

El Criterio Ortopédico en las Amputaciones

Para el Cirujano General con la Amputación Termina el Tratamiento para el Cirujano Ortopedista apenas si ha empezado. R. WATSON-JONES.*

DR. LEONARDO ZAMUDIO*

A pesar de lo asentado por Watson-Jones en la frase anterior, en general, las amputaciones son operaciones que no frecuentemente llegan a manos del ortopedista⁶. Posiblemente, en el fondo, exista un cierto desagrado del especialista hacia ellas, ya que la labor de éste es altamente reconstructiva, la mayoría de sus acciones se dirigen a salvar miembros o a darles función.

A pesar de todo esto, tiene que ver con ellas si nó durante su ejecución si después de haber sido realizadas por cirujanos generales, médicos generales u oncológicos⁶. Estos envían al enfermo con el ortopedista, en algunas ocasiones, para la prescripción de una prótesis adecuada; digo en algunas ocasiones, pues en la mayoría de ellas el enfermo es dado de alta "sin más guía para la obtención de su prótesis que la del directorio telefónico".¹

El cirujano y el médico general aprendieron desde la escuela ciertas técnicas y oyeron de cirujanos que otrora se hicieron famosos por haber ejecutado tal o cual amputación en escasos minutos.

Esas técnicas fueron aprendidas en la clase de Técnica Quirúrgica en el Cadáver" y para su ejecución se seguía como guía la descrita en los libros franceses: Farabeuf, "Los Prosectores de París" etc. El recuerdo de la mayoría de esas operaciones iba aparejado a un nombre propio: Pirogoff, Lisfranc, Chopart, Montes de Oca etc. Desde la descripción de la Técnica de Montes de Oca, han pasado ya más de 50 años; sigue siendo una buena operación pero cuando se desea dejar un muñón para apoyo directo, un muñón en el que no se pondrá prótesis, sino un pilón.

Desde la publicación de "Los Prosectores de París" han pasado 30 años y si se revisa el tomo: "Práctica corriente y Cirugía de Urgencia"⁸ se encontrará: "No debemos preocuparnos

en si se trata de un Chopart o de un Lisfranc, son en realidad ejercicios de anfiteatro, excelentes para el aprendizaje. El médico práctico no debe recordarlos cuando opera a un enfermo".

A todo esto debemos agregar la velocidad que siempre está presente en la mente del médico general o del cirujano general cuando amputan a un paciente.

El oncólogo no padece de los defectos anteriores; en él la operación siempre está supeditada al criterio de nivel para evitar recidivas o metástasis, pero tiene la idea de dejar los muñones" muy bien acojinados".

El autor ha querido escribir estas notas para hacer llegar a los colegas médicos en general el criterio ortopédico en las amputaciones. La secuencia de ese criterio traerá por resultado la mejor adaptación de las prótesis y la rehabilitación e independencia del enfermo en forma más rápida.

1.—En el preoperatorio de los enfermos candidatos a la amputación, cuando no se trata de casos de urgencia, se deben tener en cuenta varias condiciones.

a).—Su situación mental.— No mostrar al enfermo la amputación como un último recurso, si no como el procedimiento de elección para él. En muchas ocasiones se le podrá presentar como una liberación de algo que le ha impedido trabajar y asistir a sus obligaciones sociales por mucho tiempo.²

Otras veces sobre todo tratándose de tumores, se le hará ver que es mejor perder un miembro y no la vida.

La adaptación mental del enfermo desde el pre-operatorio, será una gran ayuda para su recuperación mental y física en el post-operatorio.⁷

Cuando se trata de casos de urgencia y ante la gravedad de una situación, los enfermos generalmente no se oponen a estos pro-

* Del Instituto Nacional de Cancerología.

cedimientos. En estos casos la adaptación tendrá lugar en el post-operatorio inmediato y a veces será necesario echar mano de todos los recursos psiquiátricos para evitar la desesperación del enfermo.

b).—Cuando hay trastornos circulatorios en los miembros es necesario corregirlos al máximo antes de proceder.*

c).—El cirujano debe escoger "el nivel de elección" en cada caso de acuerdo con los caminos establecidos y la experiencia en las guerras pasadas. (Figura 1) (3-4).

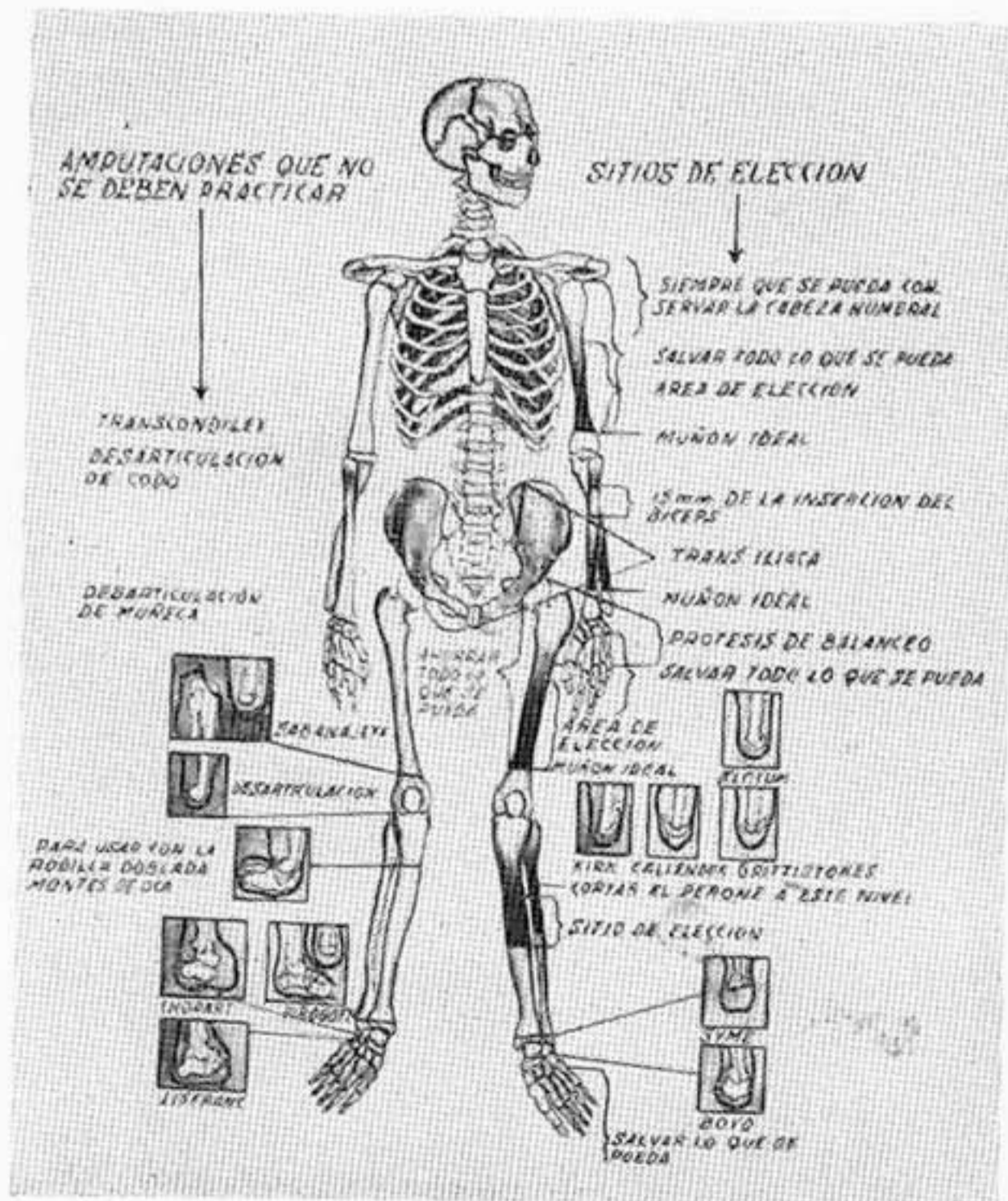
Ante una emergencia y cuando haya duda del nivel al que se debe practicar la amputación", se salvará lo más que se pueda", pues en esas circunstancias es posible después reamputar en el sitio de elección y dejar un muñón útil. (2-3-4-5-7)

d).—Debe escogerse la anestesia de acuerdo con las recomendaciones del internista teniendo en cuenta el estado general del paciente.

En el acto operatorio se recomienda:

a).—Olvidarse de la velocidad. En general la vida del enfermo no depende de que la operación se haga en escasos minutos como ocurría hace 50 ó 100 años. Hoy las amputaciones las practican cirujanos, no barberos y se cuenta con los recursos de la anestesia y de la transfusión. Tampoco se debe desperdiciar el tiempo.

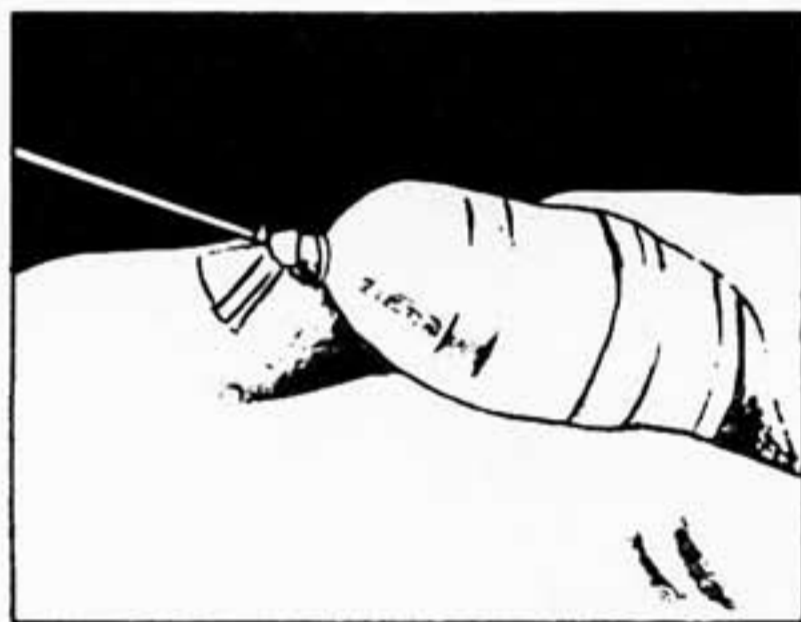
b).—El uso del torniquete debe estar supeditado a las condiciones del miembro por amputar.



Si hay deficiencia circulatoria será mejor no usarlo y elegir un nivel en donde los músculos sangren libremente. Si una infección está presente se tendrá cuidado de no vaciar el miembro y esto mismo se hará si se trata de una tumoración.

- c).—No debe maltratarse la piel y deben dejarse los colgajos de la misma de modo que al suturarlos no queden a tensión. Más del 50% de los amputados tienen esfacelos de piel alrededor de la herida en el post-operatorio inmediato, debido al mal trato que recibieron durante el acto operatorio y debido también a que fueron suturados a tensión.

Para evitar que la piel al retraerse ponga en tensión las suturas, se debe aplicar tracción al muñón; ya sea con tela adhesiva o con una media de punto pegada a la piel con tintura de benjuí. También se puede usar hule espuma. (Figs. 2 y 3).

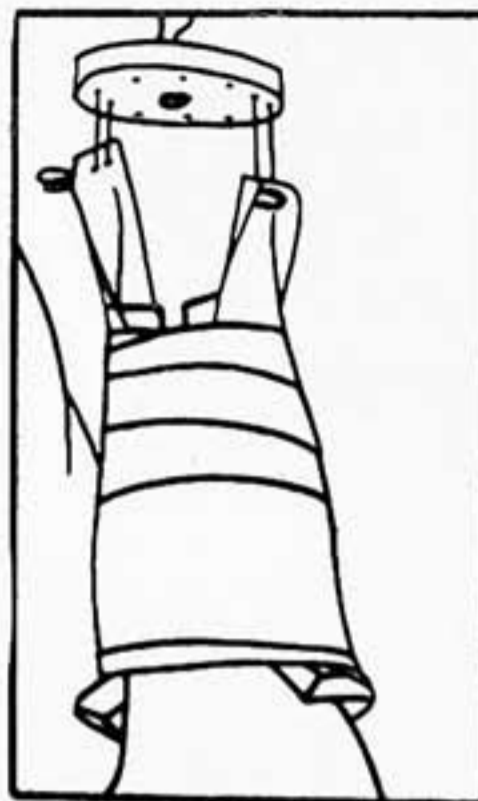


- ch).—Los vasos de los paquetes deben ligarse por separado y el consenso general de opiniones es que los nervios no deben inyectarse; sólo se deben cortar y permitir que se retraigan.

Con respecto a esto, Perkins dice: Si el cirujano no sabe donde encontrarlos, tanto mejor.⁷

- d).—La aponeurosis debe cortarse de modo que alcance para cubrir el muñón.
e).—No se deben dejar masas musculares redundantes. A este respecto se debe decir que hay dos tipos de muñones.

1.—Los de apoyo directo, y



2.—Los de no apoyo.

De los primeros, los únicos que tienen un lugar dentro de la cirugía moderna son los creados por las amputaciones de Syme, de Boyd y M. Gritti Stokes (§4-5-7)

Los muñones para apoyo directo son en clava y el resto de las amputaciones dejan muñones cónicos con objeto de poder adaptar las prótesis.

- f).—Al seccionar el hueso no se deben dejar irregularidades en los bordes. Estos deben limarse.

Al amputar al nivel de la pierna siempre se debe dejar el peroné más corto que la tibia, especialmente cuando se trata de niños.⁷

- g).—Antes de cerrar, se debe hacer una hemostasia cuidadosa ya sin torniquete, en los casos en que se haya usado.

- h).—Se debe dejar canalización que se retirará a las 48 ó 72 horas como máximo.

Cuando se haga una amputación abierta, se debe empacar toda la herida con gasa vaselinada y aplicar tracción sobre la piel, (Figs. 2 y 3) para evitar que esta se retraiga por encima de los planos profundos.

Este tipo de amputaciones se debe llevar a cabo, generalmente en presencia de infecciones del tipo gangrenas gaseoso. En ellas en una segunda sesión se cerrará el muñón.

- i).—Suturar por planos: aponeurosis, tejido celular y piel con puntos separados.

- j).—Vendar el muñón sin presión excesiva y

con una venda elástica ancha. Al hacerlo procurar que desde el principio vaya adquiriendo la forma cónica. (Figura 4) (1-3-4-5-6-7)

3.—En el post-operatorio.

- a).—Retirar la canalización a las 72 horas como máximo
- b).—Mantener el muñón vendado correctamente.
- c).—Evitar que el enfermo mantenga el muñón en una sola posición pues esto trae como consecuencia contracturas que es difícil hacer desaparecer.
La tracción es útil o también la colocación de una férula posterior de yeso.
- d).—No retirar los puntos antes de 2 ó 3 semanas.
- e).—Instituir ejercicios que tiendan a restablecer el equilibrio muscular del muñón (fortalecer cuádriceps, gluteo y abductores en el miembro inferior principalmente; en el miembro superior deltoides, bíceps y tríceps.)

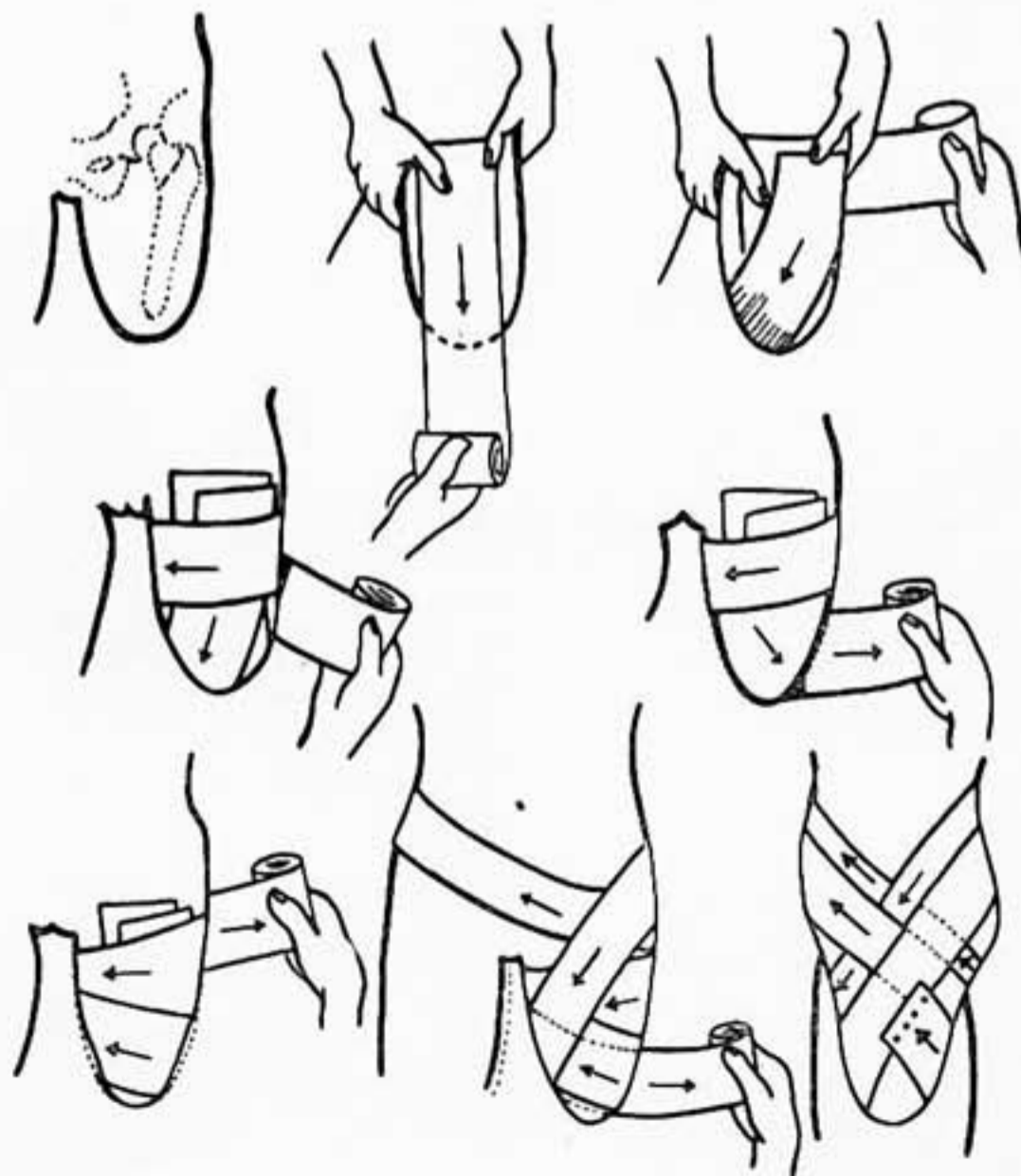
f).—No abandonar al enfermo al terminar la cicatrización de la herida.

Se le debe guiar en la obtención de una prótesis o ponerlo en contacto con quien pueda orientarlo. La elección de la prótesis atañe al médico, no debe dejarse en manos del aparatista.

Una vez obtenida la prótesis, el médico debe servir de consejero durante el entrenamiento para el uso de la misma.

El amputado hoy en día, puede llevar una vida prácticamente tan activa como el individuo normal. La última guerra trajo como consecuencia el perfeccionamiento de las prótesis y el mejor entendimiento del amputado.

En 1922 Little mencionaba que la mayoría de los amputados usaban al menos un bastón, hoy aún los amputados bilaterales de los miembros inferiores pueden caminar sin ayuda y los amputados de los miembros superiores pueden en algunas ocasiones



competir con los trabajadores ordinarios. La rehabilitación de los amputados de los miembros superiores requiere más tenacidad e inteligencia que la de los que han

perdido un miembro inferior. En aquellos siempre se debe tener presente que en la obscuridad, no sirve para nada, su uso está supeditado a la vista.

Referencias Bibliográficas

1. *Allredge R. H y Murphy E. F. Prosthetics research and the amputation surgeon.*
2. *Bunnell S. Surgery of the hand. 2nd. Edition. J. B. Lippincott. 642-656 1951.*
3. *Osmond-Clarke H. Amputations. Jour-of Bone and Joint Surg. Vol. 39B 218-1957.*
4. *Slocum D. B. An atlas of amputation. C. V. Mosley 1949.*
5. *Speed J. A. y Smith H. Campbell's Operative Orthopedics. and Edition. Volume 1.-787-563 1949.*
6. *The Society and Home for Cripples i in Denmark. Essential features of limb fitting.*
7. *Thomas A. y Haddan Ch. Amputation Prothesis J. B. Lippin cott.*
8. *Vean V. Práctica corriente y cirugía de urgencia. (Resumen de Técnica operatoria por los prosectores de la Facultad de Medicina de Paris. 243-257 Sintet. Barcelona. 1928.*
9. *Watson-Jones R. Fractures and joint injuries. Third Edition. Vol. 1-243-253. Williams and Wilkins.*