

## ENDEREZAMIENTO PASIVO DE LA CIFOSIS DE LOS ADOLESCENTES POR CORSE DE YESO ARTICULADO

POR LA

Dra. SARA SATANOWSKY

Prof. Adjunta de Ortopedia

Jefe de Servicio de Ortopedia y Cirugía infantil del Hospital Teodoro Alvarez

El tratamiento de la cifosis de los adolescentes tropieza, como el de la escoliosis esencial, con el inconveniente de nuestra ignorancia sobre la verdadera causa etiológica y la necesidad de practicar en la mayoría de los casos un tratamiento sintomático.

Igual que en la escoliosis, existen grandes desviaciones con poca lesión ósea y desviaciones menos marcadas con una lesión vertebral grave.

No nos ocuparemos hoy del tratamiento de la cifosis incipiente ni de la cifosis reductible por la suspensión, sino de la cifosis fija e irreductible por medio del corsé articulado. En presencia de una cifosis muy pronunciada, tuvimos la idea de aplicar los yesos a torniquete ideados por Momsen, al tratamiento de nuestra enferma.

Consultada la bibliografía, hallamos que este método terapéutico ya ha sido empleado en la escoliosis por Lucien Michel, quien ha publicado en el año 1934 en la "Revue d'Orthopedie", un procedimiento cuya técnica es semejante a la que hemos seguido nosotros.

La enferma, cuyas fotografías y radiografías presentamos a la consideración de los colegas, tiene 16 años de edad, es argentina, concurrió la primera vez al consultorio externo del hospital Teodoro Alvarez el 6 de junio de 1935 (figura 1).

*Antecedentes hereditarios.* — Padres vivos y sanos. Tres hermanos vivos y sanos.

*Antecedentes personales.* — Nacida a término, lactancia materna, deambulación y dentición en épocas normales. Sarampión y coqueluche en su infancia. Menarquia a los 14 años, reglas irregulares, indoloras y poco abundantes.

*Enfermedad actual.* — Pocos meses antes de la menarquia, comenzó a encorvarse su dorso, deformación que ha ido acentuándose gradualmente hasta adquirir el grado que presentaba en el momento de consultarnos. Durante la

evolución de la deformación la enferma no ha acusado dolores ni molestia alguna.

*Estado actual.* — Regular estado de nutrición. Panículo adiposo poco abundante. Piel y mucosas sanas.

A la inspección llama la atención una marcadísima cifosis redondeada, cuya parte más saliente corresponde a la parte inferior de la columna dorsal. Toda



Figura 1

la caja torácica acompaña esta desviación de la columna. La línea de gravedad pasa muy por delante de la columna dorsolumbar.

Los movimientos de flexión y extensión de la columna son indoloros, se realizan a nivel de la parte inferior de la columna lumbar y de las articulaciones coxofemorales.

Durante estos movimientos la deformación de la columna no sufre modificación alguna.

La cifosis tampoco se modifica con la suspensión.

Aparte de la cifosis que hemos descripto el resto del sistema ósteomuscular es normal.

Aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo: normales.

La radiografía de frente no permite apreciar lesión vertebral alguna. Sólo se observa en la región dorsal, la imbricación de los cuerpos vertebrales que impiden ver los espacios intervertebrales correspondientes.

La radiografía de la columna vertebral en su proyección sagital nos muestra una deformación en cuña del cuerpo de la undécima vértebra dorsal cuya cara anterior es mucho más reducida en altura que la cara posterior. Igual deformación, aunque en un grado menor, se observa a nivel de los cuerpos de la octava, novena y décima vértebra dorsal. Además los bordes de dichas vértebras presentan lesiones evidentes de ósteocondritis. Todas estas lesiones han sido descritas por Scheuermann en la cifosis de los adolescentes.

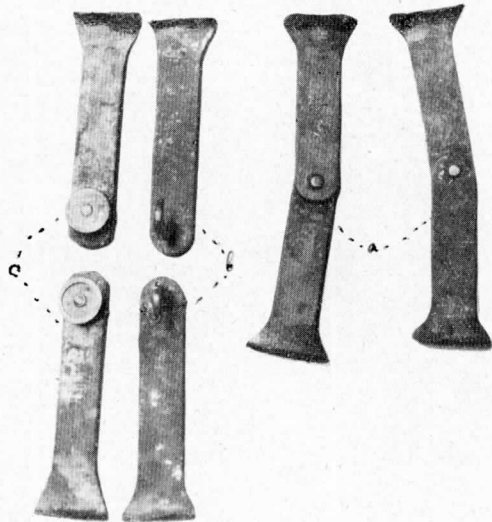


Figura 2

Las investigaciones de laboratorio dieron los siguientes resultados:

Reacción Wassermann: negativa.

Reacción Kahn: negativa.

Reacción Mantoux: 1 % positiva franca.

Examen de sangre: hemoglobina, 75 %.

Recuento globular: glóbulos rojos, 4.380.000; glóbulos blancos, 6.800.

Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos, 54 %; polinucleares eosinófilos, 2 %; linfocitos, 41 %; mononucleares, 3 %.

Julio 6, 1935. Se le aplica el primer yeso articulado.

Agosto 2: Se quita el yeso.

Septiembre 11: Se aplica el segundo yeso.

Octubre 12: Se quita el yeso.

Noviembre 15: Se aplica el tercer yeso.

Diciembre 15: Se quita el yeso.

Diciembre 20: Gotera de Lorenz.

El material que usamos en la confección del aparato es el común para el corsé enyesado: aparato de suspensión de Sayre; 2 camisetas de jersey de algodón; venda de franela; fieltro; vendas de yeso; 2 piezas articuladas laterales (a); 2 piezas con gancho o rondanita (b y c) para efectuar la tracción, cuya forma puede apreciarse en la fotografía (figura 2).

Al comienzo usamos las piezas con gancho, pero tropezamos con el inconve-



Figura 3

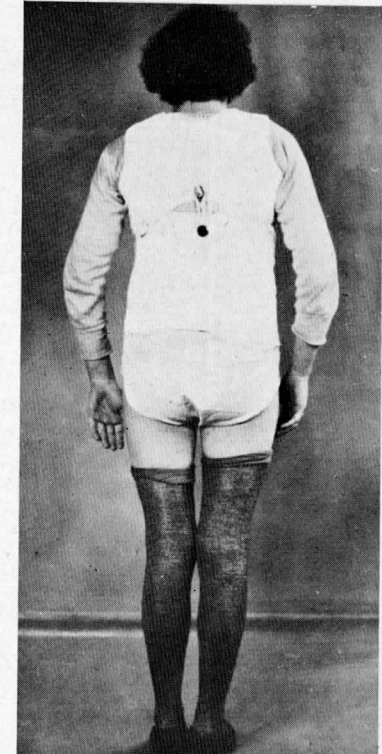


Figura 4

niente, especialmente en las niñas, de que eran muy aparentes a través de la ropa, por cuya razón las reemplazamos por rondanas. Se pueden usar indistintamente unas u otras. Se procede de la siguiente manera:

Se visten al enfermo las dos camisetas de jersey. Entre las dos camisetas se colocan varias piezas de fieltro con el objeto de evitar las escaras en los puntos de mayor presión: una pieza anterior del largo y ancho del hemitórax anterior, escotada a nivel del cuello de modo que las partes laterales puedan colocarse sobre los hombros; una pieza cuadrilonga a nivel de la gibosidad donde se realizará la mayor presión y una pieza que rodea la pelvis para proteger el sacro y

las espinas ilíacas. Colocados los fieltros entre las camisetas y fijadas para que no se desplacen con venda de franela, se suspende al enfermo del aparato de Sayre.

Se aplica un corsé enyesado desde el cuello hasta los trocánteres. Hecho el corsé y fraguado el yeso, se corta una hendidura de forma circular que corresponde a la parte más saliente de la gibosidad. Esta hendidura es cuatro veces más ancha en la región dorsal que en la región torácica. Al mismo tiem-

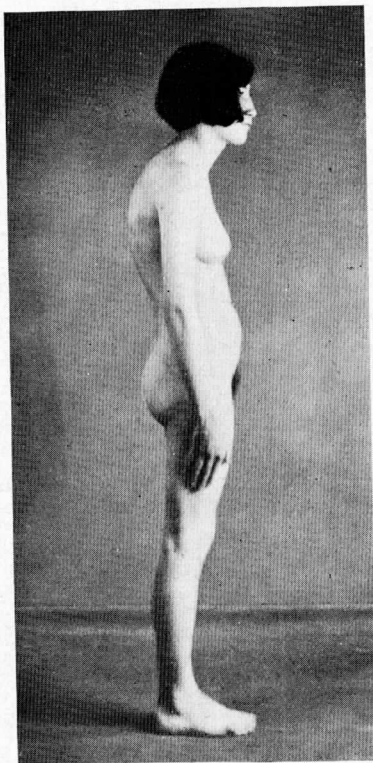


Figura 5

po que el yeso es necesario tener la precaución de cortar a nivel de la hendidura la camiseta superficial, porque estando adherida al yeso no permitiría el desplazamiento de las dos mitades del aparato.

Terminado el recorte se colocan las dos piezas articuladas en las partes laterales del yeso de modo que la articulación corresponda a la hendidura que hemos recortado, y las dos piezas con gancho o rondana se colocan en la región dorsal en las dos mitades superior e inferior del yeso con la rondana o el gancho dirigidos hacia la hendidura. Se fijan estas piezas con vendas de yeso a la parte correspondiente del corsé. Una vez fraguado el yeso se reúnen

los ganchos o rondanas con un piolín sin realizar ninguna tensión a la espera que se seque el yeso, y recién a las 24 ó 48 horas se aplica el torniquete, que progresivamente cada cuatro días va aproximando las dos mitades del yeso en la región dorsal hasta que lleguen a tocarse, en cambio la hendidura se hace más ancha en la parte anterior (figuras 3 y 4).

A los treinta días, más o menos, se quita el yeso dejando a la enferma descansar un mes y se repite el enyesado las veces que fuera necesario hasta obtener una corrección suficiente (figura 5).

En la enferma cuya fotografía proyectamos la corrección obtenida se consiguió con tres corsés de yeso articulados.

Tenemos actualmente en asistencia en nuestro servicio de Ortopedia y Cirugía Infantil del Hospital Teodoro Álvarez, cinco enfermos con cifosis dorsal irreductible, de los cuales cuatro son cifosis de los adolescentes y una es una cifosis congénita. De las cuatro cifosis de los adolescentes una presenta lesiones graves de osteocondritis vertebral en actividad, localizadas a casi toda la columna dorsolumbar, por cuya razón se la ha inmovilizado en lecho de Lorenz; de los que quedan ésta es la única enferma en la cual el tratamiento ortopédico ha terminado.

¿Podemos considerar esta reducción tan apreciable de su desviación vertebral como un resultado definitivo?

No lo creemos. Los que hemos seguido durante mucho tiempo los enfermos con desviaciones vertebrales no tuberculosas, tratadas por medios ortopédicos de fuerza, aunque ésta fuese aplicada progresivamente, hemos visto la recidiva de la desviación, frecuentemente tan marcada como antes de la aplicación del tratamiento, si esta corrección no ha sido fijada por medios quirúrgicos.

Por esta razón aconsejamos a la enferma la fijación quirúrgica de su columna para conservar el resultado obtenido.

Aun con la poca experiencia que tenemos con este procedimiento de enderezamiento pasivo de la cifosis de los adolescentes, debemos dejar establecidas las contraindicaciones que su empleo nos ha sugerido.

1º En los casos de osteocondritis graves de los cuerpos vertebrales en actividad.

2º Cuando el radio mayor de la cifosis está situado en la región dorsal alta, es difícil tomar un punto de apoyo alto para el segmento superior del yeso, e imposible colocar las bisagras laterales que constituyen el eje alrededor del cual se hace el enderezamiento, por impedírselo la raíz del miembro.