

**EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO  
DE LA OSTEOMIELITIS CRONICA  
TECNICA QUINTERO UZCATEGUI \***

**Dres.: Leopoldo Briceño Iragorry, h. \***  
**Gastón Calcaño Loynaz \*\***  
**Hernán Quintero Uzcátegui \*\*\***  
**Israel Martínez \*\*\*\***

Ante el II Congreso Venezolano de Cirugía, reunido en Maracaibo en 1953, uno de nosotros (1) describió una técnica original para el tratamiento de la Osteomielitis crónica en el niño. En esa oportunidad presentamos una serie de pacientes tratados entre 1947 y 1952 en el Hospital "J. M. de Los Ríos", de Caracas. Luego del traslado de nuestro Servicio, al Hospital Universitario de Caracas y, debido al bajo número inicial de cunas a nuestra disposición, dejamos de atender pacientes con este cuadro clínico hasta 1965, cuando aumentada la capacidad asistencial, comenzamos a recibirlos nuevamente.

El objeto de esta presentación, es reunir un grupo mayor de pacientes y analizar las ventajas indiscutibles de la técnica en el tratamiento de esta afección, en cuanto al éxito del mismo, baja incidencia de secuelas y disminución del período de hospitalización.

**TECNICA.**

La técnica consiste en el tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica con cierre primitivo e instilación de antibióticos "in situ".

- 1.—Amplia insición sobre la zona afectada (Fig. 1).
- 2.—Abordaje del hueso, apertura del canal medular y eliminación de todas las partes óseas necróticas, secuestros y abscesos (Fig. 2).
- 3.—Curetaje y lavado de la cavidad, con el fin de eliminar todas las partículas óseas (Fig. 3).

---

Trabajo presentado en el XIII Congreso Venezolano de Cirugía. Barcelona, Estado Anzoátegui - Marzo 1975.

\* Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica Pediátrica, UCV.

\*\* Profesor Agregado.

\*\*\* Profesor Titular.

\*\*\*\* Residente de Postgrado (II).

- 4.—Colocación en la cavidad residual, de uno o dos catéteres (Nelaton, polietileno, o similar) multihoradados exteriorizándolos por los extremos de la exéresis (Fig. 4).
- 5.—Síntesis con catgut crómico de planos músculo-aponeuróticos sin cierre del periostio (Fig. 5), y de la piel con nylon. Los catéteres salen por los extremos de la herida (Fig. 6).
- 6.—Inmovilización del miembro con venda de yeso a través de la cual se da salida a el o los catéteres.
- 7.—Cada 6 horas, y por 10-15 días, dependiendo de la evolución del caso, instilación de una solución antibiótica. Cuando se usan dos catéteres, la instilación se hace en forma continua.

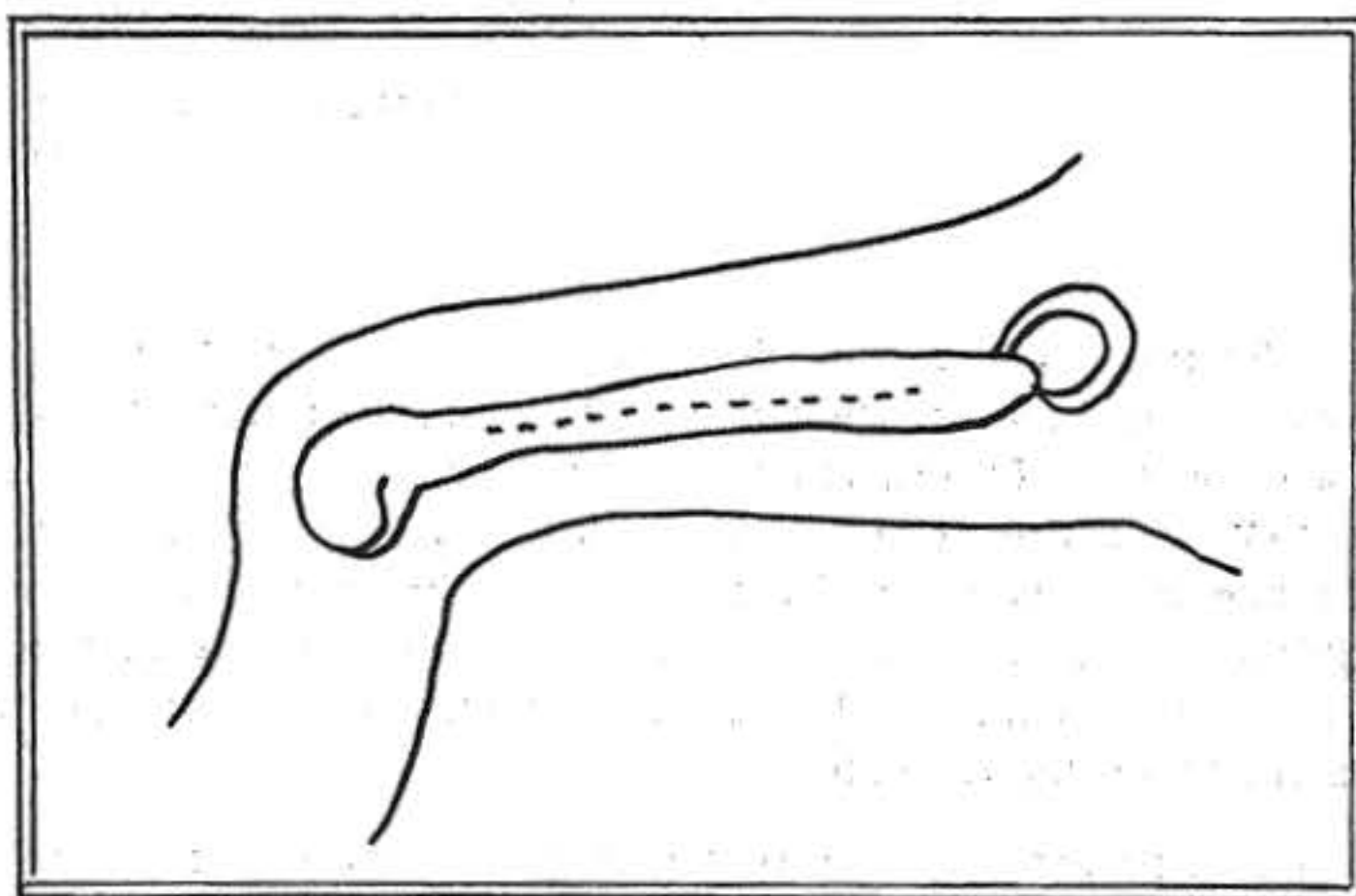


FIGURA Nº 1

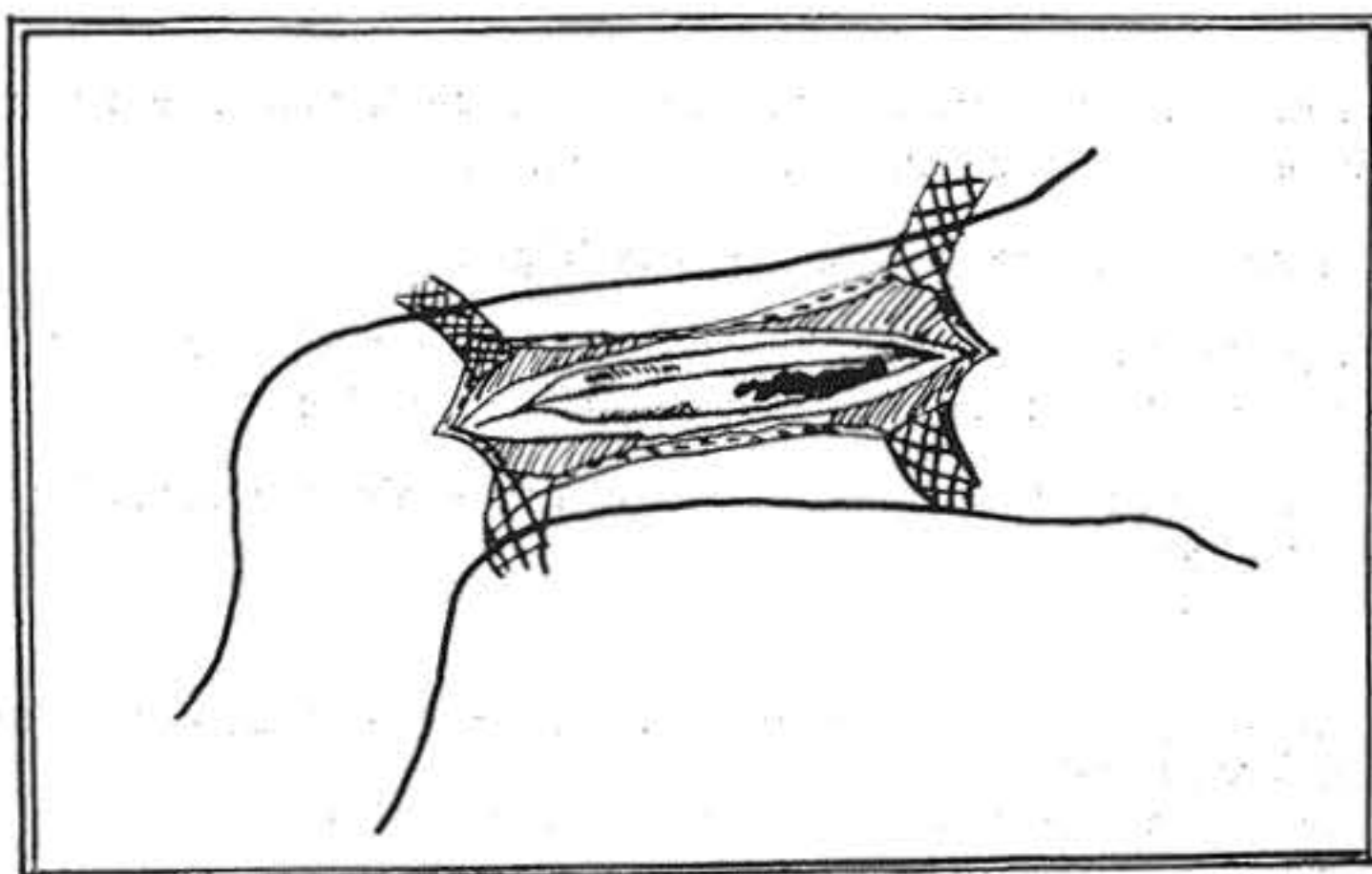


FIGURA Nº 2

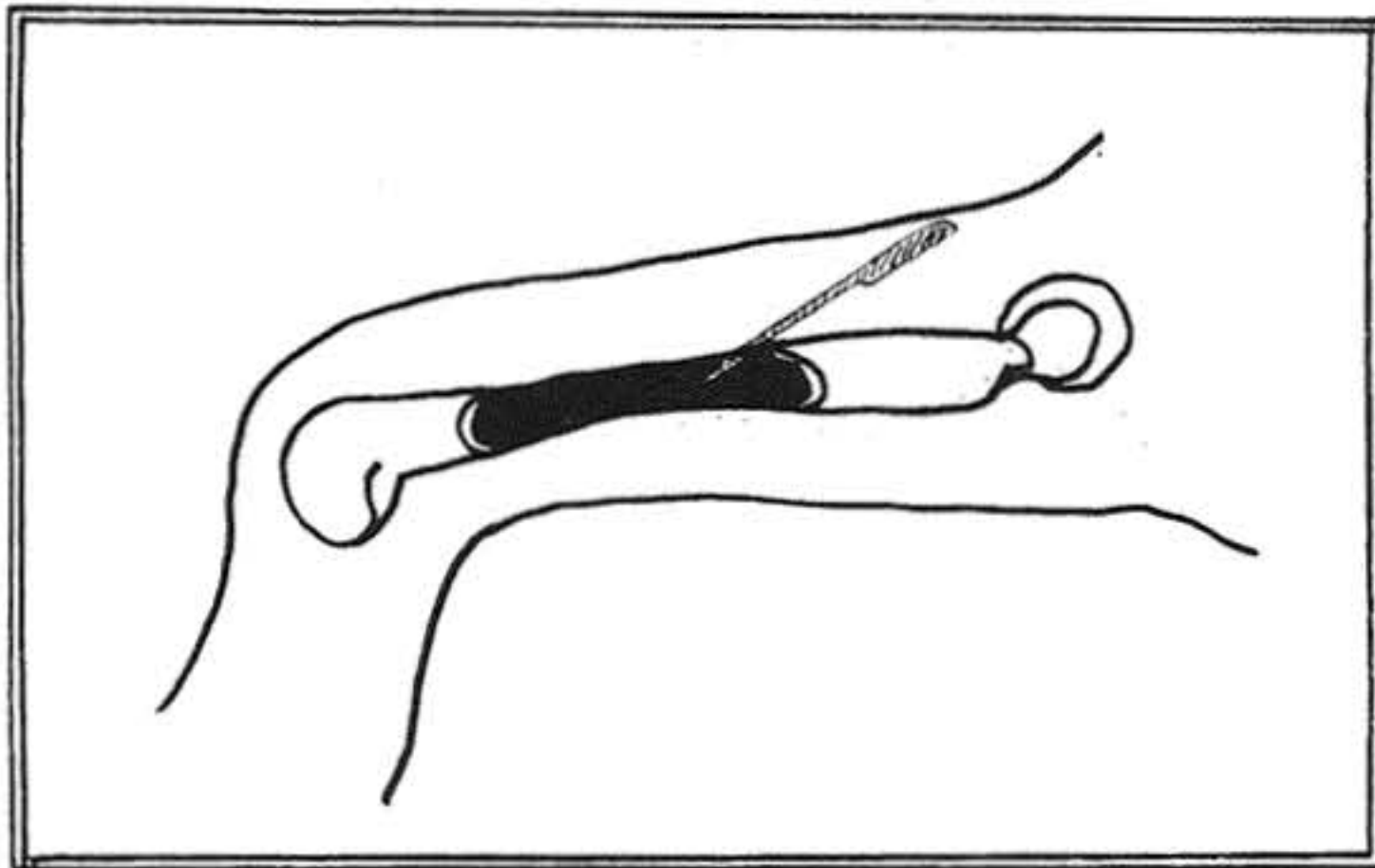


FIGURA Nº 3

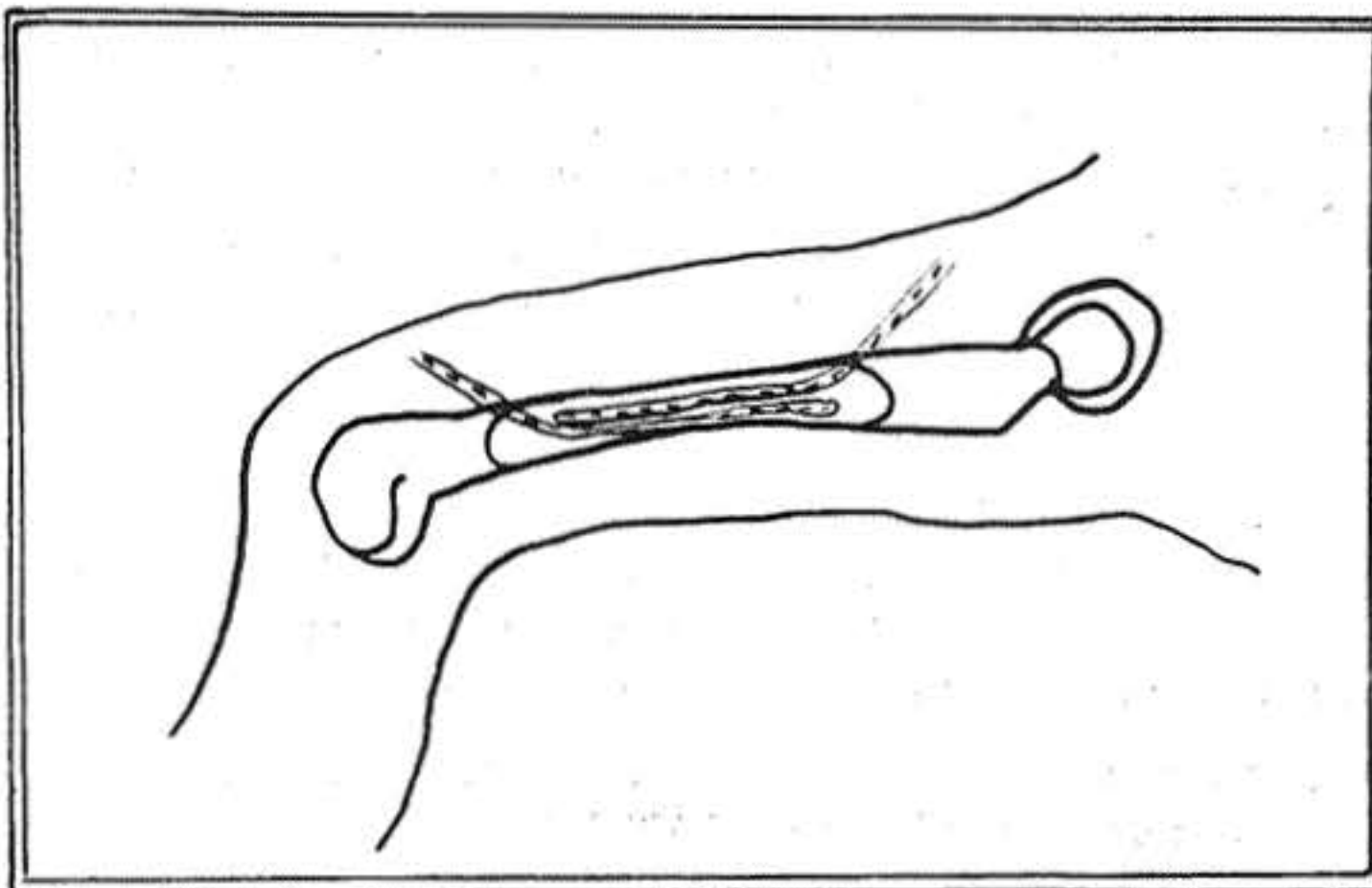


FIGURA Nº 4

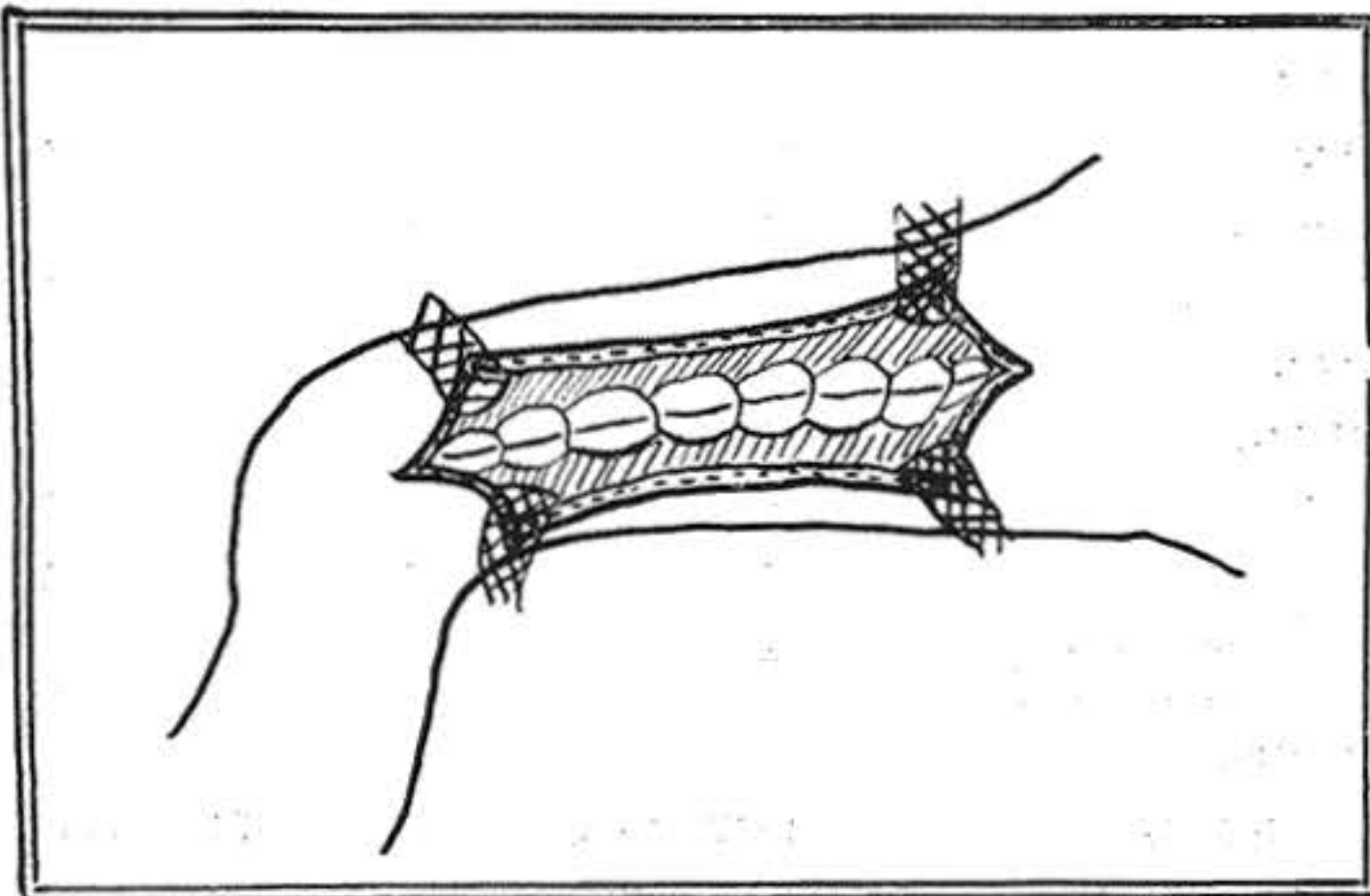


FIGURA Nº 5

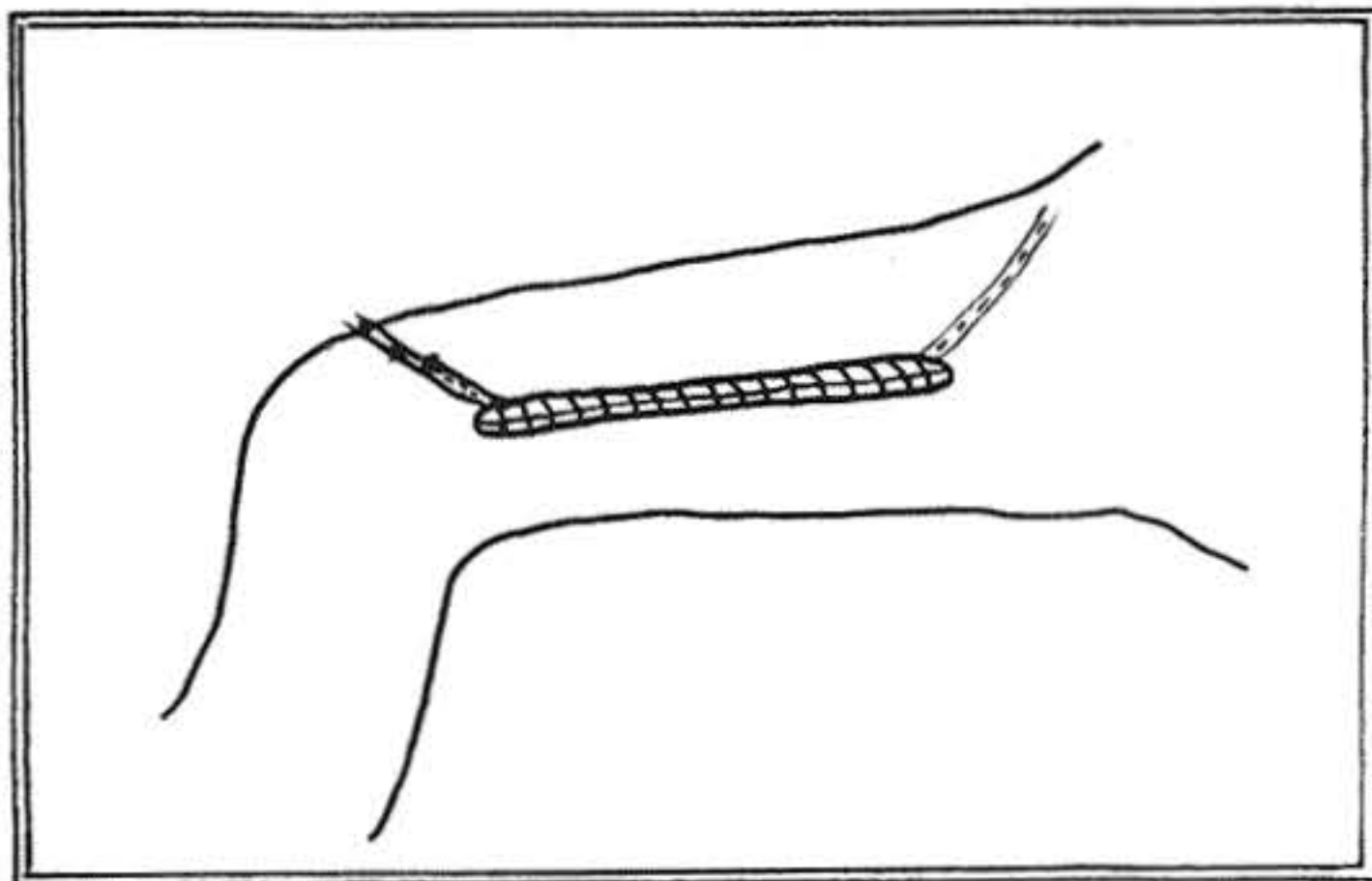


FIGURA Nº 6

**Modificación:** En algunos casos, con lesión poco profunda del hueso, luego de un profuso lavado con la solución antibiótica, se ha realizado el cierre sin dejar catéter. Ocasionalmente se ha protegido la herida suturada con rayón furacinado.

**Postoperatorio:** Además del mantenimiento del estado general, por vía oral o parenteral se administra el mismo antibiótico a las dosis apropiadas según el peso del niño.

**MATERIAL.**

Hemos analizado 58 pacientes con osteomielitis crónica tratados por algunos de nosotros. Se ha dividido este grupo en dos series: "A", que corresponden a los 24 pacientes tratados entre 1947 - 1952 (serie presentada anteriormente) y, "B", aquellos tratados entre 1965 - 1973 que suman 34 niños.

La Tabla I, muestra la localización de la lesión, destacando la preferencia que esta tiene por los miembros inferiores (TABLA I).

T A B L A I

	"A"	"B"	TOTAL
TIBIA	10	16	26
FEMUR	8	6	14
PERONE	3	4	7
HUMERO	2	3	5
MANO	0	2*	2
CRANEO	0	2	2
ILIACO	1	0	1
ROTULA	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>58</b>

\* 1 caso bilateral.

SERIE "A"	1947 - 1952	24 casos
SERIE "B"	1965 - 1974	34 casos

En la Tabla II, observamos las complicaciones originalmente ocasionadas por la enfermedad en su evolución natural al momento de ingreso: fístula y fracturas patológicas. El cultivo del pus, obtenido de la lesión, demostró la presencia como agente causal al estafilococo aureus en la mayoría de los casos como se observa en la Tabla III; es llamativo, la aparición de un enterobacter en varios de nuestros casos recientes. Es lamentablemente el alto porcentaje de casos, en los cuales no aparece el cultivo como reportado, aunque fue tomado en el acto quirúrgico.

**T A B L A I I**  
**COMPLICACION LOCAL**

	"A"	"B"	TOTAL
FISTULAS	5	9	14
FRACTURAS PAT.	4	2	6

**T A B L A I I I**  
**C U L T I V O**

	"A"	"B"	TOTAL
STAFILOCOCO	4	16	20
ENTEROBACTER	0	3	3
SALMONELLA	1	0	1
NEGATIVO	2	5	7
NO REPORTADO	17	10	27

La Tabla IV, analiza el tratamiento realizado a estos pacientes. Se puede observar que en la serie hubo un grupo, que por haber llegado precozmente no fue tratado por cirugía, de estos diez (10) niños, dos fueron posteriormente operados. Tratamiento quirúrgico primario se realizó en 48 del total, lo que representa el 82.75%. Sólo cuatro (4) presentaron secuelas que ameritasen posteriormente cirugía.

La Tabla V, analiza el tipo de antibióticos utilizados para la instilación. Fue el Estafilococo, el germen más frecuente y debido a su sensibilidad a la Rifampicina, es este el antibiótico que usamos de preferencia, ya que las instilaciones se empiezan antes de recibir el resultado del cultivo.

## RESULTADOS.

Como observamos en la Tabla VI, el tiempo de hospitalización es corto en ambas series, tomando en cuenta que se trata de una enfermedad crónica usualmente de muy larga hospitalización. La disminución del tiempo de permanencia intra-hospitalaria creemos está en relación con dos factores:

- a) el mayor armamentarium de antibióticos, y
- b) al uso de la instilación continua con dos catéteres.

**T A B L A I V**  
**TRATAMIENTO 58 CASOS**

	"A"	"B"	TOTAL	%
MEDICO	0	10	10	17,25
QCO. PRIMARIO	24	24	48	82,75
QCO. TARDIO	0	2	2	3,44
QCO. SECUELAS	2	2	4	6,88
<b>TOTAL QUIRURGICO</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>54</b>	<b>— —</b>

**T A B L A V I**  
**DIAS HOSPITALIZACION**

	"A"	"B"
TRATAMIENTO MEDICO	0	40
TRATAMIENTO QUIRURGICO	61,12	43,75

**T A B L A V**  
**TRATAMIENTO MEDICO LOCAL**

	"A"	"B"
PENICILINA	23	2
RIFAMPICINA	0	12
CLOXACILINA	0	3
CLORAMFENICOL	1	0
CURA FURACINADA	0	7

**T A B L A V I I**  
**E V O L U C I O N**

QUIRURGICOS (50 Pacientes)	"A"	"B"	TOTAL	%
CURACION	20	21	41	82,00
COMPLICACIONES	2	5	7	14,00
SIN CONTROL	2	0	2	4,00
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

MEDICO (10 Pacientes)				
CURACION	0	8	8	80,00
OPERACION TARDIA	0	2	2	20,00

Del análisis de la Tabla VII se obtienen los siguientes resultados: 50 pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico alguna vez, de este grupo el 82% se benefició en primera instancia, de las bondades de la técnica empleada, sólo siete pacientes presentaron complicaciones que ameritaron alguna otra intervención (14%). Sólo dos pacientes se perdieron del control, que aunque pudieran estar curados, los colocamos en un grupo aparte.

Del total, 10 pacientes fueron sometidos en primera instancia a tratamiento médico, debido a lo pequeño de la lesión, y poco daño óseo. En este grupo se observa un 80% de curación sólo con este tratamiento a base de antibióticos parenterales, sin embargo en dos pacientes fue necesario tratamiento quirúrgico a posteriori.

#### **CONCLUSIONES.**

- 1) Se aplica la técnica original del Dr. H. Quintero Uzcátegui sobre tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica en 50 pacientes.
- 2) Se observa un resultado excelente en el 82% de los casos.
- 3) El tiempo de permanencia hospitalaria se disminuye notablemente.
- 4) Se observa mejoría del estado general del niño después de la operación.
- 5) Sólo el 14% de los niños fueron reintervenidos alguna vez, no se observó infección de la herida operatoria y la mayoría de los niños pudieron regresar a su domicilio después del primer cambio de yeso.
- 6) Los resultados anteriores nos permite recomendar esta técnica al alcance de cualquier cirujano, fácil de realizar en beneficio de los pacientes afectados por esta enfermedad que los inhabilita.

#### **B I B L I O G R A F I A :**

- 1.—QUINTERO U. H.: Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica mediante cierre primario e instalación de antibióticos "in situ". Bol. II Congreso Venezolano de Cirugía, Tomo II, 1953.