

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS

POR

JOSE VALLS Y CARLOS E. OTTOLENGHI

Es siempre beneficioso poner en discusión temas como el del tratamiento de la osteomielitis, que es, sin temor a dudas, uno de los procesos más ingratos y rebeldes para curar.

Los fracasos y las recidivas ponen a prueba el organismo y la paciencia de los enfermos y la constancia y dedicación del médico tratante. Es fundamental dejar establecido que a pesar de contar con variados tratamientos médicos o quirúrgicos, no disponemos hasta el presente de un método que consiga obtener la esterilización absoluta del foco óseo infeccioso. Una vez que el germen ha penetrado dentro del hueso y que su presencia se revela por síntomas agudos, subagudos o crónicos, lo característico del proceso es su larga evolución, a veces con períodos de remisión de muchos años, 25 y 30 en algunos casos personales.

En realidad sabemos cuándo comienza una osteomielitis, pero desconocemos en absoluto cuándo termina; no puede por ello afirmarse que la osteomielitis esté radicalmente curada, a pesar de que clínicamente lo aparente. En apoyo de esto, podemos consignar un sinnúmero de enfermos portadores de viejas lesiones osteomielíticas, cuyas únicas secuelas eran el recuerdo de haberlas padecido y las cicatrices que quedaban en los puntos lesionados, en los que observamos recidivas a distancia, algunas con caracteres de inusitada gravedad. El estafilococo al penetrar

en el hueso queda enquistado crónicamente y en un momento determinado puede volver a exaltar su virulencia sin que en muchos casos se halle la causa ocasional; en efecto, mientras que en algunos se encuentran como factores etiológicos los traumatismos, infecciones locales o generales, alteraciones del estado general por factores nerviosos, etc., en otros, focos que permanecían latentes han vuelto a presentar fenómenos evolutivos sin que pueda explicarse la causa real de ello.

Estas consideraciones confirman lo dicho sobre la rebeldía del proceso que estamos tratando, sin contar con aquellos casos que por su evolución sobreaguda están por fuera de nuestros recursos terapéuticos, o en los que sea por localizaciones particulares como la columna vertebral o la pelvis en que no pueden efectuarse tratamientos muy radicales, o por la extensión del proceso, o su particularidad evolutiva, se producen supuraciones y fístulas permanentes, que invalidan al sujeto, al evolucionar con una cronicidad desesperante y ante los cuales se han ensayado variados tratamientos, sin que ninguno de ellos inspire la suficiente confianza como para emprender la cura con amplias seguridades de éxito.

OSTEOMIELITIS AGUDA

Hemos utilizado en los casos agudos el tratamiento quirúrgico, cuya indicación no se discute una vez hecho el diagnóstico.

La técnica utilizada varía según los casos y estamos de acuerdo con los relatores, quienes indican tratamiento de lo simple a lo complejo:

1º El drenaje del absceso subperióstico; 2º La trepanación; 3º La resección diafisaria.

El drenaje simple del absceso subperióstico es la operación de elección en los casos en que el examen microscópico del hueso subyacente demuestra una integridad que hace innecesaria

una intervención más compleja. La intervención es mínima, nada *shockante*, pero sus indicaciones son bien precisas.

En los casos más numerosos hemos practicado además del drenaje del absceso subperióstico, cuando él existía, la trepanación del hueso subyacente hasta llegar al foco óseo central. Preferimos como Leriche abrir ampliamente el canal medular para favorecer el drenaje del mismo.

Las indicaciones de la trepanación las da el estado del hueso ; cuando él se presenta isquémico, de un color blanco grisáceo, mate a la percusión, etc., significa que en su interior hay un foco infeccioso que debe ser drenado.

La resección diafisaria primitiva en casos agudos la hemos practicado una vez con el resultado que se consigna en la comunicación que sobre el tema uno de nosotros presenta a este mismo Congreso.

Una vez efectuado el tiempo quirúrgico, recurrimos a la inmovilización enyesada según el método de Orr. Practicamos la desinfección del foco con yodo y alcohol y luego colocamos en él un taponamiento, a presión moderada, embebido en aceite de vaselina esterilizada. El yeso lo hacemos de manera que comprenda las articulaciones supra y subyacente al foco enfermo.

Mientras que en los casos de osteomielitis crónica, tenemos amplia confianza en el método de Orr, en los casos agudos, sus resultados no son tan constantes. En efecto, en algunos casos el post-operatorio transcurrió sin incidentes, pero en otros debimos levantar los apósitos y practicar curaciones del foco operado.

Es frecuente que en los días subsiguientes a la operación asistamos a elevaciones térmicas que paulatinamente van descendiendo en lisis hasta llegar a la normalidad, lo que está en perfecto acuerdo con la evolución del proceso, hecho que el mismo Orr se encargó de precisar en sus comunicaciones. No debe pues alarmar que a pesar del tratamiento quirúrgico persista la temperatura en los días que siguen a la operación ; si el pulso se mantiene en concordancia con la fiebre, el estado general no

empeora, no hay dolores en el foco ni alteraciones a distancia, nada autoriza para abrir el yeso y tocar el apósito operatorio.

Como lo manifestamos, hemos observado casos de osteomielitis agudas en los que aplicamos el método de Orr, pero en los que no pudimos mantener el apósito sin renovar, por el término de cuatro a seis semanas como es lo clásico. En efecto, el post-operatorio no transcurrió normalmente sea por elevaciones térmicas, dolores, invasión del pus por las partes blandas con formación de flemones, o de la articulación vecina al foco. Un accidente que hemos observado varias veces es la hemorragia secundaria del foco operado.

En estos casos hemos sido obligados a abrir una ventana en el yeso y practicar la cura correspondiente según el tipo de la lesión. Una vez realizado esto hemos podido en algunos enfermos cerrar nuevamente el yeso viendo transcurrir el post operatorio a partir de ese momento sin ningún contratiempo.

Queremos hacer notar que somos muy rigurosos y le damos por lo tanto gran importancia a la inmovilización del foco enfermo; sea que podamos o no mantener el yeso cerrado, siempre tratamos de que la zona operada esté en el mayor reposo, con eso se evitan los dolores, la difusión del proceso, las hemorragias, las artritis, etc. Cuando se hace la invasión articular inmovilizamos aun con mayor motivo, pues son bien sabidos los fuertes dolores que se producen cuando a una artritis aguda se la deja libre.

Hasta no tener una vasta experiencia en casos de osteomielitis aguda, no podemos apreciar el verdadero valor del método de Orr en estos casos. Lo que nuestras observaciones nos permiten adelantar es que es un método que debe efectuarse sistemáticamente, ya que por medio de él se obtiene la inmovilización del foco, elemento de gran valor como ya lo señalamos, y en segundo lugar, porque si el método da resultado se obtiene una mejoría más rápida y se le suprimen al enfermo los sufrimientos que provocan las curaciones.

Creemos que por el estado local y general pueden desde el mo-

mento de la operación distinguirse los casos en que el método de Orr dará resultado. Si el estado general es malo, la intoxicación profunda y el pulso está muy acelerado, lo que en general coincide con un foco extenso sin límites netos y con abscesos disecantes, es probable que el post-operatorio no sea simple y que estemos obligados a levantar los apósitos.

Nuestros casos nos permiten afirmar que en general si el foco está bien drenado e inmovilizado, los fenómenos infecciosos agudos ceden rápidamente y las curaciones deben evitarse. Hemos tenido un buen número de enfermos en los que la temperatura cedió al no tocar los apósitos, elevándose la fiebre en la tarde de la curación.

Cuando además del foco óseo existe una reacción articular, si el líquido no revela gérmenes, el reposo o las punciones bastan para curarla. Si el líquido es purulento y tiene tendencia a repetirse, coexistiendo ello con fenómenos generales, fiebre, etc. será necesario efectuar la artrotomía. No somos partidarios de la movilización precoz con el método de Wilhems mientras subsistan los fenómenos infecciosos evolutivos. La movilización es muy dolorosa, disminuye las defensas del sujeto y puede favorecer la difusión del proceso. Como ya lo hemos establecido consideramos que la artritis supurada, como todo foco infeccioso, debe ser drenada y bien inmovilizada. El tratamiento movilizador debe dejarse, según nuestra opinión, para cuando los fenómenos agudos hayan decrecido.

Al tratamiento quirúrgico hemos agregado en las osteomielitis agudas, la vacunoterapia, seroterapia, quimioterapia y el bacteriófago por vía endovenosa. No hemos podido apreciar ventajas con la cura por estos medios y si ellos tienen alguna acción, no creemos que sea decisiva. Su efecto es secundario y sólo deben aplicarse conjuntamente con el tratamiento quirúrgico.

No tenemos experiencia con el bacteriófago usado por vía local ni intra-articular.

Como coadyuvante en el post-operatorio de las osteomielitis, hemos utilizado las transfusiones sanguíneas con resultados

beneficiosos. En el Hospital Italiano, merced al procedimiento de los doctores Palazzo y Tenconi, de transfusiones con sangre conservada, se dispone permanentemente de un *stock* que puede ser usado en cualquier momento; las ventajas de este método son obvias y creemos que él debería generalizarse. Las transfusiones sanguíneas repetidas periódicamente, en dosis relativamente pequeñas, han actuado favorablemente mejorando las condiciones generales de los enfermos.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA

No hemos de pasar en revista los métodos diferentes del tratamiento de la osteomielitis crónica porque ellos están perfectamente detallados en los relatos de los doctores Jáuregui y Allende.

Nadie discute la intervención operatoria en los casos crónicos en que la supuración es mantenida por falta de drenaje suficiente del foco o por secuestros. La apertura amplia y la extracción de los fragmentos necrosados es una operación de necesidad. Somos partidarios decididos del método de Orr que nos ha dado constantemente buenos resultados; con él hemos visto que el tiempo de curación se acorta, evitando al enfermo los dolores que se ocasionan en cada curación. El inconveniente del mal olor que emana del miembro enyesado no puede ser motivo para prescindir de un método que ya ha hecho su prueba favorable.

Existe un buen número de casos crónicos, en que la lesión se presenta en forma de una o más fístulas rodeadas de tejido cicatrizal que comunican con el foco óseo. Es muy frecuente que en éstos no hayan secuestros demostrables clínica o radiográficamente. A los Rayos X se observa generalmente una zona de osteítis densa sin límites netos y cavidades en el interior del hueso. Esta lesión evoluciona lentamente con período de mejoría y empeoramiento, con formación de pequeños abscesos que deben ser drenados; las fístulas pueden llegar a cerrarse apa-

rentemente, para de nuevo abrirse espontáneamente. Los sujetos cansados de una evolución tan larga solicitan una intervención. Estos casos son muy difíciles de resolver, porque la intervención no da la seguridad de que el proceso pueda curarse; en ella se resecan y debridan las fístulas, se curetea el foco y se extirpa la capa cortical y luego se deja la brecha inmovilizada para favorecer la curación; la granulación se va efectuando paulatinamente, pero no es raro que la cicatrización termine sin que todo esté epidermizado, queda una pequeña zona cruenta que *a posteriori* puede dar origen nuevamente a una fístula; todos hemos asistido a estos casos operados una y varias veces sin obtener la curación total del proceso.

Hemos ensayado en estos enfermos, además de los métodos quirúrgicos, las aplicaciones locales de Rayos ultravioletas y radioterapia, sin haber obtenido mayores beneficios.

La osteomielitis fracturaria creemos que debe distinguirse de la hematógena en cuanto a su evolución y secuelas; hemos observado que ella es en general de evolución más benigna. En efecto, hemos visto casos de fracturas expuestas e infectadas en que una vez realizado el tratamiento quirúrgico del foco infeccioso obtuvimos una curación más rápida y no asistimos a las recidivas de la osteomielitis de origen sanguíneo. Ciertamente que éstas son consideraciones generales, pues hemos observado violentos procesos infecciosos de origen traumático con graves lesiones óseas y articulares, con fístulas permanentes, que evolucionaron por años y años.

No tenemos experiencia sobre el tratamiento con las larvas de moscas según el método de Baer.

En un reciente viaje que uno de nosotros hizo a los Estados Unidos, encontramos a Smith Petersen muy preocupado con el problema de la osteomielitis; al efecto, en el Massachusetts General Hospital, de Boston, había creado una Clínica para el estudio y tratamiento de la osteomielitis. Con tal motivo le eran enviados un gran número de casos en los que además de los tratamientos clásicos efectuaba la apertura de los focos y en el

interior colocaba pequeños tubos de vidrio, suturando la piel y dejando sólo la abertura para el paso de los tubos, por ellos efectuaba varias inyecciones diarias de líquido de Carrel. Este autor está experimentando este procedimiento que, según él, permite limpiar y antiseptizar con relativa rapidez las cavidades. El resultado de sus experiencias lo hará conocer seguramente en trabajos futuros y hasta entonces no podemos juzgar los beneficios de este método.

La resección diafisaria es un procedimiento al que hemos recurrido en cuatro casos de osteomielitis crónica, habiendo obtenido resultados muy satisfactorios. Creemos que cuando esta operación sea factible debe intentarse antes de proponer una amputación. El estudio en detalle de estos casos se hace en una comunicación aparte.

La indicación de la amputación en la osteomielitis, es el índice del fracaso del tratamiento ante la gravedad de la lesión, si es aguda o en algunos casos crónicos.

En los adultos en período agudo hemos recurrido en varios casos a la operación mutiladora con el fin de salvar la vida seriamente comprometida por la infección. Cuando todos los recursos quirúrgicos y médicos han sido agotados sin obtener mejoría local y con agravación del estado general, la indicación de amputar se justifica. Hemos observado entre otros un caso de osteomielitis recidivada de la tibia con artritis supurada de la rodilla y temperatura elevada con hemocultivos positivos y caída paulatina del estado general; la amputación del muslo salvó la vida del enfermo.

En los casos crónicos es cuando más difíciles son de precisar las indicaciones de la amputación. Si bien ella repugna en un primer tiempo, no es menos cierto que los enfermos portadores de una osteomielitis del pie que perdura años, con fístulas persistentes, con deformaciones óseas, etc., los que se han sometido a intervenciones repetidas sin resultados, solicitan se les libre del foco por medio de la amputación. Algunas veces

nos hemos preguntado si no es más conveniente el uso de una prótesis de pierna con la que los mutilados caminan casi sin claudicación, que sufrir una lesión de osteomielitis perenne a nivel del pie, con deformaciones incompatibles, con una función satisfactoria, sin contar con los inconvenientes que de por sí produce el foco supurado.

ABSTRACT

Considerations on the treatment of Osteomyelitis, by Dr. José Valls, professor of Orthopedic and Traumatic Surgery at La Plata's University School of Medicine, and Dr. Carlos E. Ottolenghi, professor « libre ».

The authors leave it established that up to the present time no method has been resolved which yields to obtain absolute sterilization of the infectious focus in bone. They say : it is known when an Osteomyelitis begins but it is absolutely unknown when it ends.

They have utilized the surgical treatment in acute cases, varying the technic according to cases.

1st The drainage of the subperiosteal abscess.

2nd The trephination (trephining).

3rd The diaphysic resection.

The surgical treatment having been realized once, they resorted to immobilization by plaster, according to Orr's method. They have much confidence in Orr's method in chronic cases, but not in acute cases, as the results are not so uniform.

They add to the surgical treatment of acute osteomyelitis, vaccinethe-
rapy, serotherapy, quininetherapy and the bacteriophage by endovenous route, and as coadjuvant they have utilized with beneficial results blood transfusions during the post-operative period.

They establish that in chronic osteomyelitis free and ample opening and the removal of necrosed fragments of bone as an operation of necessity. The devoted advocates of the method of Orr state that they have no experience with Ball's method.

The diaphysic resection which they have done in 4 cases gave very poor results.

They have resorted to several cases of amputations in the acute period, amongst adult patients, after having exhausted all medical and surgical measures without any local improvement and with aggravation of the general state of the patient, to which they justify their action.