuesto que todos los tiempos de que se compone, se facilitan y ayudan mutuamente, una vez verificados.

El enfermo debe estar acostado sobre el dorso, con el brazo levantado y en flexión forzada, si la movilidad del miembro lo permite. En caso contrario, en la posición en que se encuentre el codo. Un ayudante mantiene

el codo en la posición antes dicha, colocándose al lado del operador. Explórense el epicóndilo, el olécrano y la epitroclea.

PRIMER TIEMPO. — Incisión de las partes blandas. — Longitudinal de ocho a diez centímetros, pasando por la parte media del olécrano, a igual distancia del epicóndilo y de la epitroclea; hecha en un solo tiempo y dividiendo los tejidos hasta el hueso.

Si hay anquilosis en línea recta, naturalmente que la incisión se hará en esta posición. (Fig. 1.)



(FIGURA 1.)

SEGUNDO TIEMPO. — Aserramiento longitudinal del olécrano. — Usé se una sierra bien cortante. Estando el antebrazo en la misma posición anterior, es decir, en flexión forzada, asíérrase el olécrano longitudinalmente por su parte media, apoyando la sierra sobre su porción superior.

Resultan así, dos mitades. No importa que la sierra alcance la tróclea humeral, al terminar el corte del olécrano (Figura 2). Si el brazo está en anquilosis rectilínea, úsese para el corte del olécrano, una sierra de cresta de gallo, la cual facilita la maniobra.

TERCER TIEMPO. —Sección transversal del olécrano.—(Fig. 3).—Codo en flexión forzada. Úsese un cincel, de anchura de tres centímetros, bien afilado. Colóquese transversalmente sobre la superficie que resulta



(FIGURA 2.)



(FIGURA 3.)

de la acción longitudinal del olécrano, al nivel de un plano transversal que pase a la altura de la coronoides; y, a golpes de martillo, seccionese una mitad y después la otra.

CUARTO TIEMPO.—(Figs. 4 y 5).—Disección con el bísturi de los cóndilos humerales. —Colóquese el brazo, si es posible en extensión.

Un gancho separador toma y separa con tracción enérgica, uno u otro de los labios de la herida, tomando con él, todos los tejidos, juntamente con la mitad del olécrano seccionado, y que adhiere al lado por disecar, derecho o izquierdo.

Flexiónese nuevamente el codo y, estando el separador en la posición supradicha, el bisturí ejecuta movimientos de arcos de violín y despegará a ras del hueso todas las partes blandas que recubren a los cóndilos humerales; músculos epicondíleos y epitrocleanos etc. Este despegamiento debe proseguirse hasta librar la cara anterior de ambos cóndilos humerales.



(FIGURA 4.)



(FIGURA 5.)

QUINTO TIEMPO — Resección de las epifisis articulares del codo. — Hágase la enucleación de las mitades del olécrano, hasta aquí adherentes al labio correspondiente de la herida. Acentúese, aún más, la flexión del codo, a fin de hacer suficientemente salientes las epifisis y continúese la operación con el aserramiento de la epifisis humeral en el sitio clásico o en otro, a juicio del cirujano, tendiendo siempre a economizar la sección ósea a fin de evitar la obtención de exagerada movilidad (brazo pendular). Una compresa interpuesta entre las epifisis, sobre las partes blandas y sobre la cual un ayudante hace tracción hacia abajo, a fin de exponer suficientemente las extremidades óseas por aserrar, facilita notablemente, este último tiempo, de la operación. Asíérrase el radio y, si es necesario, aumentése aún más el aserramiento del cúbito.

Terminado este tiempo se ve: cavidad articular limpia, no traumatizada y la cápsula intacta o casi intacta, circunstancias todas que contribuyen de manera notable al buen éxito de la intervención y a la rapidez de la cicatrización.



(FIGURA 6.)

Puntos de sutura interrumpidos unen los dos labios capsulares así como las porciones tendinosas del triceps. Termínese por la sutura de la piel. Canalización con tubo o gasa en la parte media de la herida que llegue hasta el fondo de la cavidad. Termínese aplicando un apósito con el brazo en extensión procurando disminuir la separación de las superficies óseas aserradas y, por lo tanto, la cavidad resultante.

Movilícese precozmente el codo guardando los cuidados posteriores de rigor en estos casos.



Este procedimiento además de las ventajas ya enumeradas, evita la posibilidad de herir el nervio cubital, que estando a la vista puede ser respetado fácilmente.

México, julio 1º de 1927.

JESUS ADALID Y CASTILLO.

Por circunstancias imprevistas, no me fué posible presentar para su examen en esta noche, dos tipos de individuos a quienes se les practicó la intervención con el método a que acabo de hacer referencia, pero me reservo el honor de hacerlo en otra ocasión. Los dos fueron operados hace tiempo y en la actualidad puede comprobarse el resultado favorable de la operación, pues la función fisiológica de la articulación del codo es completa.

Réstame tan sólo, dar las más sinceras gracias por la atención inmerecida que se ha prestado a la lectura de este insignificante trabajo, que no merece la atención del honorable grupo de académicos que han tenido la bondad y paciencia de escucharme.