

Amputaciones Abiertas

Alfredo Blanco Arroyo*

Las amputaciones son operaciones mutilantes, consecuencia de lesiones traumáticas graves, enfermedades vasculares o infecciones que no pueden ser tratadas en otra forma. Sea cual sea la causa de la amputación, los efectos físicos, síquicos y socioeconómicos en el paciente, pueden ser disminuídos con un adecuado procedimiento quirúrgico y la rehabilitación del paciente. El manejo de un paciente que requiera amputación, deberá ser hecha por un equipo formado por el cirujano, el prostaestista y el fisioterapeuta, asistidos muchas veces por el siquiatra.

La indicaciones generales para una amputación son:

- a) Trauma con gran atricción de tejidos blandos.
- b) Enfermedades vasculares periféricas.
- c) Tumores.
- d) Deformaciones congénitas.
- e) Infecciones.
- f) Parálisis.

La principal función del miembro inferior es la deambulación y para esto se requiere estabilidad, fuerza muscular, movimientos de las articulaciones y longitud del miembro. La conservación de la rodilla en el amputado, es de vital importancia, siendo mayor ésta, en los pacientes ancianos. Al respecto Pedersen dice "el principal problema del amputado geriátrico no es la prótesis, su adaptación, aliniamiento, entrenamiento a la marcha, si no la preservación o no de la rodilla". Para muchos pacientes, el tener rodilla significa volver a caminar o ser relegados a una silla de ruedas. Aún aquellos que no vuelven a caminar, les significa poder moverse en la cama, usando el muñón como punto de apoyo. En la rehabilitación del paciente amputado, la rodilla significa tener un motor para su prótesis, el que ésta sea de menor peso, fácil de aplicarse. La marcha será casi igual al de una persona normal, podrá bajar y subir gradas, etc. La prótesis arriba de rodilla, además de tener un peso mayor, trabaja por gravedad, como un péndulo. Esto produce una marcha lenta y poco natural, agregándose un sobre esfuerzo al paciente, lo cual cobra importancia en un anciano o en cardiopatas. Frecuentemente el cirujano se encuentra ante un miembro gravemente lesionado y potencialmente infectado, ulceraciones gigantes, absesos disecantes, etc, en los cuales el único tratamiento que queda es la amputación. En

* Jefe de Clínica del Servicio de Orotpedia del Hospital San Juan de Dios.

estos casos, la amputación cerrada conlleva el peligro de infección, aún dejando drenajes, antibióticos. También, exige en algunos casos sacrificar longitud del muñón que algunas veces significa la pérdida de la rodilla, con todas las consecuencias enumeradas anteriormente. Ante el peligro de infección o ante la duda de viabilidad de los tejidos, es recomendable hacer una amputación abierta.

Amputación Abierta: Se lleva a cabo en zonas evidentemente o potencialmente infectadas, dejando la herida abierta, lo cual permite un drenaje amplio de la zona cruenta. Es un procedimiento temporal que necesitará revisión ulterior o curaciones por tiempo prolongado hasta que la herida cierre por segunda intención.

Sus indicaciones principales son:

- a) Heridas con gran atricción de tejidos blandos, en los cuales, posiblemente sobrevendrá una infección.
- b) Úlceras gigantes.
- c) Otras infecciones locales.
- d) Amputaciones traumáticas en las cuales es necesario salvar longitud del muñón, y no se está seguro de la viabilidad de los tejidos.

Técnica: Debe realizarse lo más distal posible, previéndose que al hacerse revisión, haya tejidos blandos que nos permitan confeccionar el muñón. La incisión puede ser circular o en forma de colgajo. La piel, subcutáneo y fascia se cortan en un solo plano, permitiendo que se retraigan. Los músculos se cortan sobre el borde de la piel retraída y el hueso a nivel del músculo cortado. Se completa la hemostasia, se seccionan los nervios proximalmente al nivel de amputación. En caso de encontrarse con abscesos que han disecado proximalmente los tejidos blandos, se abre ampliamente la zona afectada, se aplica a la piel un adherente y se cubre el muñón con un tubo de "Stokinette" esteril. Se fija el tubo con venda elástica. El extremo distal del "stokinette", redundante, se divide longitudinalmente en cruz, formando cuatro tiras y luego se retrae sobre el muñón. Se cubre la superficie cruenta con gasa furacinada o vaselinada y se aplica un apósito formado por cuadros de gasa sueltos, en forma abundante. Este apósito se fija al anudar las tiras del stokinette en cruz y luego se aplica otra venda elástica, que debe cubrir el extremo del muñón. Anudando las tiras del stokinette, se aplica una tracción de 5 a 8 libras de peso. Esta tracción es muy importante, para favorecer el drenaje, impedir la retracción de los tejidos blandos, favoreciendo más bien el crecimiento del epitelio sobre la herida. Cada dos o tres días, según las circunstancias, el apósito debe ser cambiado

"por el médico", para lo cual retira la tracción, desata las tiras del stokinette que se retrae sobre el muñón, se lava la herida y se vuelve a aplicar el apósito y la tracción como el primer día. Es necesario hacer notar que el stokinette no se cambia en cada curación, si no, cuando esté muy sucio. En poco tiempo se formará un tejido de granulación vigoroso y crecimiento progresivo del epitelio sobre éste, disminuyendo al mismo tiempo la necesidad de curaciones. En este momento se debe decidir si se mantiene el tratamiento con curaciones hasta el cierre final de la herida, se revisa el muñón, o se aplica un injerto libre de piel que termine de cubrir la zona cruenta del muñón.

EJEMPLO:

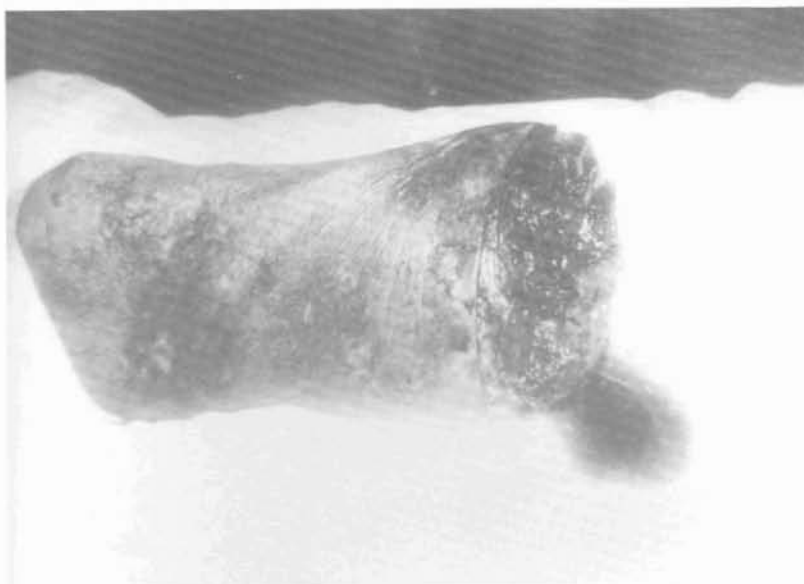
G.M.C., varón de 70 años, con "Úlcera gigante en pierna derecha" desde la juventud, la cual ha sido tratada en forma repetida en el Servicio de Dermatología del Hospital San Juan de Dios. Con el tratamiento médico esta úlcera curaba pero al poco tiempo recidivaba, en cuanto iniciaba su trabajo. En los últimos tiempos presenta dolor progresivo que no calma con los analgésicos comunes. La infección de la úlcera, así como la necesidad de conservar la rodilla, nos hace pensar en realizar una amputación abierta, la cual se realiza el 13 de abril de 1973. Se aplica tracción cutánea según técnica y se hacen las curaciones como hemos explicado. El paciente mejora rápidamente su estado general, habiendo desaparecido el dolor. Por la cronicidad del padecimiento es preferible esperar hasta que la herida cierre por segunda intención.

RESUMEN

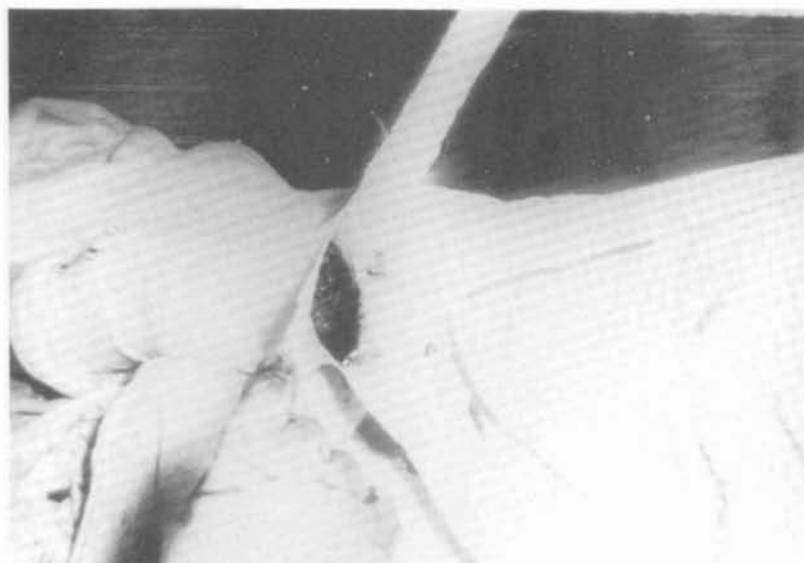
La técnica de amputación abierta nos ha permitido salvar muchas rodillas, con las ventajas que esto conlleva en la rehabilitación del paciente; o nos ha permitido obtener un muñón de más longitud cuando se ha amputado arriba de rodilla.



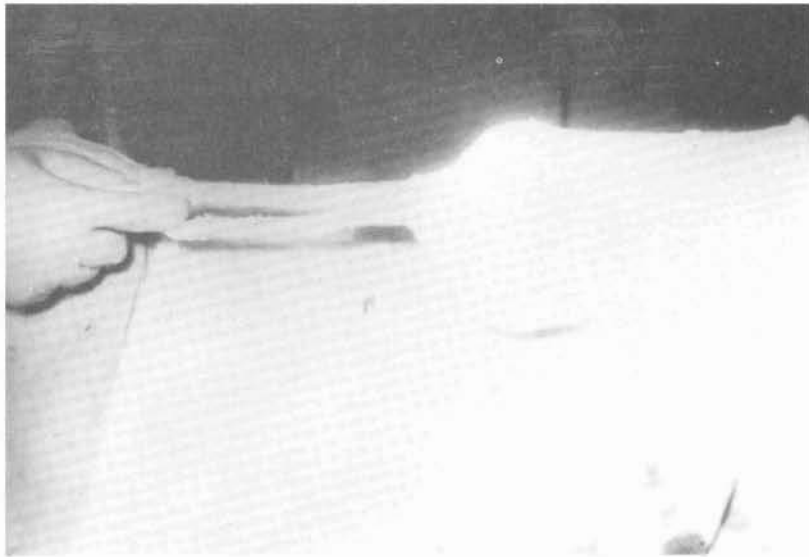
Úlcera gigante en pierna derecha. Con azul de metileno se marca el nivel de amputación.



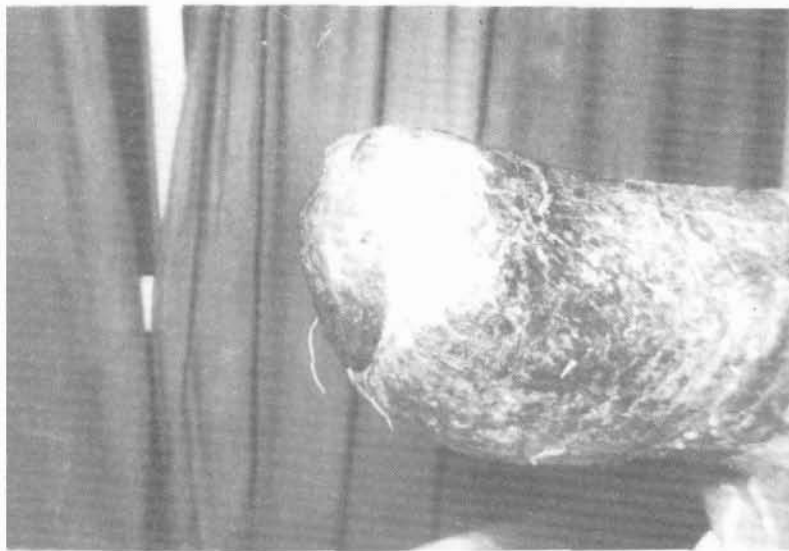
Amputación terminada.



Se ha aplicado el "stokinette" esteril, fijado con una venda elástica y abierto en cruz su extremo distal.



La zona cruenta del muñón, fue empacada con gasa suelta. Las tiras del stokinette anudadas sobre ella. Una segunda venda elástica cubre la herida. Se aplica tracción con 5 libras anudado en las tiras sobrantes del stokinette.



Aspecto del muñón 1 mes después de la amputación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BURGUESS E. Amputations of the Leg for Peripheral Vascular Insufficiency JB - JS 874-899, Vol. 53-A July 1971.
- 2.- CRANSHAW A. W. Campbell's Operative Orthopaedics 707-783. The C. B., Mosby Co. 1963.
- 3.- RECORD E.E. Surgical Amputation in the geriatric patient. JB - JS 1743-1749, Vol. 45-A Dic. 1963.
- 4.- THOMPSON Amputation in the Lower Extremity. Instructional Course Lecture. JB - JS 1723-1733 Vol. 45-A 1963.

* * *
