

Un Caso de Cirugía Conservadora

— — — — —
POR EL DR. JULIAN VILLARREAL

Severiano Lozada, de 16 años de edad, papelero, fué atropellado por un tranvía, pasándole la rueda delantera por la parte alta del miembro superior izquierdo, junto a la axila, separándolo del tronco; y en el supremo esfuerzo que hizo para salvar el resto del cuerpo, volteándose, fué cogido por la rueda trasera su pie derecho, seccionándose al nivel de la articulación tibio-tarsiana y llevándose, además, el tercio inferior del revestimiento cutáneo, tejido celular, vasos y nervios. El choque fué intenso y el paciente casi moribundo fué llevado al Hospital de la Cruz Roja por una ambulancia de dicha institución; allí fué atendido por el médico de guardia Dr. Aguilar Alvarez y el practicante Rodríguez Pérez que se limitaron a coger con pinzas los vasos principales machacados, tratar antisépticamente las heridas ampliamente abiertas, quitando con tijeras los tejidos contundidos y tratando por los medios habituales el choque traumático: calentamiento, inyecciones de suero fisiológico, aceite alcanforado, fricciones secas, etc., el que no se consiguió disipar sino después de varias horas de ímproba labor.

A las 24 horas del traumatismo y habiendo ya desaparecido el choque, aunque el pulso todavía estaba débil y bajo anestesia clorofórmica, se regularizó con la sierra el corte del húmero izquierdo, se hizo la ligadura de los vasos con catgut simple y un aseo minucioso de los desprendimientos cutáneos e intermusculares con tintura de yodo y con alcohol a 96°; se seccionaron con las tijeras y con el bisturí las porciones de músculos, aponeurosis y piel desprendidas o profundamente machacadas, dejando ampliamente abierta la herida y canalizando con gruesos tubos los desprendimientos y conejeras existentes entre los pectorales, la axila y los desprendimientos cutáneos que iban hasta la espina del omoplato y la fosa sub-espínosa; se volvió a tratar con tintura de

yodo y alcohol y después de haber secado se lavó con solución de permanganato al 1%, y luego con la misma solución al 1% oo; apósito con gasa yodoformada y algodón estéril, vendaje flojo.

La extremidad inferior de la pierna derecha, hecha la ligadura de los vasos, se trató con tintura de yodo, alcohol y permanganato, con el propósito de conservar esta fracción importante del miembro inferior derecho, a este pobre muchacho víctima de tan cruel desgracia.

No es hoy mi objeto el ocuparme de la lesión del hombro izquierdo y por lo tanto no hablaré de cómo se consiguió conservar hueso y piel para confeccionar en el porvenir un muñón que pueda manejar un brazo artificial; me voy a referir solamente al tratamiento que permitió preservar la pierna derecha de la amputación.

A las dos semanas del tratamiento, los músculos y las aponeurosis granulaban en toda la circunferencia del tercio inferior de la pierna derecha, falta solamente la cara interna de la tibia y maléolos tibial y peroneo desnudos de periosteo, teniendo un color negruseo y mientras esta superficie huesosa se eliminaba y se cubría de granulaciones carnosas, hice lo siguiente con el fin de ir preparando el futuro revestimiento cutáneo de la extremidad de la pierna mencionada.

El Practicante David Flores, encargado del enfermo y que con todo cuidado le ha atendido, describe así en el libro de operaciones, la que practiqué:

OPERACION:—“Se talló un colgajo sobre la cara interna, tercio medio de la pierna izquierda de las siguientes dimensiones: 16 cent. de largo por 8 cent. de ancho, quedando dicho colgajo con dos pedículos: uno superior y el otro inferior; se unieron luego los bordes de este puente cutáneo, con puntos separados a manera de formar un cilindro y con sus dos pedículos de nutrición.

Para cubrir la pérdida de sustancia, dejada al tallar el colgajo y en vista de que los bordes disecados por desprendimiento no alcanzaban a cubrirla, se hizo una resección parcial del escroto en el mismo enfermo; al colgajo del escroto se le practicaron varias incisiones, que al fijarlo quedaron en forma de ventanas romboidales asegurando la canalización, y se fijó por medio de puntos entrecortados en los bordes de la pérdida de sustancia de la pierna izquierda.

Se colocó apósito estéril humedecido en suero fisiológico caliente y se separó el injerto trasplantado del tubo cutáneo con tetla ahulada y el todo se cubrió con apósito y vendas estériles.

Por espacio de diez días se mantuvo húmedo el apósito cambián-

dolo diariamente y teniendo cuidado de no tocar el injerto, sino contentándose con quitar su secreción con suero fisiológico caliente. A los 15 días se obtuvo el prendimiento completo del injerto escrotal; en tanto que el injerto preparado había adquirido un desarrollo bastante marcado, pues había aumentado de grosor.

En esta fecha se cortó el puente eutáneo por su pedículo superior, se desdobló el cilindro por una incisión hecha sobre la cicatriz en toda su longitud, se quitó el tejido celular abundante que llenaba todo el cilindro y se colocó la extremidad inferior de la pierna derecha sobre el injerto, de manera que éste cubriera la cara inferior y la externa de la superficie por cubrir; fijando lo que fuera pedículo superior sobre los bordes de la cara externa con puntos separados, la pierna derecha se fijó a la izquierda con un cojín vendas y telas adhesivas, (véase la fotografía) procurando que no hubiera restiramiento en el pedículo inferior y que pudiera comprometer la circulación del colgajo. A los 8 días estaba completamente prendido el injerto y se seccionó el pedículo inferior, el cual fué reabatido sobre la cara externa de la pierna derecha.

Como este injerto no fuera suficiente para cubrir el muñón, algunas semanas después se intentó un injerto heterotópico, que con toda intención se había preparado al hacer la cura radical de una hernia umbilical en una señora; este injerto que también formaba una asa sobre el ombligo, fué separado totalmente de la enferma y colocado sobre las caras anterior y posterior del tercio inferior de la pierna que nos ocupa; el resultado obtenido fué muy mediocre pues sólo como medio centímetro se logró en la cara posterior; el resto todo se eliminó y la superficie quedó como antes de injertada. Aquí hay que hacer notar que a pesar de no haber prendido el injerto, sí hubo una reducción en el área de la pérdida de substancia bastante apreciable. El muñón quedó poco infectado y se sometió a un baño antiséptico fenicado al 1% por espacio de 12 horas; y como el enfermo no tenía sensibilidad en la parte injertada, se produjeron quemaduras de la parte superficial de dichos injertos, al parecer destruyéndose éstos en gran parte, pero no fué así y bien pronto la piel recobró su aspecto de vitalidad y suavidad anteriores, terminándose la cicatrización por un procedimiento muy usado en la Cruz Roja por el Maestro Villarreal y que consiste en imbricar telas adhesivas que estiran y aproximan los bordes de las heridas".

Las dos fotografías que presento dejan ver el muñón por sus caras lateral derecha y anterior; como puede verse el aspecto es semejan-

te al de una amputación de colgajo posterior o lateral interno; la superficie inferior es tersa, la piel bien acolchonada las eminencias de los maleolos que fueron conservados no se notan y la radiografía que acompaña deja ver los huesos, tibia y peroné, bien cubiertos por la piel tejidos celular y fibroso que representa el periostio; por lo demás, en el enfermo aquí presente, pueden observarse las particularidades referidas: 1^a—La del buen aspecto del muñón, la piel de revestimiento de la superficie inferior, indolente, con los caracteres de la piel del resto de la pierna, la cicatriz periférica no extensa ni adherente y como una cicatriz de un muñón en que la unión fuera por segunda intención. 2^a—La piel del escroto trasplantada, suave, medio rugosa, cubre la parte media e interna de la pierna izquierda; la cicatriz de unión con la piel de la pierna es poco visible. 3^a—El muñón al nivel del hombro izquierdo, en el que se conservó bastante piel, no habiéndose empleado un solo punto de sutura para la reconstrucción y reparación de la herida traumática infectada, consiguiéndose su aproximación con vendajes y tiras de leucoplasto; con una operación ulterior pienso librar la porción de húmero oculta en la cicatriz, seccionando los dos tercios inferiores de las inserciones del gran pectoral, del gran dorsal y gran redondo y cubrir el hueso con la piel, dejando un muñón útil para la prótesis del miembro.

Con respecto al comentario del Dr. Castro Villagrana le agradezco sus felicitaciones; esta idea de cirugía conservadora la sigo en el Hospital de la Cruz Roja desde hace muchos años y algunos jóvenes médicos han presentado sus tesis inspirados en mis procedimientos, sobre todo en cirugía del puño, antebrazo, pie, manos y dedos; y no solo médicos, sino practicantes, llenando las indicaciones y vigilados por médicos del servicio, llevan a cabo tratamientos dignos de encomio. Recuerdo el caso de un individuo que habiendo caído, le pasó la rueda de un tranvía por el puño de la mano derecha, amputándole la mano. El practicante Rodríguez Pérez, con las tijeras recortó los bordes de la piel machacada y desprendió los ligamentos dorsales que aun unían el semilunar y el piramidal al radio y al cúbito; las apofisis estiloides de estos huesos estaban también fracturadas; había también una fractura expuesta del tercio inferior del radio. Se hicieron curaciones antisépticas, como antes dije, y la aproximación con vendas y tiras de tela adhesiva de los bordes de la piel; dejaron un muñón como si la operación de amputación circular del puño la hubiera hecho un cirujano

y no un instrumento altamente séptico como es la rueda del tranvía. El enfermo a que me refiero fué curado de su lesión a las cinco semanas de su ingreso al Hospital.

Otro caso que dá idea de los procedimientos que se emplean en el Hospital de la Cruz Roja y de los resultados que se obtienen con elementos sencillos al alcance de todo el mundo: soluciones de permanganato de potasio concentradas y débiles, tintura de yodo al 8% y alcohol a 96%, aire y luz.

Un anciano de 70 años fué cogido por una máquina del Ferrocarril Mexicano y una rueda le pasó por la raíz del miembro superior izquierdo triturando la piel, músculos, vasos, nervios y hueso, quedando pendiente el miembro por sólo algunos colgajos de piel machacada; la hemorragia fué de consideración y el choque intenso. Con el tratamiento apropiado se le reanimó y bajo anestesia clorofórmica seccioné las piltrañas que aun unían el miembro al tronco; cogí con pinzas los vasos seccionados y retraídos y toqué con solución de permanganato al 5% la superficie cruenta, tomando los tejidos una coloración negruzca; se quitó el exceso de permanganato con solución del mismo al 1°/oo; se secó con una compresa y fué tocada la piel con tintura de yodo; procedí con el escalpelo a seccionar los tejidos pintados de negro, como si se tratara de un tumor, seccionando el húmero a tres centímetros del corte traumático, ligando la arteria y vena axilares, resecaando los nervios y tratando luego con alcohol yodado, dejé la herida ampliamente abierta poniendo tubos de hule gruesos en todas las partes donde había desprendimientos musculares y conejeras; rellené el resto con gasa yodoformada y cubrí con algodón absorbente estéril y vendas estériles. Las curaciones se cambiaban diariamente, los primeros días, para acrear la herida, tratándola con alcohol yodado o con simple solución de permanganato al 1°/oo. Sin aplicar un solo punto de sutura, aproximé con leucoplasto y se obtuvo la cicatrización como si se tratara de una amputación en raqueta alta, encima del borde inferior del tendón del gran pectoral; el enfermo salió a las cuatro semanas de haber entrado al Hospital. Y siguiendo este mismo orden de ideas, practico la cirugía conservadora en los traumatismos del pie, conservando va los huesos del tarso posterior si la piel de la planta es suficiente; el dorso, cubriéndolo con piel del escroto o de la pared del vientre; y si la piel plantada es insuficiente se conserva el calcáneo todo o en parte, desarticulándose el astrágalo con el escafoides y uniendo el calcáneo a la muesca tibiotarsiana, ya con un alayo de alambre, con una clavija de hueso de ternera, o simplemente con

sutura de las partes blandas o una tira de tela adhesiva, según se presente el caso. Actualmente trato a una enferma que fué atropellada por una máquina del F. C. Nacional en el empalme de Tacuba; llevaba en brazos a su hijita y no-notó la aproximación del tren; fué derribada y una rueda le cogió el pie derecho y parte inferior de la pierna destróndole los huesos del pie y la piel del tercio inferoanterior de la pierna con desprendimientos cutáneos extensos y machacamientos de los músculos peroneanos y fractura expuesta del peroné en el cuarto inferior. El choque traumático fué muy grave; toda la noche se estuvo trabajando por reanimar a la paciente; los médicos y practicantes se turnaban en la tarea humanitaria; a las 12 h. del día siguiente la enferma, profundamente anémica, pues la hemorragia fué considerable, mientras se le auxiliaba, tenía ya pulso y podía soportar la intervención. El pié machacado de color negrusco presentaba los huesos del tarso anterior, metatarso y dedos, completamente destruídos así como la planta del pie; las articulaciones medio-tarsiana y tibia-tarsiana ampliamente abiertas; como dije antes, faltaba la piel del tercio anterior e inferior de la pierna y había desprendimientos musculares y cutáneos; los músculos a descubierto; los vasos profundos parecían haber escapado del traumatismo. Parecía estar indicada la amputación alta; sin embargo, como la piel de la planta estaba indemne al nivel del talón, quise intentar un esfuerzo de conservación; acabé de desarticular la cara superior del astrágalo de la muesca tibia tarsiana, desprendí adentro, atrás y afuera hasta la parte media de la cara superior del calcáneo los tendones de los músculos profundos posteriores de la pierna; seccioné la piel de la planta al nivel de la articulación medio-tarsiana hasta el hueso, dividiendo los tendones de los músculos profundos de la pierna en la parte alta de la canaladura del calcáneo; seccioné con una sierra la parte anterior del calcáneo comenzando por la cara superior, atrás de la superficie articular, y dirigiendo el corte oblicuamente hacia adelante, como en el corte de Pirogoff, en la dirección de la sección plantar, separé el pie, pues los demás tejidos estaban ya divididos por el traumatismo; solo tuve que seccionar parte de los peroneanos al nivel de la fractura del peroné,

así como el extensor común de los dedos; el extensor propio y el tibial anterior fueron divididos al principiar la operación.

Este esquema de operación conservadora del que se han tomado tografías estereoscópicas y radiografías, no sé si se lograra. Tendré al tanto a esta H. Academia del resultado, porque no obstante los cuidados tomados y las curaciones diarias que el practicante Uribe lleva a cabo con todo interés científico y abnegación digna de encomio, la infección se estableció grave y persistente; pero para la fecha hace una semana que la enferma no tiene fiebre y come con apetito; yo creo que podré llevar adelante el programa: soldar el calcáneo a la muesca tibio tarsiana para que la pierna tenga un punto de apoyo y la piel que falta en el tercio antero-inferior y bilateral de la pierna la tomaré de la pared del vientre de la paciente o de alguna otra persona.

JULIAN VILLARREAL.