

Servicio de Cirugía del profesor Dr. Vicente Bertola. — Hospital San Roque

**UN CASO DE ANQUILOSIS COXO-FEMORAL VICIOSA TRATADO POR OSTEOTOMIA TIPO LORENZ CON OSTEOSIN-
TESIS A TORNILLO**

POR EL

Dr. Antonio Nores (h)

Médico agregado del Servicio

La poca frecuencia con que se presentan en la práctica quirúrgica las anquilosis coxo-femorales en posición viciosa se debe, entre nosotros, a dos motivos: 1°. a que en los enfermos afectados por procesos articulares agudos de la cadera, con tendencia a comprometer el funcionamiento de la articulación, tienen, en el procedimiento de la tracción continua el tratamiento ideal, felizmente hoy tan generalizados; y 2°. a que en los procesos crónicos coxo-femorales el tratamiento médico u ortopédico tiende, justamente, a buscar la anquilosis en buena posición para librar al enfermo de intervenciones correctoras.

Sin embargo, no siempre se obtienen con estos tratamientos preventivos, los éxitos deseados, sea porque los enfermos perdieron mucho tiempo y nos llegan tarde, sea porque el mal estado general no hace tolerable el tratamiento conveniente.

La rareza con que, en la práctica, debemos recurrir a intervenciones de esta naturaleza, y el éxito obtenido, me mueven a publicar el caso siguiente:

Nombre: R. L. Soltero, 26 años.

Profesión: Boxeador.

Antec. de familia: Nada de particular.

Antec. P. próximos: Idem.

Antec. P. remotos: Blenorragia de evolución crónica, mal tratada.

Estado actual: El enfermo ingresa al servicio con un proceso infeccioso febril de 4 días de evolución, con escalofríos una o dos veces diarias, en su iniciación.

Reacción de Vidal: Negativa.

Hemocultura: Negativa.

Fórmula sanguínea: Con una leucocitosis de 12.000 y neutrofilia acentuada.

Análisis de orina: ligeros vestigios de albúmina.

Aparato circulatorio y respiratorio: Nada de importancia.

Aparato digestivo: Idem.

Se inicia un tratamiento antiinfeccioso no específico. Las reacciones de Wasserman y Müller-Openheim fueron positivas.

A los diez días de internado aparece un proceso infeccioso monoarticular de la articulación coxo-femoral izquierda, con dolores intensísimos irradiados en el trayecto del ciático del mismo lado. El muslo, en semi flexión sobre el abdomen, no tolera la palpación superficial, ni siquiera el peso de las sábanas. Son dolores que el enfermo compara al producido por las puntas de fuego, para emplear sus palabras.

Se inicia el tratamiento específico intenso, indicado por el Prof. Dr. Garzón, juntamente con el de su blenorragia, siguiendo por un mes los dolores intolerables, hasta hacer imposible mantener al enfermo en la sala común por los gritos que profería. Se acudió a la morfina para calmarlo.

Cuando empiezan a calmarse los dolores intentamos, previa anestesia general, la tracción continua, viéndonos obligados a desistir del propósito, apenas despierta el enfermo, por los dolores que lo exacerban.

El examen radiológico de la articulación enferma demuestra la falta de nitidez de la superficie articular donde ha desaparecido el tejido compacto, sin notarse distensión articular.

Por dos veces más se intenta, sin éxito, la tracción continua lo que nos hace desistir definitivamente del procedimiento.

Las radiografías posteriores demuestran la franca evolución de la articulación hacia la anquilosis.

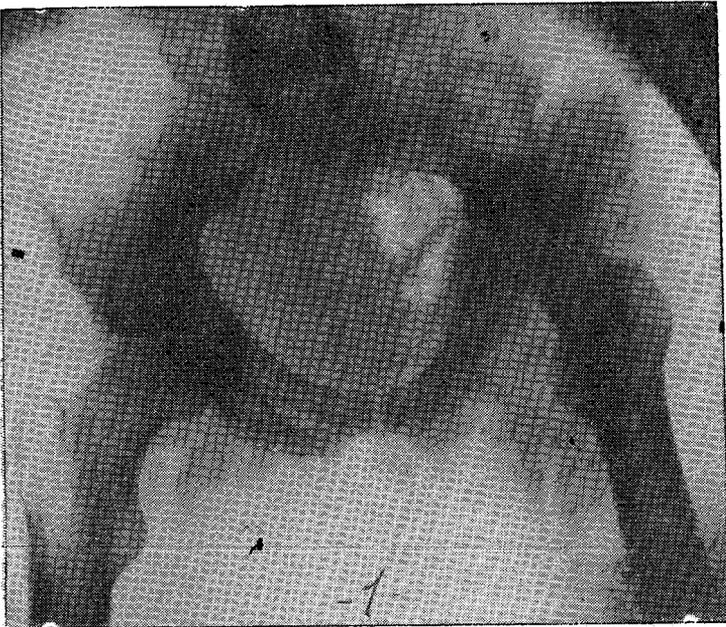


Fig. N° 1.—Radiografía tomada de frente. Se nota la anquilosis coxo-femoral izquierda en posición viciosa, antes de la intervención

Se continúa el tratamiento específico y, a los dos meses de internado, sale de alta. Pero es un inválido, como puede verse en la fotografía N° 1. El muslo, en flexión sobre la pelvis, en un ángulo de 135° , solo le permite la marcha con el auxilio de dos muletas. Se le aconseja continuar el tratamiento específico y volver a los seis meses al Servicio.

Como puede verse en los datos de la historia clínica, hay tres factores etiológicos que han conspirado contra la integridad articular: 1°.) El traumático, por ser un boxeador profesional. Y to-

dos sabemos que el grado de resistencia articular disminuye para cada articulación a medida que aumenta la posición forzada de la misma; ahora bien, los desplazamientos que realiza un boxeador en el cuadrado, sea en el ataque o bien cuando esquiva, al flexionar el tórax y abdomen sobre el muslo, lo hace, de prefe-

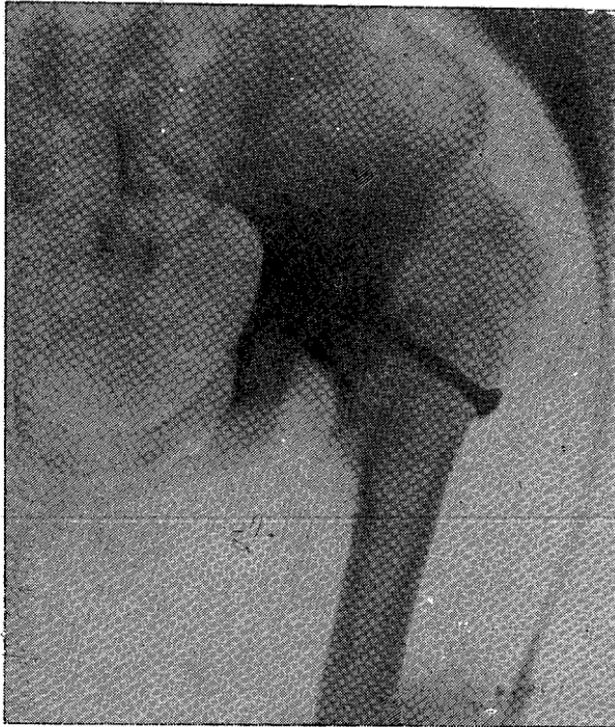
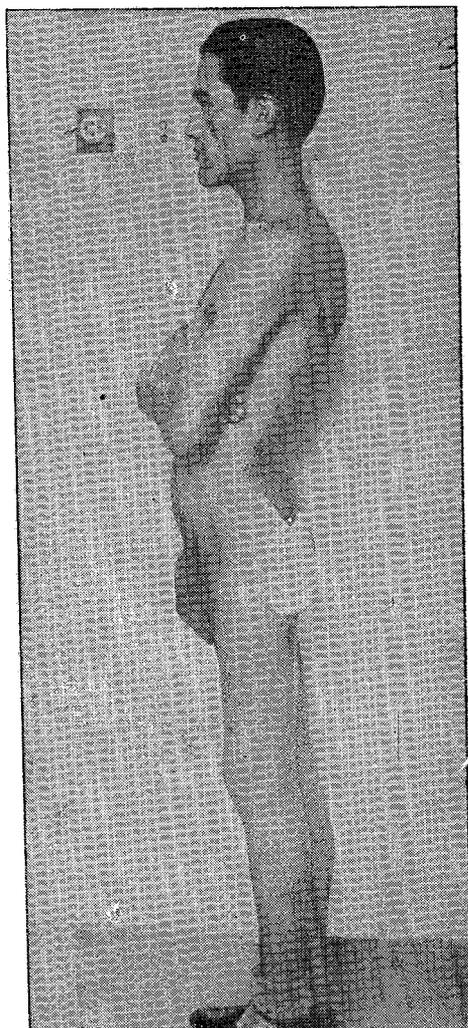
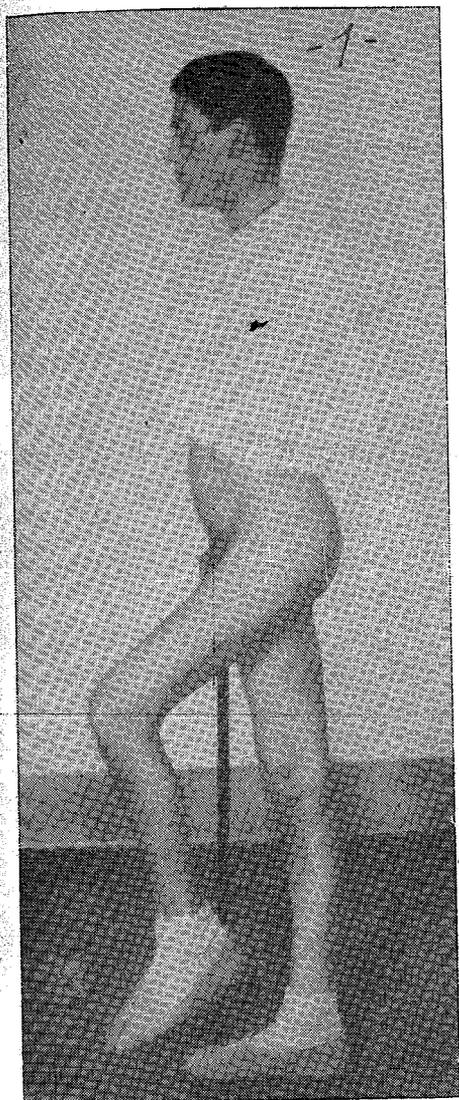


Figura N° 2. — Radiografía de la articulación con el Tornillo de 10 cms. Se nota perfectamente el corte practicado en la articulación para hacer el giro de 45° hacia abajo.

rencia, sobre la articulación coxo-femoral izquierda estando la articulación en flexión y separación más o menos forzada, de donde podemos deducir que la monoartritis traumática profesional es aquí un factor etiológico.



Fotografías del enfermo antes y después de practicada la Osteotomía tipo Lorenz con osteosíntesis a tornillo

2°.) El terreno. Se trata de un específico con Wasserman positiva, siendo conocida la tendencia de la lúes a las osteítis productivas.

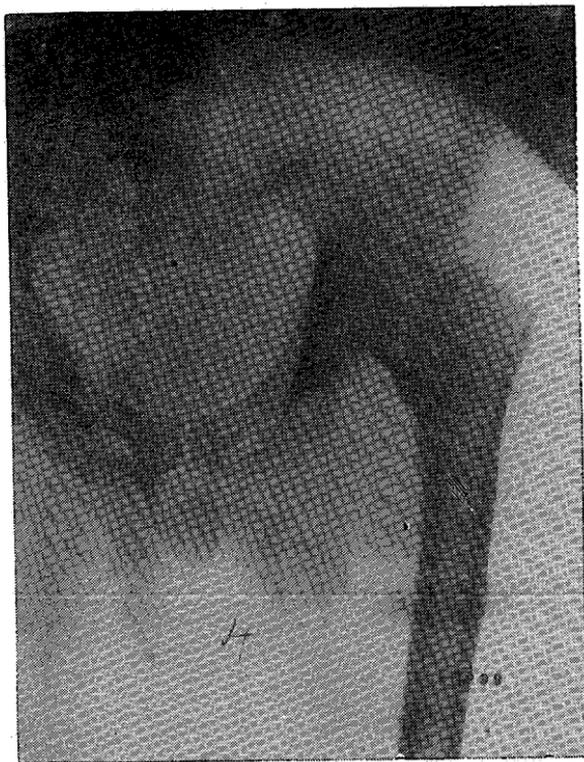


Figura N° 4. — Radiografía tomada después de extraído el tornillo y cuando la nueva anquilosis en posición correcta permitirá usar el miembro inferior para caminar

3°.) La blenorragia que produce el cuadro de un reumatismo infeccioso que ha tomado una articulación que, si bien no es la más frecuentemente elegida, le ha sido la más abordable por estar el campo propicio por las causas anteriores.

El enfermo reingresa al Servicio de Cirugía con un estado

general bueno, habiendo aumentado ocho kilos de peso, ya curado de su blenorragia y resuelto a operarse.

Como se trata de un específico con gran atrofia muscular de la masa glútea, y con el antecedente de una artritis aguda no muy lejana, desistí de la artrotomía con modelado, que hubiera sido la indicada, si no mediaran esas contraindicaciones, y practiqué una osteotomía tipo Lorenz con la técnica simple del autor, para luego roturar el fémur 45° (cuarenta y cinco grados) y practicar una esteosíntesis a tornillo de carpintero común, de diez centímetros de largo. Este procedimiento es muy usado por la escuela francesa en las fracturas transcervicales de fémur, con todo éxito, abonada por la razón de que la clientela hospitalaria es pobre de medios pecuniarios y no puede costearse el de Smith-Peterson que no está a su alcance.

Inmediatamente se termina la operación con un yeso que inmoviliza la articulación afectada.

A los dos meses de practicada la operación, un proceso de atrofia ósea que se evidencia en la radiografía, me indica la conveniencia de retirar el tornillo, lo que se hace, saliendo de alta el enfermo con un miembro en posición útil que le permite la marcha sin muletas ni bastón, como puede verse en la fotografía y radiografías que acompaño.