

# Osteítis de isquión en el parapléjico

## Técnica de resección - mioplastia

S. CERVELLO, M. DE LA CONCEPCION y L. ALBERT (\*)

### RESUMEN

EL tratamiento de las úlceras isquiáticas en los parapléjicos está lleno de dificultades. Los autores proponen una técnica utilizando para recubrir el lecho óseo un colgajo muscular con los isquiotibiales.

Descriptores: Úlceras por decúbito isquiáticas. Parapléjicos. Úlceras por decúbito.

### SUMMARY

The treatment of the ischial decubitus ulcer in paraplegic patients is always difficult. The authors suggest a technique using the homstring muscles to cover the bone bed after resection.

Key words: Ischial decubitus ulcer. Paraplegic ulcer.

### Introducción

La historia natural de un parapléjico se ve «complicada» en términos generales por gran cantidad de accidentes, entre los cuales hay que considerar preferentemente los higromas de apoyo y la posterior evolución de los mismos a dos tipos clínicos bien diferenciados:

1. Las bursitis de apoyo supuradas o no, sin afectación ósea.
2. Las osteítis de isquión con fístulas al exterior e imágenes radiológicas (fig. 1, A) de afectación ósea.

De la misma manera que las lesiones sacras son la complicación más frecuente del parapléjico encamado, las lesiones isquiáticas lo son del parapléjico sentado y que por lo tanto ya se ha reinsertado en la sociedad, es por esta razón, que el propio enfermo al comenzar estos episodios de fístulas, ostei-

tis, pequeñas limpiezas y actuaciones a veces excesivamente prudente, se ve de nuevo apartado de la reintegración social que con gran esfuerzo había alcanzado, y exige una solución más radical o en el peor de los casos piensa que ha perdido todo lo que con tanto esfuerzo alcanzó, un trabajo, una reincorporación social y familiar.

### Mecanismo de la lesión isquiática

El mecanismo patogénico es siempre el mismo: «Las partes blandas son comprimidas entre el hueso y el sillón».

La causa fundamental es pues, el apoyo de todo el peso del cuerpo sobre el asiento, apoyo que está localizado en los salientes de los macizos óseos.

A esta causa fundamental colaboran otras ya conocidas en este tipo de enfermos, como son:

1. La amiotrofia.
2. La anestesia.
3. La precaria vascularización (Vasoplegía).

(\*) Unidad de Sépticos de Aparato Locomotor  
Dpto. Traumatología y Ortopedia, Jefe: Dr. J. MAESTRE  
Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia.

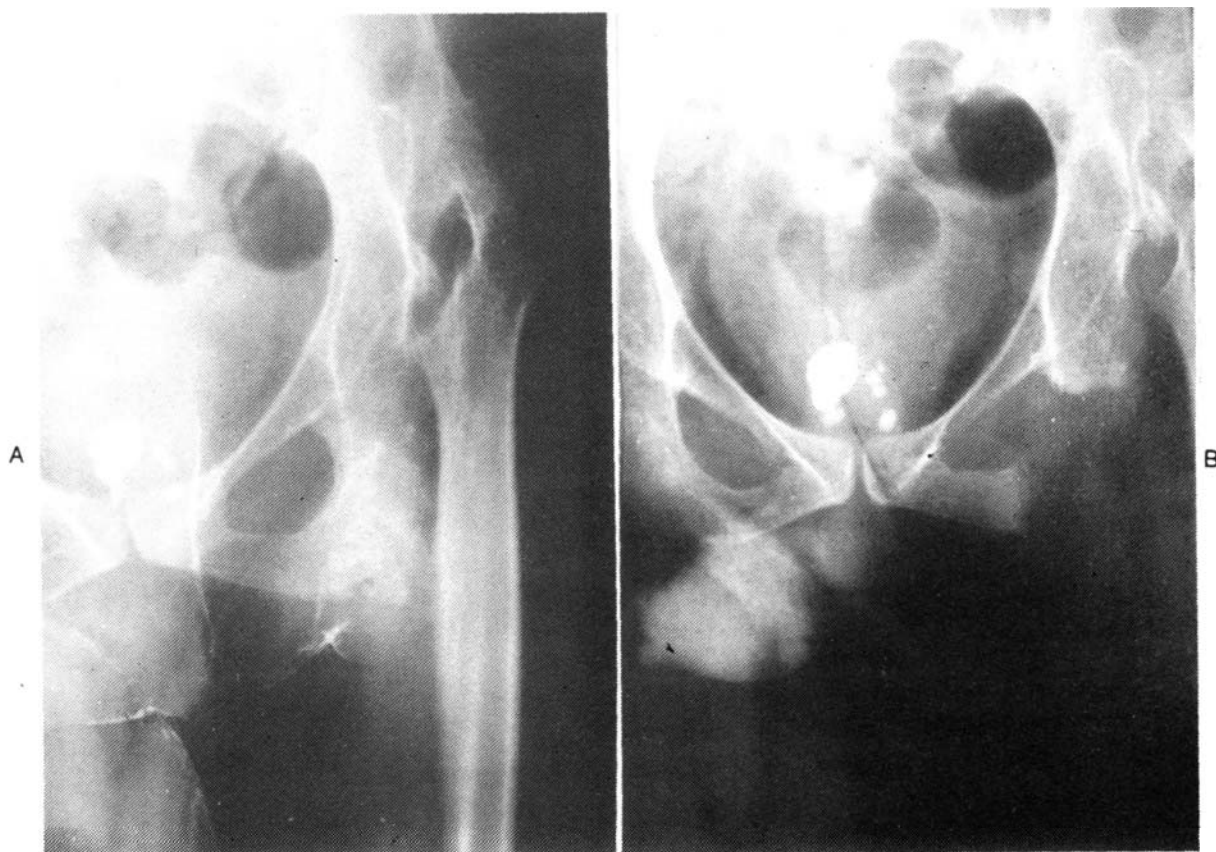


FIG. 1.- A. Osteítis de isquión fistulizada. B. Resección. Mioplastia de isquión.

4. La mala calidad o el descuido del cojín de apoyo.

5. La relajación en la vigilancia, etc.

Se forma así un despegamiento subcutáneo, cada vez más profundo, mantenido por el deslizamiento y la maceración.

El hygroma aparece a expensas de una bolsa serosa virtual, y con el tiempo puede afectar al hueso dando zonas de osteítis (Fig. 1, A) y fistulizarse al exterior (fig. 3).

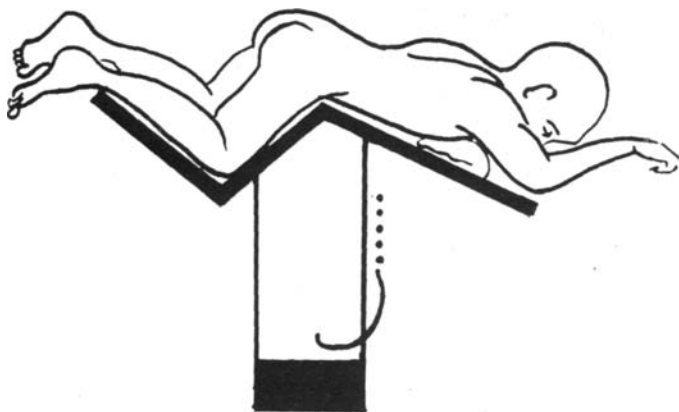


FIG. 2.- La técnica quirúrgica. Posición del paciente.

En cualquier caso la solución definitiva la encontraremos eliminando al culpable, el isquión y ocupando ese espacio (fig. 1, B) con una almohadilla muscular a expensas de los isquiotibiales.

Esto, no es más que aplicar la actual filosofía en el tratamiento de las infecciones de los huesos:

«Resecar todas y cada una de las zonas de tejido óseo infectado y sustituirlas por tejido vivo y sangrante, ya sea óseo o muscular y ya sea con técnicas tradicionales o con técnicas microquirúrgicas, el final será el mismo: aportar a zonas desvitalizadas tejidos capaces de provocar la cicatrización y hasta donde puedan, la regeneración».

### Los problemas de la resección del isquión

Necesariamente la isquiectomía debe ser completa, porque la abrasión y la isquiectomía parcial abocan siempre a las recidivas y desarrollan osteofitos ofensivos.

La resección del isquión entraña unos riesgos (fig. 4, A), clasificados para mayor entendimiento en:

– Apertura de la cápsula articular de la cadera cuando se asciende demasiado.

– Lesión de los vasos obturadores en el canal subpubiano (fig. 4, A vo).

– Lesión de los vasos pudendos en el canal de ALCOCK cuando la osteotomía es muy medial, es probable la lesión de los pedículos vasculares en el canal subpubiano (fig. 4, A vp).

– Rotura de la uretra cuando la osteotomía se prolonga hacia dentro (fig. 4, A U).

La osteotomía extraperióstica es más selectiva teóricamente, pues llevándose el periostio evita las recidivas en los enfermos, que en caso contrario están expuestos a osteomas, pero es más sangrante debido a las agresiones vasculares y a la sección de los músculos que se insertan en el macizo isquiático.

La osteotomía subperióstica presenta la gran ventaja del fácil despegamiento de las inserciones musculares y de ser poco sangrante, pues estando en contacto con el hueso está al abrigo de las lesiones vasculares. Además parece ser que no produce más osteomas y osteofitos que la vía extraperióstica.

No cabe duda que la resección de una rama isquiática, favorece la presión sobre la otra que se encuentra más expuesta, por esto es importante dejar un techo suficiente para proteger la uretra (fig. 1, B). El enfermo no se debe sentar sobre su uretra, y menos pinzarla con el techo pubiano al inclinarse hacia adelante.

Esta técnica que nosotros proponemos, difiere de la de RADLEY, porque este autor se lleva la sínfisis del pubis, exponiendo a la fractura de la cintura pelviana y a la eventración por desinserción de los rectos.

La isquiectomía simple lleva el punto de apoyo sobre el muñón de la rama ilioisquiática con riesgo de escaras retrotrocantéreas.

Un excelente medio preventivo es la plastia con relleno muscular.

Desde que TULENKO en 1964 describiera la plastia de un colgajo dermograso de acolchamiento, la plastia muscular ha ganado adeptos.

BLOCKSNA emplea el obturador interno, y VILAIN la practica con el bíceps largo. Nosotros siguiendo a CHEVALLIER practicamos la sutura de los isquiotibiales al glúteo medio y al piramidal.

### Técnica quirúrgica

*Primer tiempo:* Posición del paciente (fig. 2).

Se coloca en decúbito prono, las caderas elevadas al máximo por un pivote, y las rodillas en semiflexión; lo que permite, al fle-

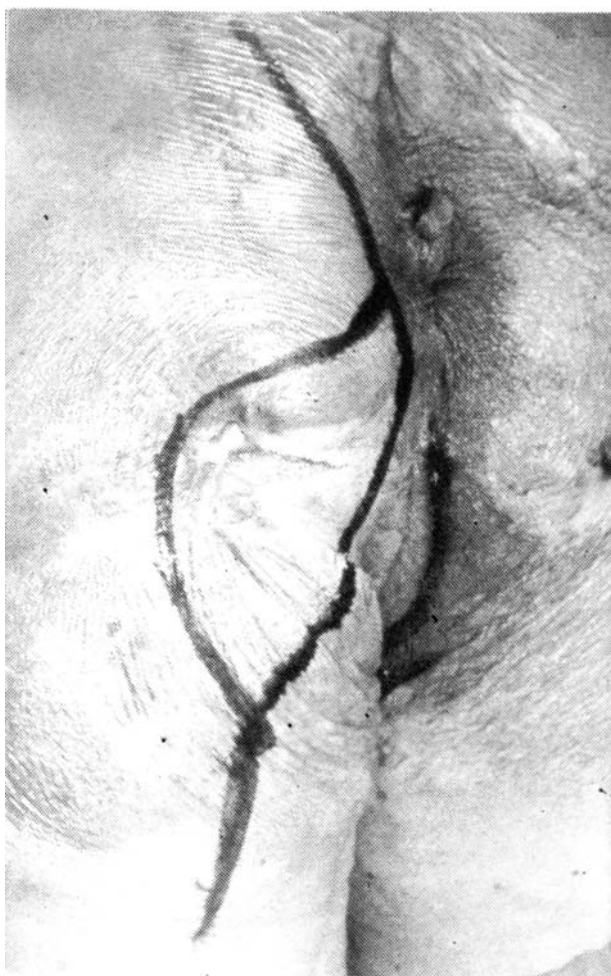


FIG. 3.— La técnica quirúrgica. Incisión.

xionar las caderas, poner más en evidencia los salientes óseos.

*Segundo tiempo:* Incisión (fig. 3).

Ha de ser arciforme, centrada sobre el hygroma, y de concavidad externa. Existen muchas variantes de esta incisión, que dependen del tamaño del hygroma, úlcera, fístula, etc., que debemos resear; pero en cualquier caso el sacrificio de la piel no plantea problemas y siempre se puede cerrar.

En todos los casos es imprescindible escindir la zona de piel contundida y macerada. La incisión debe prolongarse hasta la cara posterointerna del muslo, para facilitar el abordaje a los músculos isquiotibiales y al nervio ciático.

*Tercer tiempo:* Escisión del hygroma.

Si el plano de clivage alrededor del hygroma es fácil, o la úlcera es grande, se reseca en bloque.

Si existen fistulas se hace un rastreo con azul de metileno previamente a la exéresis del hygroma.

*Cuarto tiempo:* Abordaje subperióstico al isquión.

Con bisturí eléctrico se llega al macizo isquiático y al comienzo de la rama isquio-pubiana, y con periostotomo se despega toda la rama.

A continuación se despega la rama ilioisquiática por el borde inferior del agujero ob-

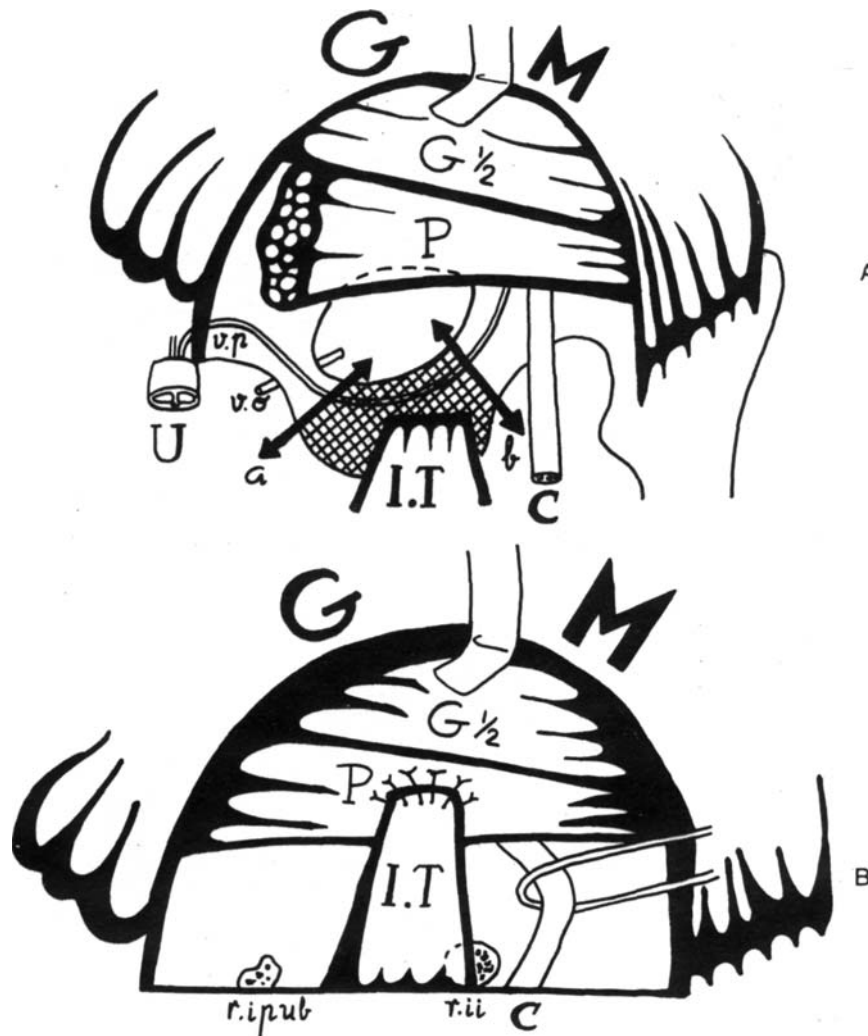


FIG. 4.- La técnica quirúrgica.  
A. Peligros de la técnica y zona de resección. B. Mioplastia.

turador. Durante este tiempo el cirujano debe tener presente los cuatro peligros que le acechan en esta zona (fig. 4, A).

- a) Posibilidad de abrir la articulación coxofemoral.
- b) Lesionar la uretra.
- c) Agresión al paquete vascular obturador.
- d) Lesión de las pudendas.

*Quinto tiempo: Osteotomía.*

Se practica la resección del isquión (fig. 4, A) con cizalla y se regulariza con pinza gubia.

*Sexto tiempo: Mioplastia (fig. 4, B).*

Se disecciona la celda posterior del muslo, aislamos el nervio ciático y el tendón común de los isquiotibiales (fig. 5).

Desinsertamos subperióticamente el tendón común y realizamos una mioplastia cubriendo la zona de resección y reinsertándolo al músculo piramidal y al glúteo medio.

*Séptimo tiempo: Cierre convencional bajo aspiración continua.*

### Cuidados postoperatorios

1. Cambios posturales o lecho movable.
2. Comenzar la sedestación entre la cuarta y sexta semana en función del estado de la herida.

### Contraindicaciones

Sólo existe una. Aquellos parapléjicos incompletos con potentes isquiotibiales que se ponen de pie gracias a ellos.

En estos casos, si hacemos una resección de isquión, que es el punto de apoyo para ponerse de pie, podemos ocasionar un grave perjuicio.

### Casuística

Hemos realizado en nuestra Unidad de Sépticos diez intervenciones con esta técnica desde el año 1980.

El 65 por 100 fueron varones y la edad media fue de 47 años.

En todos los casos se trataba de osteitis



FIG. 5.— La técnica quirúrgica. Detalle de la técnica: La referencia del nervio ciático y los isquiotibiales en su origen antes de la resección-mioplastia.

supuradas de isquión en parapléjicos, y todos ellos habían sido intervenidos con anterioridad, practicándoseles técnicas convencionales como son la exéresis simple del hygroma o las resecciones parciales del isquión; habiendo recidivado en todos los casos en una media que oscila desde dos a tres meses en las bursectomías simples hasta 4 años en las isquiectomías parciales.

### Resultados

Hasta el momento hemos agrupado nuestros enfermos en dos apartados, los operados hace más de un año y los operados durante este año.

El 40 por 100 llevan más de un año de intervenidos y no han recidivado en ningún caso.

El 60 por 100 con menos de un año han

presentado dos dehiscencias de sutura que se solucionaron prolongando las curas posturales.

En conjunto hasta hoy nuestros diez enfermos permanecen sentados, incorporados a la vida social y sin hygromas ni supuración.

### Conclusiones

En la difícil problemática del parapléjico, las lesiones isquiáticas son algo común, que obligan al enfermo que ya logró incorporarse a la sociedad volver de nuevo al lecho. Esta técnica por lo que tiene de radical, al resecar por completo la infección, y por lo que tiene de biológica la cobertura con los isquiotibiales, es en nuestro criterio la mejor solución para el tratamiento de las rebeldes osteitis de isquión.

### BIBLIOGRAFIA

- BLOCKSNA, R.; KOSTRUBALA, J. y GREELEY, P. (1949): The surgical repair of decubitus ulcers in paraplegic. *Plast. Reconstr. Surg.*, 4, 123-132.
- CHEVALLIER, J. M. et als. (1981): L'ischiectomie chez le paraplégique. *Rev. Chir. Orthop.*, 67, 79-83.
- DUPUY, J.; DEBRAY, G. y VILAIN, R. (1974): Traitement des escarres isquiatiques par ischiectomie associée à une plastie musculaire. *Ann. Med. Phys.*, 17, 36-38.
- RADLEY, T.; LIEBIG, C. y BROWN, J. R. (1954): Résection du pubis et de l'ischion. *J. Bone Joint Surg.*, 36-A, 855-858.
- TUELKO, J. F. (1964): Surgical treatment of ischial decubitus ulcers with buried derma fat flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 40, 72-76.
- VILAIN, R. (1960): Traitement des escarres. *Ann. Chir.*, 14, 159-177.