¿ES ACONSEJABLE LA ARTRODESIS DE LA RODILLA PARALÍTICA?

Dr. M. OLIVERAS DEVESA

Jefe del Servicio de Recuperación Laboral de Mutilados. Ex-profesor de Higiene Industrial en la Escuela de Ingenieros Textiles

La parálisis de los músculos que gobiernan el juego articular de la rodilla tiene una extraordinaria significación fisiológica, porque la anulación funcional de tan importante articulación, compromete gravísimamente la utilización natural de la extremidad no sólo para la bipedestación sino también para la locomoción.

No hemos de olvidar que la deambulación, es un ejercicio que efectúan ambas extremidades inferiores en íntima colaboración y la menor alteración anatómica o funcional de una de ellas repercute inmediatamente en el ritmo, seguridad y plasticidad de la marcha, determinando una cojera más o menos importante, pero cuando por degracia se produce la parálisis completa de la rodilla, se anula totalmente la capacidad de andar, porque la extremidad indemne por sí sola es incapaz de asegurar la marcha. De aquí, la extraordinaria importancia que tiene el hecho de hallar una solución práctica, para convertir la pierna tullida en un elemento útil para la sustentación y progresión de la economía.

La parálisis infantil es, de entre todas, la que origina mayor invalidez de la rodilla; nos referimos, claro está, a las parálisis inveteradas, cuyas lesiones quedaron ya de manera definitiva, como incapacidad permanente y en las que no puede esperarse de ninguna manera recuperación alguna, lo cual, como es sabido, suele ocurrir después de dos o tres años de la fase de invasión poliomielítica. Cuando estos niños llegan a una edad oportuna, es decir a los 15 o 16 años, se les propone solucionar su invalidez mediante la artrodesis de la rodilla, dejando la pierna anquilosada en extensión y he aquí que nosotros ante casos de esta naturaleza formulamos la siguiente pregunta: *¿Es aconsejable la artrodesis en la rodilla paralítica?*

Después de convivir durante más de cinco lustros con antiguos poliomielíticos hemos observado sus cotidianas dificultades, el valor práctico de los tratamientos instaurados, escuchado sus opiniones avaladas por su propia y personal experiencia y llegamos a la conclusión de que deben formularse muchas reservas a esta clase de intervención. Verificada una revisión de más de ochenta casos de esta naturaleza, llegamos a las consideraciones siguientes.

La artrodesis de la rodilla es una solución ingrata, casi diríamos repudiable; pensemos tan sólo en el gran inconveniente que supone el hecho que el operado no pueda alcanzar su pie y necesite de otra persona para calzarse, lavarse y arreglarse los pies, ponerse los pantalones, etc. ¿Y para sentarse? He aquí que los inconvenientes suben de punto, pues cuán desagradable es quedar con la pierna rígida, sobre todo para acomodarse entre el público en las salas de espectáculos, iglesias, tranvías, etc., dando lugar a que todo el mundo tropiece con el interesado; al sentarse en la mesa, en la oficina, la pierna anquilosada es siempre un estorbo y es indudable que el juego de la rodilla aun cuando sea simplemente pasivo tiene mucha más importancia en la vida real de la que los médicos le concedemos. Tenemos una experiencia muy cierta sobre este punto a través de los mutilados que valoran en grado extraordinario el hecho de que sus piernas artificiales puedan flexionar la rodilla cuando toman asiento.

Si la parálisis de la rodilla va acompañada de la de la cadera o pie, resulta un absurdo practicar la artrodesis de aquella articulación, pues no es caso de anquilosar todos los segmentos de la extremidad y puesto que el interesado deberá usar irremisiblemente un aparato de bloqueo y posiblemente un calzado ortopédico (indispensable en la monoplegía total), de nada sirve la fijación permanente de la rodilla.

Hemos observado que sobre este punto existe un manifiesto despiste y muchas veces los cirujanos abusan de la artrodesis de rodilla, pues seguramente que si antes meditasen las condiciones en que quedará el tullido, serían mucho más abstencionistas. Consideramos que precisa ser muy circunspectos sobre este particular y estimamos que si antes de realizar la intervención, se sometiese a prueba al interesado, haciéndole caminar durante varias semanas con su extremidad columnizada mediante un vendaje escayolado, haciéndole ver que en idénticas condiciones quedaría durante toda su vida después de realizada la artrodesis, pocos aceptarían la operación; juzgamos que este ensayo es absolutamente indispensable y sirve para dar un criterio de elección al paciente.

La cuestión está planteada de la siguiente manera: con la artrodesis de rodilla queda inutilizada la articulación permanentemente, mientras que con los aparatos ortopédicos de bloqueo facultativo el paciente caminará con la rodilla rígida y con toda clase de garantías, teniendo, además, la indudable ventaja de que para sentarse podrá situar en flexión tan importante articulación. ¿Por qué, pues, ha de renunciar definitivamente el paralítico al juego pasivo de su rodilla lesa, única facultad que le queda en dicho artículo?

La consideración que acabamos de exponer tiene a su favor otro argumento, y es que los resultados de la operación no son siempre satisfactorios, porque hemos visto innumerables veces que la anquilosis quirúrgica no resulta suncientemente sólida y se da el caso de que el operado necesita también ulteriormente el auxilio de un aparato, puesto que el esqueleto de las extremidades paralíticas no tiene la consistencia del normal en su tejido óseo y fracasa el proyecto del cirujano por deficitaria consolidación.

No hay que olvidar que la técnica ortopédica actual es completamente distinta de los arcaicos procedimientos de antaño y que los modernos aparatos de duraluminio y materiales plásticos permiten el bloqueo facultativo y automático de la rodilla fijándola sólidamente para la marcha y consintiendo, en cambio su flexión para sentarse de manera que el sujeto puede situar su rodilla en ángulo recto; los actuales materiales ortopédicos son más prácticos, livianos e higiénicos que los que se usaban antes de ahora, no ejercen presión sobre las reducidas masas musculares del paralítico y dan una mejor morfología a la extremidad.

No recordamos ningún caso de monoplégico que habiendo usado durante algún tiempo aparato con bloqueo facultativo de rodilla se entregue a la artrodesis, mayormente teniendo en cuenta que la operación supone correr el riesgo de no lograr un franco resultado y reclama un período de inactividad postoperatoria, eventualidades que no existen con los aparatos.

En las monoplegías totales y en las grandes paraplegías poliomielíticas ocurre amenudo que el sujeto se convierte en campo de experimentación quirúrgica, practicándole las más teóricas operaciones, desdeñando o ignorando los recursos de la ortopedia científica.

Siempre que coexista la parálisis de la cadera junto con la de la rodilla *estimamos contraindicada* la artrodesis de esta articulación y en las paraplegías masivas tampoco aceptamos la operación, porque es evidente que solamente por medios quirúrgicos no se consigue jamás hacer andar a esta clase de tullidos, mientras que con aparatos adecuados y una pacienzuda reeducación, logramos que se tengan en pie y que, aun cuando sea trabajosamente, puedan caminar con el auxilio de bastones o muletas.

Nuestra conducta ante un niño con parálisis completa de rodilla es como sigue: en primer lugar, nos proponemos ponerle en condiciones de que pueda valerse de su extremidad lisiada, de manera que consiga abandonar el coche de inválido o las muletas, caminando sobre sus propios pies, tanto más si se encuentra en fase de recuperación espontánea o sea en los dos primeros años que siguen al período agudo y para ello nos servimos de un aparato provisional monotutor que en colaboración con los medios fisioterápicos activa la restauración funcional; con ello evitamos que el niño gatee o que permanezca inactivo y por encima de todo tenemos la garantía de que evitamos la aparición de las temibles deformidades que, cual el genu flexum y el genu valgo, complican la situación del lisiado. Una vez llegada la época de lesiones residuales permanentes, si quedó una parálisis absoluta de la rodilla en concomitancia con la de otras articulaciones del pie o cadera, adoptamos decididamente el aparato más indicado para cada caso concreto de forma que permita el bloqueo voluntario de la rodilla, considerando que así

le dejamos en una situación mucho mejor que no anquilosando quirúrgicamente uno o varios segmentos de su extremidad.

No acertamos a explicar cómo ciertos cirujanos tan fácilmente se deciden a artrodesiar una articulación y en cambio en los desgraciados casos en que queda una anquilosis como consecuencia de un traumatismo o enfermedad, intentan, mediante aventuradas artroplastias, recobrar aun que sea en mínima parte, el juego articular perdido.

RESUMEN

Ante un lisiado con parálisis completa de rodilla, si concomitantemente existe parálisis de la cadera y pie — caso muy frecuente en las lesiones residuales poliomielíticas — estimamos absolutamente improcedente la artrodesis, por cuanto no reporta ninguna ventaja y el monoplégico será siempre, a pesar de ella, tributario de un dispositivo ortopédico.

Si la parálisis está limitada exclusivamente a la articulación de la rodilla, no debemos aconsejar la artrodesis sin antes ensayar en el sujeto una fijación externa mediante vendaje escayolado.

Admitimos la anquilosis en aquellos tullidos que se desenvuelven en un medio social inferior o bien desempeñan trabajos que requieren *continua y prolongada* permanencia en pie.

La artrodesis anula definitivamente la articulación de la rodilla, muy necesaria para los que efectúan trabajos en posición sentada, mientras que con los modernos aparatos ortopédicos se consigue bloquear fácil y sólidamente la articulación durante la marcha, con la indudable ventaja de que permite su flexión para tomar asiento.

(Publicado simultáneamente en «Cirugía del Aparato Locomotor», de Madrid.)