

Desosamiento de los ortijos en la osteomielitis

Dres. MARCOS WAISSMANN* y ARIEL F. WAISSMANN

Resumen: *Presentamos nuestra conducta quirúrgica en la "osteomielitis de los ortijos", que consiste en la exéresis de todo el tejido óseo enfermo por un abordaje en "pico de pato", con lo cual hemos obtenido un resultado muy satisfactorio en un alto porcentaje de casos.*

Summary: *We present our surgical approach in the "osteomyelitis of the toes", consisting in the exeresis of all the sick osseous tissue by a "pick duck" operative technique. Good results have been achieved in most cases.*

Todos hemos visto pacientes generalmente diabéticos que consultan por osteomielitis en los dedos del pie, teniendo la mayoría de ellos comprometido el hallux, y también sabemos que es un problema de difícil solución, pues a veces se los somete a más de un acto quirúrgico y, a pesar de ello, son muchos los que terminan con la amputación o desarticulación del ortijo.

En el año 1985 tuvimos la oportunidad de volver a ver a una señora no diabética a quien habíamos operado de una osteomielitis crónica del hallux derecho en 1972 (después del fracaso de dos cirugías que le habían realizado), efectuándosele entonces la exéresis total de la segunda falange ósea conservando las partes blandas y la uña, pues la paciente se resistía a una cirugía más mutilante, presentando un resultado estético y funcional excelente.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Francés, La Rioja 951, Buenos Aires.

del ortejo, después de trece años.

Este caso, sumado a la buena experiencia lograda con la resección ósea parcial de la segunda falange en los casos con exostosis subungueal, que a veces eran económicas y en otras bastante agresivas, nos decidió a ver qué sucedería si utilizábamos el mismo procedimiento quirúrgico —es decir, la exéresis de las falanges óseas afectadas— en un paciente diabético que teníamos internado con una osteomielitis grave del hallux. Se trataba de un hombre de 58 años de edad que desde hacía tres meses presentaba tumefacción y una fístula secretante en el hallux izquierdo, tratada con baños antisépticos y antibióticos. La radiografía (Fig. 1) mostraba lesiones osteolíticas importantes en ambas falanges. Fue operado el 14/8/85, efectuándosele la exéresis total de



Fig. 1. Radiografía de frente (izquierda) y oblicua (derecha) del hallux izquierdo. Las flechas señalan las graves lesiones osteolíticas que comprometen a ambas falanges casi en su totalidad.

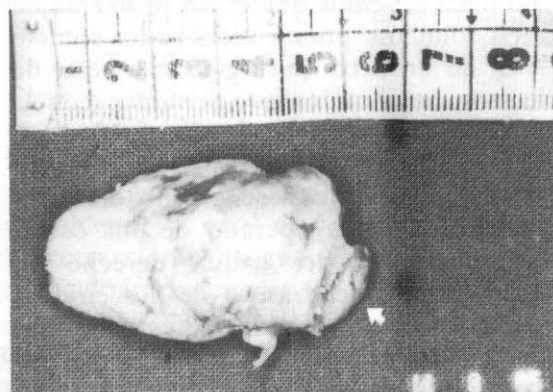


Fig. 2. Pieza anatómica vista desde el dorso que incluye a ambas falanges. La flecha señala la carilla articular de la base de la primera falange.

ambas falanges óseas (Fig. 2), obteniéndose un resultado final bueno, tanto estético como funcional (Figs. 3 y 4).

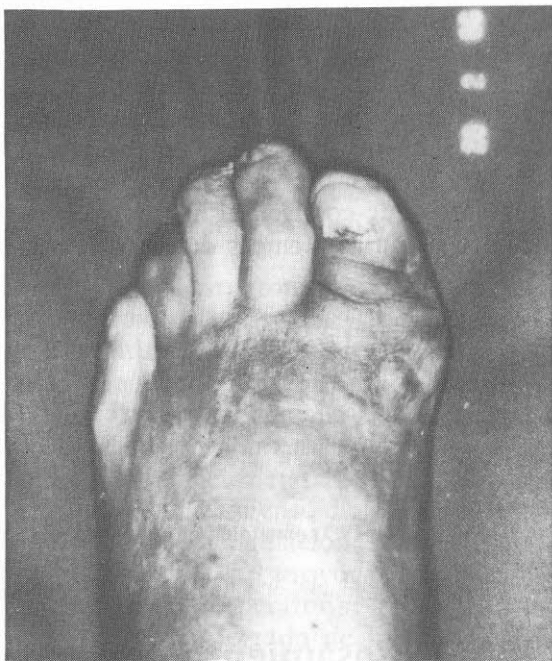


Fig. 3. Vista dorsal del antepié a los seis meses de operado. Si bien el hallux es más breve, mantiene su forma anatómica normal y conserva la uña.

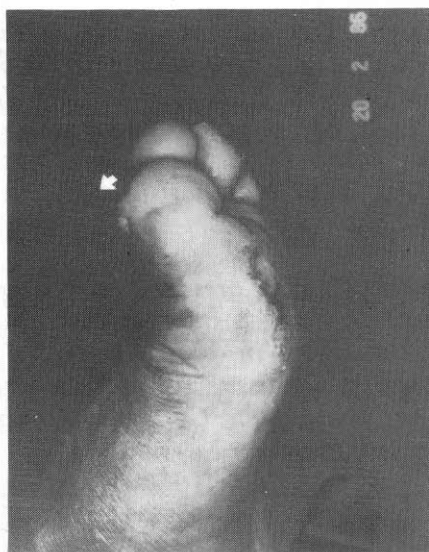


Fig. 4. Vista lateral a los seis meses de operado, donde se aprecia la forma anatómica normal del hallux y que puede hacer la flexión dorsal activa del mismo (flecha).

Queremos recordar que en el año 1976, en el XIII Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, hicimos nuestra primera presentación sobre la resección parcial de la segunda falange en 16 hallux con exostosis subungueal.

MATERIAL Y METODO

Entusiasmados con el buen resultado obtenido con el primer caso, decidimos seguir utilizando la técnica quirúrgica que luego vamos a describir y en la actualidad tenemos 16 ortejos operados, 14 son dedos gordos y dos segundos dedos, siendo todos pacientes diabéticos y vírgenes de tratamiento quirúrgico. Con respecto a la edad, el más joven tiene 41 años y el mayor 66 años, siendo 14 del sexo masculino y 2 del sexo femenino, de los cuales 10 fueron afectados del pie derecho y 6 del izquierdo.

El tiempo de seguimiento fue de 5 años el máximo y de 8 meses el mínimo.

En la selección de los casos se valoraron tres factores: 1) el estado vascular del pie; 2) los trastornos tróficos del pie, y 3) el grado de lesión de las partes blandas del ortejo afectado, desechando los que ya tenían lesiones necróticas importantes.

Todos los pacientes estaban bajo control del clínico, del cirujano vascular y del diabetólogo.

TRATAMIENTO

Como es lógico, el tratamiento es quirúrgico. Hacemos una buena higiene del pie previa a la cirugía.

Comenzamos con antibióticos 24 horas antes (el específico, si logramos su identificación, y de amplio espectro en caso contrario), que mantenemos de acuerdo con la necesidad y evolución del paciente.

Anestesia: Nunca utilizamos anestesia local, siempre general o raquídea.

No colocamos manguito neumático ni empleamos electrocoagulación.

TECNICA QUIRURGICA

— Extirpamos la uña con mucha suavidad, colocando una sonda acanalada por debajo de la misma, y la despegamos lentamente con maniobras muy delicadas, para no dañar el lecho ni la matriz ungueal (Fig. 5, números 1 y 2). Procedemos así por dos motivos: uno, porque se facilita la delicadeza de la disección del colgajo dorsal, y el otro, porque, al no existir nada "duro" como es la uña, se evita traumatizarlo innecesariamente con las maniobras quirúrgicas.

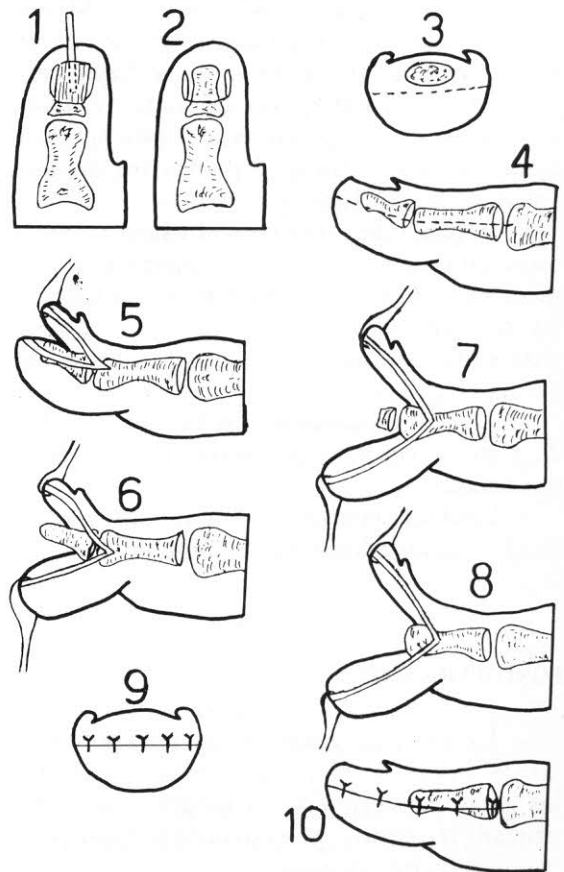


Fig. 5

— Hacemos una incisión en "pico de pato" a nivel de la línea divisoria entre la mitad dorsal y plantar del ortejo (Fig. 5, números 3 y 4), cuyas ramas laterales se

