

LA CIRUGIA MUSCULO-TENDINOSA EN EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE POLIOMIELITIS

Por el Dr. MARIO NOE

Ayudante del Servicio de Ortopedia y Cirugía Infantil
del Hospital Roberto del Río.

Mi especial interés por esta enfermedad, dentro del terreno de la ortopedia y cirugía infantil, es el motivo por el cual se me ha hecho el honor de ponerla en tabla, como un pequeño y modesto aporte al homenaje que hoy día tributamos a la memoria del Prof. Eugenio Díaz Lira.

Era éste un tema de especial preocupación para nuestro querido maestro, y a él se dedicó, desde que fundara entre nosotros la especialidad de ortopedia y cirugía infantil, pues como alma en extremo sensible y bondadosa, trató inmediatamente de buscar los medios, ya sean ortopédicos o cruentos, que mejoraran o, por lo menos, hicieran más soportable la vida de aquellos pobres desgraciados afectados por una de las más espantosas de las enfermedades, por las secuelas que deja. Así fué, como poco a poco y tratando siempre de llegar a algo mejor, fué introduciendo el uso de los aparatos ortopédicos y casi todas las intervenciones quirúrgicas sobre el esqueleto y musculatura.

Basados en el criterio de aprovechar al máximo los medios naturales del individuo, y llegar al uso de los artificiales solamente en el caso en que no sea posible lograrlo por aquéllos, es que en los últimos años, bajo la aprobación del Prof. Díaz Lira y la dirección y estímulo del Prof. Johow, he encaminado el tratamiento hacia las transplantaciones musculares.

La cirugía músculo-tendinosa ha sido muy poco practicada entre nosotros, de tal manera que no existe una base sólida experimental sobre la cual formarse un criterio y respecto a la experiencia que pudiera recogerse de los ensayos efectuados en otros países, se deduce que ésta es también

escasa y que en cuanto a su verdadero valor terapéutico se refiere, es aún una incógnita por resolver.

La existencia de este interrogativo y por otro lado, la tentación que significa el hecho de poder aportar alguna luz sobre un medio terapéutico que lógicamente, mientras no exista la posibilidad de devolver su poder al músculo paralizado, estaría destinado a ser el preferido, por ser el más conservador, funcionalmente hablando, de los métodos quirúrgicos, y por ir hacia la eliminación de todo aparato ortopédico, que siempre significa un sacrificio material y psíquico de parte del enfermo, es el motivo por el cual en estos últimos 2 ó 3 años he experimentado, especialmente sobre esta cirugía: he dejado, en cambio, en segundo término la cirugía ósea y articular, reservándola para aquellos casos en que no había material muscular que aprovechar, y además, porque generalmente significan una limitación parcial o total de una función.

Anteriormente he presentado ya trabajos, que demuestran en forma aislada la técnica empleada y el éxito obtenido; en esta ocasión no quiero aún adelantar resultados definitivos, que dejaré para una presentación de conjunto y bien documentada; sin embargo, puedo adelantar algunos conceptos recogidos de la experiencia sobre más o menos 40 transplantaciones músculo-tendinosas efectuadas hasta el momento, de las cuales unas 30 han sido en la clientela hospitalaria. De éstas, 14 corresponden a trasplantes del biceps crural y sartorio a la rótula y 10 a trasplantes del peroneo lateral largo o corto a la inserción del tibial anterior. Las primeras han sido efectuadas para suplir el músculo cuádriceps, que es de capital importancia para la deambulación, ya que es el único que produce la extensión de la pierna. La parálisis de este músculo no permite fijar la rodilla, por lo tanto, el enfermo se ve obligado a recurrir a una muleta o a sujetar el miembro con la mano por encima de la rodilla, produciendo un verdadero surco en el punto de apoyo; además, para dar el paso arrastran la pierna. En la mayor parte se ha transplantado, como ya dije el sartorio y el biceps crural, en dos casos solamente el biceps y en un caso el biceps y el semitendinoso. Efectuado el trasplante, quedan inmovilizados en un aparato de yeso, mínimo 1 mes y medio, al cabo del cual se comienzan los masajes y la reeducación muscular. Apenas sacado el yeso o en los primeros días de masajes se aprecia ya la contracción de las fibras musculares transplantadas y después de un máximo de 1 mes a 1 y medio mes el trasplante es capaz de producir la extensión de la pierna con la gravedad eliminada; la mayor parte de las veces se necesitan 3 a

4 meses para que ésta se efectúe en contra de la gravedad. En todos los enfermos se ha obtenido un éxito real, ya que el mínimo conseguido ha sido el de la fijación espontánea de la rodilla y, por lo tanto, la posibilidad de la deambulaci6n sin ninguna ayuda.

Las otras transplantaciones han sido efectuadas en el pie, para suplir la funci6n del tibial anterior. Ultimamente hemos empleado para ello el peroneo lateral largo, que reúne las ventajas de que por un lado su desinserci6n inferior suprime en parte el equinismo y el valgus, que generalmente existe en esta parálisis y por otro reemplaza bastante bien al tibial anterior, llevándolo a la inserci6n de éste. La técnica operatoria es muy sencilla y he empleado siempre la vía subcutánea anterior. También se le deja inmovilizado en una bota de yeso por un mes y medio y en seguida se somete a masajes y reeducaci6n. Los resultados han sido satisfactorios, la contracci6n del músculo transplantado, como en todas, se aprecia desde los primeros días de iniciados los masajes y después de uno a dos meses el funcionamiento es tal que mantiene perfectamente la flexi6n del pie, eliminando el valgus. En uno de los casos tratados, un niño de cinco a seis años de edad, se le hizo un trasplante bilateral de este tipo; ambos funcionan perfectamente, y este niño, que nunca había caminado, pues el valgus era tal que pisaba prácticamente con los maléolos tibiales, pudo pisar con sus plantas y caminar por primera vez. Hemos empleado también el trasplante del extensor propio del primer ortejo y el peroneo lateral corto. A veces combinaciones de más de un músculo, pero como dije anteriormente, no quiero cansar la atenci6n de Uds., analizando a fondo cada uno de ellos, esto lo dejaré para una próxima ocasi6n; por el momento sólo me permitiré adelantar, por la experiencia adquirida, que para obtener el éxito es indispensable, por lo que hasta aquí he podido apreciar, lo siguiente: colocar el miembro previamente en buena posici6n en caso de deformaciones, emplear músculos que estén en buen estado funcional, ya sean sinérgicos o antagónicos (en el caso del cuádriceps sólo pueden ser antagónicos), desprender ampliamente sus inserciones al músculo a transplantar y llevarlo por un camino lo más directo posible a su nueva inserci6n, sin que haya acodaduras; que la tensi6n del tend6n y músculo transplantado sea moderado; una inmovilizaci6n de uno y medio mes mínimo para que la inserci6n consolide perfectamente y, por último, una reeducaci6n muscular muy bien llevada.