

# LA RESECCION DIAFISIARIA EN LA OSTEOMIELITIS

POR

JOSÉ VALLS Y DOMINGO T. MÚSCOLO

---

Como una contribución al tema nos permitimos presentar cinco casos de resección diafisiaria en la osteomielitis.

Las observaciones son las siguientes :

Nº I. F. Niño de 7 años de edad, atacado de osteomielitis aguda no tratada durante 8 días. Al cabo de ese tiempo ingresa a nuestro servicio con mal estado general, 40° de temperatura y 140 pulsaciones.

Lo intervenimos bajo anestesia etérea. Abierto un gran absceso subperióstico, llegamos al hueso que se presentaba desnudo, necrótico y mate a la percusión en toda la extensión de la diáfisis. Trepanado el canal medular se halla pus en su interior. Diafisectomía total desprendiéndose el hueso con facilidad a nivel del cartílago de conjugación. Método de Orr. Cinco horas después de la intervención, el estado general mejoró de manera sorprendente descendiendo la temperatura a 37°, para no volver a ascender en todo el período de curación ; 18 días después la radiografía demostró regeneración ósea en toda la extensión del hueso resecado. A los cuatro meses (durante los cuales se renovó el yeso tres veces) la herida se cicatrizó totalmente y se completó la regeneración. Un mes después, es decir, a los 5 meses de su intervención, el enfermo caminaba sin apoyo ni claudicación. Ulteriormente, a raíz de un traumatismo violento, sufrió una fractura a nivel del hueso neoformado que consolidó perfectamente.

Nº II. P. Osteomielitis aguda de fémur que fué trepanada por otro cirujano a los quince días de su iniciación. Mes y medio después ingresó a nuestro servicio con muy mal estado general, 39°5 y 150 de pulso, donde le hicimos una resección diafisiaria de 18 centímetros y método de Orr.

A pesar de ello el estado general y la temperatura tardaron 8 días en normalizarse, por lo cual se le practicaron varias transfusiones sanguíneas.

A los nueve meses de la operación el hueso se había regenerado en toda su extensión pudiendo la enferma deambular sin claudicación por cuanto no quedó acortamiento ni deformidad.

Nº III. G. Osteomielitis iniciada a raíz de una fractura expuesta de fémur producida dos meses y medio atrás y que ingresa a nuestro servicio con supuración muy abundante y mal estado general.

La necrosis ósea a nivel del antiguo foco de fractura nos decidió a intervenir practicándose la resección diafisaria del segmento afectado (16 cm.).

Ocho meses y medio después se obtuvo la curación completa de la herida y la regeneración total del hueso con excelente resultado funcional. El miembro quedó acortado en 2 centímetros. El obrero reanudó sus tareas habituales de estibador.

Nº IV. D. Sujeto que 11 años después de una osteomielitis de fémur, a consecuencia de un traumatismo se agudiza el antiguo foco ingresando a nuestro servicio quince días después de la iniciación de este proceso con mal estado general y 39° de temperatura, por lo cual se interviene *trepanándolo*; a pesar de esto no mejora, por lo cual se reinterviene haciendo una nueva trepanación más amplia y método de Orr; como el mal estado general se mantiene y se produce una fractura en el foco, se le practica una resección diafisaria de 18 centímetros, con la que los fenómenos generales entran en regresión.

Mes y medio después la regeneración ósea era visible en toda la zona correspondiente al hueso extirpado. La herida cerró en cinco meses. Un tratamiento ortopédico mal seguido favoreció la producción ulterior de dos fracturas a nivel del hueso neoformado. Una, sufrida dos años después de la resección, consolidó perfectamente. La otra, producida hace dos meses y medio, está en vías de consolidación.

Nº V. S. Osteomielitis 12 años antes, que se reagudizó sin causa aparente e ingresa con mal estado general y 39° de temperatura. Se interviene practicándosele abertura y drenaje del absceso subperióstico; a pesar de ello los fenómenos infecciosos se mantienen, la radiografía mostró la difusión de la lesión destructiva del hueso, por lo cual se le reseca la mitad inferior de la tibia hasta el revestimiento cartilaginoso (20 cm.).

Los fenómenos generales regresionaron y la regeneración ósea se completó en cinco meses.

Diez meses después de la reintervención el enfermo caminaba sin dolores ni claudicación. Sólo presentaba una ligera limitación de los movimientos de la articulación tibiotarsiana.

Se trata de: Un caso de osteomielitis aguda con resección precoz primitiva;

Un caso de osteomielitis aguda con resección precoz secundaria; y tres casos de osteomielitis: Uno en una fractura expuesta, y dos casos de reagudización de focos crónicos, tratados con resecciones tardías.

No presentamos otros casos de resección diafisiaria de peroné por no creerlos de interés. En cuatro de ellos la resección fué practicada después de otras intervenciones conservadoras, (abertura del absceso y drenaje, trepanación y resección parcial más o menos amplia) que no consiguieron detener la evolución del proceso óseo ni mejorar el estado general.

En todos nuestros casos la resección diafisiaria fué seguida de una buena regeneración del hueso. Es necesario destacar que inmediatamente a la operación los fenómenos infecciosos locales y generales desaparecieron más o menos rápidamente y que los fragmentos de diáfisis restantes no se infectaron.

En un caso operado hace nueve años se hizo en el post-operatorio irrigación continua de líquido de Dakin-Carrel; en los otros cuatro se utilizó el método de Orr, la evolución fué mucho mejor con este último procedimiento.

El hueso neoformado presenta un aspecto que se acerca más al normal y se regenera con más rapidez en los casos de resecciones precoces que en los de resecciones tardías.

El hueso regenerado es de tipo perióstico y creemos que debe ser considerado como más frágil que el hueso normal, dado que tres de nuestros casos se fracturaron. No se debe asignar mayor importancia a este accidente por cuanto la consolidación se efectúa dentro de los plazos normales.

En este Congreso se han presentado, junto con estos casos, otros más, en total más de treinta resecciones diafisarias, y en todas ellas se obtuvo la curación del proceso, una buena regeneración ósea y un buen resultado funcional.

No conocemos ningún caso de recidiva del proceso osteomielítico a nivel del hueso regenerado.

Aunque creemos que es muy difícil sacar conclusiones de esta experiencia y de la de los demás autores que se han ocupado del tema, podemos formularnos una pregunta:

¿ Debemos continuar ejecutando resecciones diafisarias solamente como un recurso más al que acudir en determinados casos o cuando los otros procedimientos más simples han fracasado? o bien ¿ debemos ampliar las indicaciones de esta operación y ejecutarla más precoz y más frecuentemente?

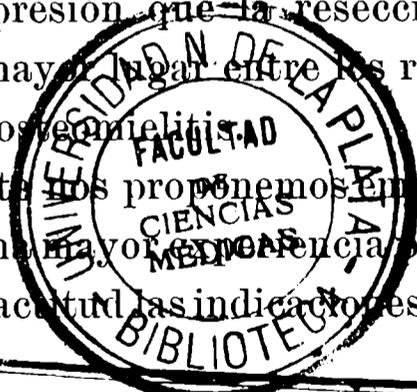
Es evidente que el procedimiento es tentador, dado que él promete no sólo la curación radical del foco sino que parece poner a cubierto de las recidivas.

Y este beneficio es muy apreciable en los enfermos crónicos con reagudizaciones, desde que todos sabemos la frecuencia de estos casos, el tiempo largo que cada una de estas recidivas inmoviliza al enfermo y la repercusión importante que ellos tienen sobre el estado general.

Creemos que el peligro de una posible seudartrosis por falta de regeneración ósea no debe invalidar el procedimiento, por cuanto aparte de ser poco frecuente, siempre queda el recurso de una nueva intervención colocando injertos o sino el uso de un aparato ortopédico.

Tenemos la impresión que la resección diafisaria ocupará cada vez más un mayor lugar entre los recursos terapéuticos a emplear contra la osteomielitis.

Por nuestra parte nos proponemos emplearla en mayor escala y esperamos que una mayor experiencia permita en el futuro precisar con mayor exactitud las indicaciones de este procedimiento.



**INVENTARIADO**

Nº 1259 / 15 / 7 / 9381

ABSTRACT

**Diaphysic resection in osteomyelitis**, by D. José Valls, professor of Orthopedic and Traumatic Surgery at La Plata's University School of Medicine, and Dr. Domingo T. Múscolo.

The authors present five cases of diaphysic resection in osteomyelitis. One case of osteomyelitis with primary precocious resection, one case of acute osteomyelitis with secondary resection, and three cases of osteomyelitis : one with compound fracture, and two cases of very acute flare up, of chronic focus of infectious treated by late resections.

In all cases the diaphysic resection was followed by a good regeneration of bone.

In one of the cases, continuous irrigation with Carrel-Dakin solution was done post-operatively, and in the other four Orr's method was utilized.

The authors state that they have the impression that the diaphysic resection will occupy each time a greater place amongst the therapeutic measures to be applied against osteomyelitis.