

PEDRO V. PEDEMONTE

(1903-1958)

Roberto Masliah

I

Sin duda alguna, rescatar la figura de Pedro Pedemonte está ampliamente justificada, no sólo como hombre de ciencia, sino por su don de gente y su calidad humana, es un referente para ser tenido en cuenta por las nuevas generaciones. Como se verá más adelante, fue un pionero de la Traumatología y después el visionario de una nueva especialidad: la "Cirugía Plástica de la Mano". A los efectos de ordenar nuestras ideas, consultamos el libro del Dr. Hebert Cagnoli "La Ortopedia y su historia en el Uruguay" (1986).

El Dr. Cagnoli lo cita en varias oportunidades. El capítulo que titula "Cirugía Reparatoria" finaliza con estas palabras: "Formó discípulos. Creemos que no se ha hecho la justicia debida, dejando caer en el olvido, una presencia fuerte y activa, de tesonera laboriosidad y en actitud permanente de divulgar ese conocimiento especializado, ya por los trabajos escritos o por su afán docente". ¿Cómo recuperar del olvido a alguien que conocimos hace 50 años y que dentro de cuatro años se cumplirán los 50 años de su fallecimiento? En primer lugar, pensamos hacer una biografía clásica de Pedemonte, con todos los elementos que se podrían recabar. Hubiéramos comenzado diciendo que fue el primer colaborador de los Dres. Bado y Vázquez Rolfi, cuando estos crearon el Servicio de Traumatología, en la Sala 11 del hospital Pasteur, en 1935. Lo hizo en forma ininterrumpida hasta 1941, cuando el Servicio se traslada al inaugurado Instituto Traumatológico del Ministerio de Salud Pública (MSP), donde continuó desempeñándose como Encargado de Piso y Médico de Guardia.

II

Su primer trabajo científico lo efectúa en 1937, publicado en *Anales de Clínica Quirúrgica*: "Decolamientos epifisarios traumáticos de la extremidad inferior del fémur viciosamente consolidados".

En 1940 comienza a orientarse hacia las lesiones de las partes blandas y a la cirugía plástica de la mano, y sus trabajos científicos irán versando hacia la nueva especialidad.

En 1944 fue designado Relator Oficial del tema "Cirugía Plástica de la Mano" en el III Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica, realizado en Santiago de Chile. Este trabajo, como se verá al final, será la base que le permitirá culminar en 1948 con la publicación del excelente libro "Cirugía Plástica de la Mano. Sus deformidades y sus tratamientos".

Influenciaron en él, para su dedicación a la mano, seguramente los profesores A. Steinler, de Iowa, y S. Bunnell, de San Francisco, cuando en 1946 usufructuó de una beca en ambas clínicas americanas.

De más está decir que S. Bunnell fue el Maestro Mundial de la cirugía de la mano.

En esta etapa, pensamos que si continuáramos con el detalle cronológico de sus actuaciones y publicaciones no despertaríamos motivaciones para continuar la lectura en las nuevas generaciones. Éstas tienen otros intereses que les preocupan más, conocer lo que pudo haber hecho y publicado el Dr. Pedemonte hace más de 50 años.

Decidimos cambiar. Nos propusimos, para lograr aquel objetivo inicial, luego de releer sus trabajos y las sorpresas que nos depararon, ubicar a Pedemonte en la década del 50.

III

Uruguay era la "Suiza de América". Sucedieron muchas cosas muy importantes en la Medicina Nacional y de manera particular en nuestra especialidad que vale la pena recordar.

Pedemonte fue uno de los activos participantes de aquellos acontecimientos. Citemos algunos de ellos:

Fundación de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay (SOTU). La primera Comisión Directiva, presidida por el Dr. J.L. Bado, tuvo la responsabilidad de organizar el 1er. Congreso de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología (SLAOT), que tuvo como sede a Montevideo y Buenos Aires, en el mes de diciembre.

Pedemonte, formó parte del Comité Organizador y además fue el Director del cursillo: "Cirugía de la Mano", en el que transmitió su vasta experiencia en los problemas de reparación de las secciones tendinosas. Los temas fueron: de los extensores, de los flexores y del largo flexor del pulgar. (Han transcurrido 54 años y Uruguay no ha vuelto a ser sede de un Congreso Latinoamericano de Ortopedia y Traumatología).

Campeonato Mundial de fútbol, Maracaná. En aquella memorable ocasión, Pedemonte integró la Delegación de la Selección Uruguaya de Fútbol, desempeñando el cargo de médico. Al obtener el título de Campeones Mundiales, pasó a ser no sólo el primer traumatólogo que actuó en la Asociación Uruguaya de Fútbol, sino el primero y único que regresó con el título de Campeón Mundial. (En estos 54 años la mejor ubicación lograda en campeonatos mundiales de fútbol fue el 4º puesto en México, 1970).

X Aniversario de la creación del Instituto Traumatológico del MSP (hoy IOT). Ante tal acontecimiento se publica en la revista *Anales de Ortopedia y Traumatología* un resumen de todo lo realizado. En esos 10 años se ordenaron y clasificaron 7.000 historias clínicas. En el tema predilecto de Pedemonte, la mano, se trataron 2.949 fracturas y 331 luxaciones.

Banco de falanges y metacarpianos. En *Anales de Ortopedia y Traumatología*, se publica en diciembre un trabajo titulado: "Banco de falanges y metacarpianos. Su utilidad práctica. Homotrasplante de pequeños y grandes huesos enteros". Por la jerarquía que este antecedente tiene, se harán las puntualizaciones correspondientes al final.

Inauguración de la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado (1952). El Servicio de "Cirugía Ósea" será dirigido por el Dr. D. Vázquez Rolfi. Se llamó a concurso para dos cargos de traumatólogos, designando en uno de los mismos a Pedemonte, quien renuncia a dicho cargo para ocupar, también por concurso, el cargo en el Servicio de Cirugía Reparadora. Dado que la gran mayoría de las lesiones de la mano corresponden a accidentes de trabajo, será en el Banco de Seguros donde Pedemonte volcará toda su experiencia y continuará desarrollando nuevas técnicas en beneficio de los accidentados.

Fracturas supracondíleas del codo del niño. Este fue su último trabajo publicado en *Anales de Ortopedia y Traumatología* y subtitulaba: "Revisión de una casuística de 320 casos" y "Lo que dicen los hechos que hemos observado sobre los trastornos nerviosos y musculares y sobre la retracción isquémica de Volkmann". La retracción muscular isquémica fue un tema que le apasionó. Ya 4 años antes, en su libro "Cirugía Plástica de la Mano", le dedica las últimas 50 páginas, haciendo un exhaustivo análisis. - Estudio clínico y consideraciones generales. - Tratamiento: a) Preventivo, b) de Volkmann incipiente, c) del Volkmann evolucionado, d) del Volkmann completamente evolucionado.

Clase inaugural de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología. Luego de obtener el primer puesto en el Concurso de Oposición, Bado pasó a ser el profesor titular de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina. En su clase inaugural, el 27 de junio, una verdadera pieza literaria, con múltiples mensajes y agradecimientos, cita a Pedemonte en más de una oportunidad. Aquella clase inaugural fue editada en forma de libro por sus discípulos, de la cual transcribimos algunos párrafos. Cuando se refiere al comienzo del año 1935, en el Servicio de Traumatología en la Sala 11 del Pasteur, recuerda que obtuvo de Pedemonte "una colaboración entusiasta y desinteresada".

Al referirse al Instituto Traumatológico, que llevaba 11 años de inaugurado decía: "Fue muy ardua la labor que significaba su organización y la iniciación de sus autoridades. Si arduo y laborioso fue el comienzo, más arduo y más duro todavía fue lograr el reconocimiento de su trabajo. Tanto para lo primero como para lo segundo, contamos siempre con la ayuda invalorable, tenaz y perseverante de nuestros colaboradores, que se fueron haciendo cada vez más numerosos. Todos ellos como integrantes de un conjunto, cuya función depende de la eficacia de su acción individual, se han dedicado con verdadero ahínco al aprendizaje y al trabajo, manteniéndose siempre en una actitud de superación progresiva". Pedemonte encabeza la lista de colaboradores, después del Dr. Vázquez Rolfi.

Inauguración del Hospital de Clínicas (1953). Seguramente el hecho de mayor jerarquía en la historia de la Medicina Nacional. El traslado de diferentes Cátedras de la Facultad al nuevo hospital permitió que el Instituto se relacionara con las mismas. Ni qué hablar del significado que tuvo para los Servicios de Urgencia de ambos hospitales. En casos especiales, pudieron contar con la invalorable colaboración de Pedemonte. También participó en las reuniones docentes, que en aquella época se hacían para Internos y para quienes preparaban el concurso de los primeros Jefes de Clínica de la Cátedra. Lo escrito hasta ahora podríamos decir que son los antecedentes. El 1º de abril, ingresamos al Instituto a desempeñar el cargo de Practicante Interno del MSP y al terminar el mismo, tanto me impactó lo que era el funcionamiento del mismo y su gente, que despertó en mí ese imprevisto, que llamamos vocación. No tuve dudas, cuando termine el internado haré esta especialidad. Así conocí a Pedemonte. Era el encargado del 3er. piso. Tenía 50 años, la misma edad del Prof. Bado, a quien le unía una vieja amistad.

Tiempo después, cuando formamos parte de "la familia" del Instituto, nos llamó la atención que cuando se hablaba del Prof. Bado era "el Maestro", del Dr. Vázquez Rolfi, era el "chino Vázquez" y del Dr. Pedemonte, era "Don Pedro". Era un hombre con las características de un hombre bueno; irradiaba tranquilidad, sencillez, de hablar pausado, no levantaba la voz, pero transmitía ideas muy claras, firmeza y seguridad. Daba gusto escucharlo. Pocas veces le oímos hablar de Maracaná, a pesar de que él había sido el médico de aquella memorable selección uruguaya de fútbol del 50. Operaba los días viernes, toda la mañana, dedicándose casi exclusivamente a partes blandas y cirugía de la mano. Era un excelente cirujano; las veces que le asistimos en sus operaciones, nos sorprendió que en sus manos todo parecía fácil y simple. Las tardes las dedicaba al Banco de Seguros, trabajando en el Servicio de Cirugía Reparadora, que tanto prestigió al Banco. A su lado se formaron los primeros cirujanos reparadores del Uruguay. Me surge la imagen de otro grande del Instituto de aquella década, la del Dr. Jorge De Vecchi (Chichito); grande, no sólo por su contextura física, sino por su inteligencia, su capacidad y laboriosidad. Fue su alumno predilecto y luego el continuador de su obra. Su vocación docente lo hubiera llevado a ocupar el cargo de Profesor de la Cátedra de Cirugía Plástica, al crearse ésta en 1980. Su temprana muerte desgraciadamente lo impidió.

Hoy, a 46 años del fallecimiento de "Don Pedro" recordar su figura es un acto de justicia y reconocimiento.

IV

Es buena cosa que las últimas generaciones, especialmente de traumatólogos y cirujanos plásticos, conozcan quién fue este excelente cirujano y mejor Maestro. Dos de sus trabajos muestran lo que fue la labor de un pionero, y que a pesar de estar en el año 2004 merecen ser conocidos, por la relevancia que ha tenido para nuestro país. Solo nombrar sus títulos provoca interés y exhorta a la meditación: 1) Banco de falanges y metacarpianos. "Su utilidad práctica, homotrasplantes de pequeños y grandes huesos enteros" (*Anales de Ortopedia y Traumatología*, V. 4, 1951). 2) "Cirugía plástica de la mano. Sus deformidades y tratamiento" (libro de 393 páginas, 1948 - Imprenta Rivera).

Creo que el justificado homenaje que se puede rendir a Pedemonte es que hoy puede leerse algo de lo por él escrito hace más de 50 años.

Sorprenderá a todos que sus conceptos tengan validez en la actualidad. Son verdades unas tras otras, que mantienen vigencia, motivo por el cual voy a transcribir del primer trabajo sólo el resumen y consideraciones generales.

Referente al libro, transcribiré el prólogo realizado por Bado, el prefacio y el capítulo inicial.

Estas lecturas permitirán reconocer que Pedemonte fue un hombre de ciencia excepcional, un adelanto en su época, que vislumbró el futuro con total claridad.

1er. tema: Banco de Falanges y Metacarpianos. Resumen y consideraciones generales

1º) Hemos realizado 14 homotrasplantes de pequeños huesos enteros, 10 falanges y 4 primeros metacarpianos. 2º) Para esto hemos organizado en el Instituto Traumatológico el Primer Banco de Falanges y Metacarpianos. 3º) Éstos son tomados de personas recientemente fallecidas o de amputaciones, resección subperióstica, conservado asépticamente en refrigeradora a menos de 22º bajo cero. 4º) El ideal de este método es sustituir una falange o un metacarpiano por otro igual en tamaño y forma. 5º) La técnica quirúrgica es sencilla y sin inconvenientes. 6º) Los resultados obtenidos son halagadores: de los 14 homotrasplantes, 12 prendieron perfectamente (2 fracasaron no por intolerancia, sino por infección de los trasplantes). 7º) Desde el punto de vista funcional se han obtenido resultados verdaderamente entusiasmantes; movilidad articular completa o próxima a ella, al mes de operado. 8º) Es este un nuevo procedimiento quirúrgico de perspectivas revolucionarias. 9º) Los resultados obtenidos con los homotrasplantes de los pequeños huesos enteros hacen prever la posibilidad de los homotrasplantes de los grandes huesos enteros. 10º) A priori nada se opone a que con éstos no se obtengan los mismos resultados que con aquellos. 11º) Un hecho en este sentido está ya realizado: el 31 de agosto último, hace casi tres meses, hemos trasplantado con el Dr. Rafael García Capurro, todo el fémur izquierdo. Se trataba de un paciente de 41 años de edad con una hidatidosis generalizada de este hueso que, para evitar la extensión al coxal, no se encontraba otra solución que la desarticulación coxo-femoral. Cuando se nos consultó propusimos realizar un homotrasplante de todo el fémur. Obtuvimos el trasplante, por resección subperióstica, de una persona joven recientemente fallecida por accidente. La técnica quirúrgica empleada en la trasplatación fue la misma que para las falanges y metacarpianos. En el postoperatorio se hizo grandes cantidades de antibióticos. No hubo el menor síntoma de intolerancia y hasta ahora, casi tres meses, evoluciona sin novedad. Tiene cadera y rodilla sólida e indolora con movilidad discreta, camina por sus propios medios y sin ayuda. Hace una semana fue llevado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en cuyos boletines se publicará una nota previa sobre el caso. 12º) La experiencia recogida con los homotrasplantes de pequeños huesos enteros, creemos autoriza a llevar a cabo la experimentación clínica con los homotrasplantes de los grandes huesos enteros. 13º) Trabajamos en estos momentos en este sentido y así como hemos organizado el Primer Banco de Falanges y Metacarpianos, estamos empeñados en la organización del Primer Banco de Grandes Huesos Enteros. 14º) El éxito de este procedimiento será de proyecciones extraordinarias en la cirugía ortopédica, que ha tenido que recurrir, para solucionar difíciles problemas al método en estos momentos en plena experimentación clínica de las prótesis internas, acrílico o vitalium.

Es indudable que la terapéutica quirúrgica mundial está en pleno período renovador y orientada hacia los homotrasplantes; algunos de éstos son ya una conquista, los de córnea y cartílago por ejemplo; otros están en pleno período de experimentación clínica, los de piel, nervios y arterias. Los homotrasplantes de órganos, riñón, pulmón y corazón son también empeñosamente experimentados.

Los homotrasplantes de hueso nacieron con Velazco Zimbrón al crear el Primer Banco de Hueso –pequeños fragmentos– de personas fallecidas. Creemos que otro paso ha sido dado con los homotrasplantes de pequeños huesos enteros, falanges y metacarpianos.

Hemos iniciado el tercero, el de los homotrasplantes de los grandes huesos enteros.

La experiencia hasta ahora recogida es prometedora. Sin embargo comprendemos que es el porvenir alejado de los homotrasplantes, el que dará la sanción definitiva a este procedimiento aún joven.

En el peor de los casos nos quedará la satisfacción de haber contribuido con nuestro esfuerzo a aclarar en uno de sus puntos, el referente al hueso, el problema en el que está empeñada la cirugía del momento: el de los homotrasplantes.

Montevideo, diciembre de 1951.

El destino hizo que aquel exitoso primer trasplante de fémur total, efectuado en agosto de 1951, fuera asistido muchos años después en el Instituto por una fractura de cuello de fémur. A pesar del tiempo transcurrido su nombre me quedó grabado en la memoria. Se llamaba Nicomedes M.....

2º tema: Cirugía Plástica de la Mano (Introducción y prólogo de José Luis Bado)

El hombre, obra e imagen de un Dios, lleva en sí dos índices de su grandioso origen y de su privilegiada jerarquía, el espíritu y la mano.

No se podría insistir demasiado, dice Henri Berr, sobre este hecho; que en la evolución de la vida, "el instante decisivo" se produce con la adopción por un ser – el hombre– de la estación de pie, la liberación de la mano que de ello resulta y la industriosa actividad que permite esta liberación. Hay, en el uso de la mano como instrumento, la manifestación de un importante progreso psíquico y la promesa de importantes progresos ulteriores.

En el hombre, ser de actividad vertical perfecta, derivada de la necesidad de saber, de ver más alto y más lejos, la mano, completamente liberada de toda otra función inferior, conserva las que caracterizan al ser más elevado en la escala zoológica. Ellas son la prensión, la exploración de los objetos y la expresión.

La prensión, función esencialmente utilitaria, está en relación con las necesidades primarias del individuo.

La exploración de los objetos, dando informaciones táctiles que se asocian a las sensaciones visuales, completándolas, contribuye eficazmente al conocimiento del mundo exterior.

La expresión, la mímica, ensayo de lenguaje, participa poderosamente en el entendimiento entre los hombres.

El espíritu es el asiento de todas las emociones; la mano, la exteriorización activa del espíritu. El hombre sufre el amor, le muerden los celos, lo enerva la pasión, lo incita el deseo, lo deprime el miedo, experimenta la alegría, el sentimiento de belleza, la angustia, el terror, la tranquilidad, el desasosiego...

El espíritu ordena, la mano ejecuta; aquél concibe, ésta realiza. En el primero se vive la emoción, la mano realiza el gesto que la traduce. Ella tiene lenguaje de expresión. Su vocabulario son los gestos, su idioma la exteriorización de las emociones. La que acaricia traduce amor, la que estrecha francamente otra mano, dice amistad, la que empuña nerviosamente un puñal, habla de odio o sentimiento de venganza; la que lleva en sus dedos una pluma, un pincel o un buril y la que arranca melódicos acordes a un piano o a un violín, ponen de manifiesto artísticos estados emocionales.

El idioma de la mano es universal, no tiene límites ni fronteras. Es para todos comprensible. Muchas veces hasta sustituye al lenguaje hablado. Los sordomudos se sirven de las manos para comunicarse. Los emperadores romanos expresaban la suerte de los gladiadores, gloria o muerte, levantando o bajando el pulgar. Dos dedos fueron en un pasado reciente el estandarte de la victoria de una de las partes en una guerra, en la que se jugaron los destinos de la humanidad.

"Hay libros de bien como hombres de bien", afirmaba con gracia juiciosa el Maestro de la prosa americana... Y los hombres de bien no necesitan recomendaciones ajenas a sus virtudes mismas. Tener la oportunidad de conocerlos significa estimarlos en todo lo que valen y en todo lo que tienen de grande.

Lo mismo sucede con los libros. Lo mismo sucederá, sin duda, con este libro escrito por Pedro Víctor Pedemonte. Su título expresa con exactitud su contenido. El tema está lleno de sugerencias y de posibilidades de realización.

En efecto, la mano es un órgano demasiado precioso en la vida del hombre, para que no mereciera, al fin, la preocupación de la Cirugía en su afán de restaurar la integridad de su función una vez perdida. La ausencia de este órgano no

significa, desde luego, la imposibilidad de continuar viviendo, como podría suceder, y sucede en realidad, con muchos otros órganos de la economía. Quizá esta sea la razón por la cual en el camino del progreso del conocimiento médico-quirúrgico, la preocupación aparece primero en lo vital, por aquello de lo que depende la vida misma.

Ser un mutilado es una desgracia; ser un mutilado de la mano es quizá una desgracia mayor todavía. Pero... podía ser peor aún y la vida no existir, si la lesión hubiera tenido lugar en otro órgano imprescindible, no ya para una función de relación, sino para la función vital. Y así la resignación aparecía.

Y, además, no valía la pena que un cirujano dedicara el esfuerzo de toda su vida orientado nada más que a restablecer la función perdida de la mano o de los dedos. No valía la pena porque no había suficientes manos para reparar; la mano contaba poco en realidad, frente a lo demás del complejo orgánico total, cuya enfermedad sí era importante saber combatir y curar.

Se repetía aquí el problema tan conocido de las deformidades en general. El deforme, el mutilado, vivía fuera de la sociedad, escondido en el cariñoso regazo familiar, a cubierto de la burla o del desprecio, o en una exhibición de impotencia y de miseria, inspirando piedad y limosna.

Pero, afortunadamente, hace muchos años ya que la Ciencia y, por consiguiente, una de sus hijas más amadas, la Cirugía, lleva al lado de sus preceptos técnicos, al lado de la razón pura, un profundo contenido humanista, que ha inspirado y enaltecido muchas de sus realizaciones.

Y así ha nacido el afán que inspiró algunas de las diferentes ramas en las que ha dividido su tronco primitivo, por evitar la invalidez y la deformidad y por combatir las una vez instaladas. Y ha sido tan grande, tan múltiple, tan infinito el número de problemas que ha debido estudiar y resolver, que la rama poco a poco se ha transformado a su vez en tronco, con la promesa de nuevos brotes.

Además, un factor de gran importancia ha gravitado sobre esta orientación, factor de frecuencia, creado a su vez como resultante de la civilización y del progreso. El trabajo, la máquina, la actividad mecanizada, el deporte, multiplican hasta el infinito la posibilidad etiológica del trauma, y éste proyecta sus efectos sobre los miembros en general y sobre la mano en particular.

Pero hubo más todavía; influyó asimismo otro factor que aunque en el concierto de las causas sea quizá la menos hermosa, no por eso fue la más despreciable. Me refiero al factor económico. Todos sospechaban lo que podría significar desde el punto de vista emotivo de la continuación de la vida para un hombre, la pérdida total o parcial de la función de la mano. Y la sospecha creaba en ellos la compasión, que encontraba su eco en la resignación del inválido. Pero llegó un momento en que la pérdida de la función significó para los demás alguna otra cosa, significó algo con una cotización en dinero, significó un deber con un coeficiente económico determinado. Y de parte del lesionado, la resignación cedió el paso a un derecho, a una facultad, a una exigencia.

Las estadísticas, al poner de manifiesto la frecuencia y gravedad de las lesiones de la mano, exponen tácitamente sumas de dinero, a veces millonarias, que inspiraron en su volumen esfuerzos por disminuirlas.

Todo contribuyó así a crear una orientación en el sentido de la reconstrucción o de la reparación, paralela, desde luego, a la de la profilaxis y a la de la prevención.

La Cirugía reconstructora y plástica en su aplicación a la mano, representa una actividad segregada de la Ortopedia y Traumatología, considerada como una unidad. Se explica así, que Pedemonte, traumatólogo distinguido, de carrera, con un pasado provechoso en cirugía general, haya orientado su vocación y su arte hacia ese capítulo tan especial y tan importante de la cirugía reparadora.

No insistiremos en la importancia que tiene en tratar así, como lo ha hecho él, en un estudio de conjunto, todo lo relativo a la reparación de las lesiones de la mano, desde la piel hasta el esqueleto. La documentación que ilustra y que vuelve gráfica la exposición de los diferentes problemas que plantea, pertenece en gran parte al Instituto Traumatológico, donde desde hace ya algunos años el autor dedica su atención casi con exclusividad al tratamiento de esta clase de lesiones.

Es este el primer libro de su género que se publica en lengua española, y aparte de todo el mérito que pueda poseer como expresión de un esfuerzo de trabajo, de meditación, de concepto y de técnica, tiene el de ceñirse en su plan

general a límites que traza su propia experiencia. Por sobre la parte de profunda cultura general que en relación al tema posee el autor, resalta y se impone un conocimiento práctico, reflejo de su experiencia y de su trabajo.

Y es por ello que descontamos el interés con que será leído el libro de Pedemonte, y la utilidad que prestará a los que se ocupan de los diferentes problemas de la cirugía reparadora de la mano.

En un esfuerzo que en alguna otra época hubiera podido ser interpretado como hereje, Pedemonte expone en toda la maravillosa amplitud de su alcance, la posibilidad de devolver la función perdida a la mano, a ese órgano que inspiró, en el espíritu exquisito del artista, el símbolo de la "Creación", cuando sobre su palma y sostenidos por sus dedos entreabiertos, colocó entrelazados al hombre y a la mujer.

*Prefacio y generalidades de la Cirugía Plástica de la Mano
(Pedro V. Pedemonte)*

*La mano es un órgano de funcionamiento maravilloso en la
máquina humana y se le debe considerar con la atención más
particular.
S. BUNNELL*

*Como instrumento de presa y ductilidad plástica, nada hay
más perfecto que la mano del hombre.
PUTTI*

*La mano del hombre que trabaja es su tesoro máspreciado y
sin ella la vida le resulta una carga.
KANAVEL*

La base de esta obra está constituida por el relato que sobre el mismo tema, presentamos al Tercer Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica, realizado en Chile en el año 1944. La excelente acogida que a él se le dispensó y el pedido de colegas nacionales y extranjeros de que lo diera a luz en forma de libro, son los motivos de esta publicación.

Muy agradecido estoy, pues, a la Sociedad Latino Americana de Cirugía Plástica porque al conferirme el honor de nombrarme Relator Oficial uruguayo del tema Cirugía Plástica de la Mano, me impuso al mismo tiempo la obligación – cuantas veces indispensable– de reunir el material clínico acumulado en varios años de labor sobre el particular, ordenarlo y exponer conceptos, ideas y técnicas en forma clara y comprensiva.

De un relato a un libro no hay sino un corto paso.

Hoy, ya dado ese paso, siento también un claro sentimiento de reconocimiento hacia todos aquellos colegas que con su buena acogida a mi relato y con sus palabras de estímulo me dieron el coraje –que es verdaderamente lo que muchas veces falta para hacer algo– para que corregido, ampliado y mejor documentado, me animara a exponerlo a la opinión médica.

A los Dres. José L. Bado y Domingo Vázquez Rolfi, Director y Sub-Director respectivamente del Instituto Traumatológico les quedo profundamente agradecido por sus sabias enseñanzas y experientes consejos brindados en varios años de labor en común, por haberme permitido realizar en dicho Instituto la mayor parte de mi experiencia y por brindarme con toda liberalidad, el material clínico para su publicación.

Siendo amigos de años y conociéndome perfectamente, saben bien cuán grande y sincero es mi agradecimiento.

Al primero, espíritu de excepción, Maestro de la Traumatología y Ortopedia Uruguaya, me obliga aún más al reconocimiento la deferencia de aceptar la molestia de prologar la obra.

Al Directorio del Banco de Seguros del Estado –año 1946– le estoy también profundamente agradecido y esto por un motivo especial, el haber valorizado justicieramente mi honoraria labor asistencial prestada durante más de 10 años a los accidentados, asegurados de la Institución y el que haya querido prestigiar esta obra y contribuido materialmente a la financiación de su publicación.

A mi bueno y gran amigo Nino Valentín Zucchi, Técnico Ortopédico del Instituto Traumatológico –uno de esos raros hombres que saben hacer muchas cosas y todo bien– le agradezco sinceramente que en medio de sus múltiples ocupaciones haya siempre buscado tiempo para tomar numerosas fotografías de los casos, buen número de las cuales han permitido ilustrar ampliamente la obra.

A Luis Rivera, también gran amigo, le quedo muy agradecido por los desvelos puestos para que la impresión fuera lo más esmerada posible.

A todos mis compañeros de trabajo que en una u otra forma contribuyeron a que la obra se viera terminada, les doy mis sinceras gracias.

Como en aquel relato, se estudia en este libro fundamentalmente las deformidades de la mano.

Hemos querido encarar el problema en forma precisa y clara; por eso, aunque para algunos cirujanos toda la cirugía de la mano puede considerarse como cirugía plástica, nos hemos limitado solamente a una parte de ella, la menos estudiada, las deformidades, sean estas congénitas, sean adquiridas, resultantes de procesos infecciosos o traumáticos.

De estos últimos, los primeros han merecido de parte de la Cirugía General, amplia atención. La Traumatología se ha ocupado, y en buena medida, de los segundos.

Muy poco, en cambio, se ha escrito sobre las deformidades derivadas de los unos y los otros.

La fisiopatología de su origen, su clasificación, su reparación, la técnica y la táctica del tratamiento reparador, no ha merecido, hasta ahora, la atención que ellas se merecen.

Y eso que, estas deformidades de las manos, representan un muy importante problema desde tres puntos de vista: científico, social y económico.

Queremos con nuestro esfuerzo llenar ese vacío. Por lo menos, intentamos hacerlo.

Basados en un concepto anatomopatogénico de las deformidades, establecemos el tratamiento corrector correspondiente. Es por eso que dividimos – desde este punto de vista – las deformidades, en dos grandes grupos: Manos simples y Manos complicadas.

Las primeras son aquellas que tienen su origen en la lesión de un solo elemento anatómico, la piel, la aponeurosis, los tendones, las articulaciones, los nervios, etc. En estos casos, la deformidad, debe su existencia en forma exclusiva o predominante a la lesión de ese elemento y la terapéutica debe dirigirse exclusiva o predominantemente hacia él.

La corrección de estas deformidades –Manos Simples– consistirá en corregir el factor único causal de la deformidad.

Uno de los puntos más importantes es la técnica de los procedimientos de corrección y buen cuidado hemos tenido en exponerla con precisión en la obra.

Como Manos Complicadas entendemos aquellas deformidades cuyo origen no está en la lesión de un solo elemento anatómico, sino en la de dos o más; la piel y los tendones, la piel y la aponeurosis, la piel, los tendones y las articulaciones, etc., etc.

La multiplicidad de asociación de estos distintos elementos a lo que se suma la variabilidad de la intensidad de las lesiones, hacen que las formas clínicas de estas Manos Complicadas sean muy numerosas. Y que cada una de ellas presente, en la práctica, aspectos terapéuticos particulares.

Si en el grupo de Manos Simples, un examen clínico radiográfico es necesario para determinar de manera precisa el factor anatómico en causa, en el de las Manos Complicadas es aún de mayor importancia, ya que no sólo debe tener como finalidad establecer cuántos y cuáles de ellos intervienen en su producción, sino determinar, lo más aproximadamente posible, la jerarquía patogénica de cada uno de ellos. Esto tiene en el tratamiento una gran importancia.

En el primer grupo lo común es que la corrección pueda hacerse en un solo tiempo operatorio y si dos o más son necesarios, todos ellos están dirigidos a la reparación del único factor causal, la piel, los tendones, los nervios, etc.

En el segundo, en cambio, lo corriente es que varios tiempos operatorios sean necesarios, ya que la reparación debe corregir los distintos factores originarios de la deformidad. Las técnicas de la reparación de cada uno de ellos no difieren de las del grupo primero, pero entra entonces en juego un factor muy importante que es la táctica del tratamiento general de la deformidad.

Todos estos aspectos del problema han sido tenidos muy en cuenta y ampliamente desarrollados en el texto.

Si este es el núcleo central de la obra, capítulos de Anatomía, Fisiología, Principios Generales del Tratamiento, etc., etc., han sido incluidos para hacerla más completa y más fácilmente comprensiva.

Dos capítulos de singular importancia han sido agregados al final: el de la Reparación del Pulgar y el de la Retracción Muscular Isquémica de Volkmann.

Este último, enriquecido con una estadística de 256 fracturas supracondíleas del húmero de los niños y de 19 casos de Volkmanns, entre Incipientes (o síntomas premonitores), constituidos pero en evolución y Completamente Evolucionados es la base del próximo libro, ya en imprenta.

La mano, ese maravilloso mecanismo humano constituido por 29 piezas óseas –incluyendo el puño– por 31 articulaciones, 19 músculos intrínsecos y 9 extrínsecos por 3 nervios, múltiples sinoviales articulares y tendinosas, por cápsulas, ligamentos, tendones, aponeurosis, vasos sanguíneos y linfáticos, por tejido celular y por la piel con todos sus anexos, ha tenido en todos los tiempos una importancia extraordinaria desde el punto de vista quirúrgico. Sin embargo, en ninguno ha alcanzado la que tiene en nuestros días. “Vivimos dice Böhber –en el prólogo del libro Traumatología de la Mano, de su discípulo Krömer– en el siglo del trabajo. Obreros manuales e intelectuales crean obras de magnitud inigualada. Pero los obreros sólo pueden desempeñar la función que les ha sido encomendada si sus manos están sanas. Por eso tenemos que hacer cuanto podamos para evitar que éstas sufran accidentes. Si a pesar de todo, ellos se producen, tenemos que esforzarnos en curar los traumatizados con la mayor rapidez posible, a la par que evitar los trastornos graves que frecuentemente se originan por la infección de las heridas o por la incapacidad temporal de la función”.

A su vez Bunnell manifiesta “es la actual una era mecanizada lo que significa que millones de manos han de ser traumatizadas. Podría llamarse a la actual, la Edad del Traumatismo. Con el desarrollo cada vez mayor de la industria y el advenimiento de las guerras mecanizadas el trabajador manual, por la naturaleza de su trabajo, sufrirá, traumatismos de sus manos.

La mano encabeza la lista de los accidentes industriales y ella es la responsable de una gran parte de los gastos de indemnización. Desde el punto de vista social el funcionamiento de este valioso miembro es de una importancia vital para el obrero, para su mantenimiento”.

Estos conceptos evidencian la importancia de la mano en la época actual. La Cirugía General y la Traumatología mucho se han ocupado de ella en estos últimos años. La cirugía plástica, reparadora de la forma y de la función, no podía permanecer ajena a esta preocupación. En la actualidad muchos son los cirujanos plásticos que dedican buena parte de su actividad médica, al estudio y tratamiento de las afecciones de este órgano.

Aunque como dice Mason, toda cirugía de la mano puede ser considerada como cirugía plástica, nosotros limitamos su extensión al estudio solamente de la deformidad ya constituida. Para nosotros, cirugía plástica de la mano será la reparación de las deformidades de la mano. Pero damos al término deformidad, un sentido muy amplio y consideraremos como tales no solamente las morfológicas, sino también las funcionales y aún las sensitivas.

En muchos casos la deformidad será puramente anatómica, por ejemplo, las de origen congénito. Sabido es que en éstas la función es trastornada, solamente en la medida del déficit morfológico.

En otros ella será exclusiva o predominantemente funcional, por ejemplo, en la sección de los tendones flexores o extensores.

En otros, por último, la deformidad será casi exclusivamente sensitiva, como en la sección de los nervios colaterales de los dedos. Y decimos, casi exclusivamente, porque como consecuencia del déficit sensorial, se origina, siempre, un trastorno funcional más o menos grande.

Pero en la gran mayoría de los casos, la deformidad está constituida por la asociación de un defecto morfológico y otro funcional.

La cirugía plástica tiene por finalidad, en los primeros reparar la forma, en los segundos restituir la función, y en los últimos reparar ambas.

Las deformidades de la mano pueden, por su origen, ser divididas en dos grandes grupos, las congénitas y las adquiridas. Este a su vez puede subdividirse en traumáticas, infecciosas y patológicas.

La Enfermedad de Dupuytren, es el ejemplo más típico de la deformidad de origen patológico. Las secuelas de la poliomielitis y las deformaciones ocasionadas por ciertas afecciones nerviosas primitivas, también pueden incluirse en este grupo.

Para las congénitas, nada hay que pueda prevenirlas o evitarlas. Para las de origen traumático o infeccioso en cambio mucho es lo que puede y debe hacerse en tal sentido.

Teóricamente, la cirugía plástica de la mano, no debería ser sino la reparación de las deformidades congénitas y la de las inevitables de origen traumático o infeccioso. Como deformidades inevitables deberían considerarse, solamente, aquellas derivadas de graves traumatismos y de virulentas infecciones que por mejor tratamiento que se les instituya, la curación sin secuela, es imposible lograr.

En la práctica, sin embargo, gran parte del material de la cirugía plástica de la mano, está constituido por las secuelas evitables de las lesiones traumáticas o infecciosas de esta región.

Evitables, en primera instancia, evitando el trauma y la infección y evitable, si el trauma o la infección se han producido aplicando un tratamiento correcto a la lesión inicial.

Evitar el trauma es una función social. Legislar sobre las condiciones del trabajo manual, es hacer verdadera medicina preventiva. Cuanto mejor se legisle en tal sentido y cuanto más se eduque al obrero, tanto menor será el número de deformidades de la mano.

Nuestro país, con su industrialización incipiente, paga caro tributo a sus "primeros pasos". Comparando nuestras estadísticas con las de países desde largo tiempo industrializados, las cifras de traumatizados del trabajo es enorme.

Si se quiere pues, cumplir con uno de los más importantes postulados de la medicina moderna, el de la prevención, es necesario disminuir el número de accidentados del trabajo, defendiendo al obrero con sabias leyes y mejor educación.

En segunda instancia y esto es ya del resorte puro del cirujano, otro buen número de deformidades es debido a tratamientos incorrectos.

Pequeñas heridas de los dedos o mínimas infecciones mal tratadas pueden dar origen a serias deformidades de la mano.

Graves traumatismos y serias infecciones, en cambio, correctamente tratadas pueden curar sin dejar la menor secuela.

Ejemplo claro de esto, es el caso de la Figura 1. El miembro superior derecho de este obrero había sido tomado, momentos antes de la consulta, entre los dos cilindros de una máquina sobadora. Tenía una extensa herida lacero contusa del 1/3 inferior del antebrazo, de puño, de la palma de la mano y del dedo pulgar. No había fractura, pero la piel retraída, dejaba ver lesiones de las vainas tendinosas y por sitios los tendones estaban expuestos al aire, principalmente el del pulgar.

La aplicación de un correcto tratamiento dio como resultado una curación perfecta.

Por no salirnos fuera del plan de la obra no nos extenderemos sobre el tratamiento de las lesiones traumáticas o infecciosas primitivas. Sólo expondremos sus principios más importantes: 1º) Tratamiento precoz en medio quirúrgico adecuado y por cirujano entrenado; 2º) Conocimiento perfecto de la técnica, voluntad, tiempo e instrumentos quirúrgicos especiales, son necesarios; 3º) Desinfección quirúrgica más que química; 4º) Reducir correctamente las fracturas e inmovilizarlas perfectamente; 5º) Hemostasis perfecta; 6º) Cerrar todas las heridas sin tensión, sea por sutura directa por plastia de deslizamiento o por trasplante libre o pediculado; 7º) Inmovilizar la mano y el antebrazo temporariamente; 8º) Evitar el edema, elevando el miembro; 9º) Movilización precoz, y 10º) Evitar la infección por el empleo de la sulfamida y de la penicilina.

La deformidad, secuela de trauma o infección tiene, en la inmensa mayoría de los casos, una misma base anatomopatológica, el tejido fibroso.

El tejido fibroso cicatrizal sea a nivel de la piel, de la aponeurosis, de las vainas sinoviales tendinosas, de los tendones o de las articulaciones da origen, por retracción, al defecto morfológico y al trastorno funcional.

En la base de las deformidades de causa en la piel, existe siempre una cicatriz retráctil. En la base de los dedos flexionados de la Enfermedad de Dupuytren hay una fibrosis de la aponeurosis palmar. En la patología traumática o infecciosa de los tendones el elemento de mayor jerarquía, la adherencia no es más que la consecuencia del tejido fibroso. En las deformidades de causa en las articulaciones el tejido fibroso constituye la esencia anatomopatológica de la rigidez. En definitiva, el tejido fibroso domina toda la cirugía plástica de la mano. Él constituye la esencia

de la inmensa mayoría de las deformidades y es, además, el factor de mayor importancia en la reparación y la causa más frecuente de los fracasos. El grupo de las deformidades congénitas, por su origen escapa a esta ley. Por eso en éstas, no existe trastorno funcional y la cirugía plástica no tiene otra finalidad que la de restituir la forma. Más que por un déficit funcional los portadores de tales deformidades, concurren al cirujano por un imperativo estético. Ejemplo claro de esto es la sindactilia.

Si la causa de las deformidades de la mano, de origen traumático o infeccioso, es el tejido fibroso retráctil, para evitar aquellas debe prevenirse éste. Para lograr esta finalidad un tratamiento correcto de las lesiones traumáticas o infecciosas debe ser aplicado. Los principios del tratamiento, más arriba expuestos, son fundamentales.

Más que ninguna otra, toda herida de la mano debe cicatrizar por primera, como una herida operatoria.

Además de otros factores, dos fundamentalmente, conducen al tejido cicatrizal retráctil, el edema y la inmovilización prolongada. Es necesario, pues, evitarlos elevando el miembro e inmovilizándolo solo temporariamente.

El tratamiento correcto de las lesiones primarias es el preventivo de las deformidades.

A pesar de poseer, en la actualidad, un mejor tratamiento de las heridas e infecciones primarias, las deformidades de la mano consecutiva a ellas, son cada vez más numerosas. Cada día la cirugía plástica ve aumentar el material proveniente de estas fuentes. Es que cada día son más numerosos y más terribles los traumatismos, en razón del mayor empleo de la máquina en la actividad humana.

La industrialización trae la máquina, ésta los traumatismos y éstos, a su vez, las deformidades morfológicas, funcionales o sensitivas.

La cirugía plástica es la última etapa del tratamiento de estas graves lesiones.

Ella comienza a actuar cuando la cirugía general o la traumatológica han dejado de hacerlo.

Dentro del gran grupo de secuelas inevitables, algunas son reparables por la cirugía plástica y otras no. No son reparables, por ejemplo, las amputaciones parciales o totales de uno o varios de los cuatro últimos dedos y los de toda la mano. Ellas no pueden ser modificadas por la cirugía plástica y lo único que corresponde es el pago de la indemnización por la incapacidad definitiva por parte de las cajas aseguradoras. Pero no es este el material más abundante de la cirugía plástica. Este está constituido por las deformidades reparables, secuelas evitables en la inmensa mayoría, secundarias a tratamientos incorrectos de las lesiones primarias.

Las estadísticas de las cajas aseguradoras demuestran que del 40% al 50% de los accidentes del trabajo indemnizados corresponden a traumatismos de los dedos y de las manos. Y hasta hace unos años no era el mayor porcentaje de las indemnizaciones aquel derivado de las lesiones irreparables, sino el correspondiente a incapacidades producidas por infecciones o rigideces, evitables con un correcto tratamiento de la lesión inicial o una vez establecidas, reparables por la cirugía plástica.

De esta manera la cirugía plástica ha venido a aliviar a las cajas aseguradoras del pago de un gran porcentaje de indemnizaciones, aquel correspondiente a las deformaciones reparables parcial o totalmente. Así gran número de incapacidades definitivas se han visto transformadas en incapacidades temporarias.

En resumen: la cirugía plástica de la mano sólo debería ser la cirugía de las deformidades congénitas, absolutamente imprevisibles y la de las inevitables de origen traumático o infeccioso.

Sin embargo, un número demasiado grande de deformidades son debidas a malos tratamientos.

Para evitar las deformidades es necesario: 1º evitar el trauma o la infección, y 2º evitar el tejido fibroso –base anatomopatológica en la inmensa mayoría de las deformidades adquiridas– por la aplicación de un correcto tratamiento de la lesión inicial.

El tratamiento preventivo de las deformidades de la mano es el tratamiento correcto de las heridas e infecciones.

La cirugía plástica de la mano cumple tres altas finalidades: una quirúrgica, reparar lo que la cirugía general no ha podido evitar; una social, restituir al inválido a la condición de hombre útil, y una económica, aliviando a las cajas aseguradoras de gran parte del monto de las indemnizaciones definitivas, por secuelas de lesiones traumáticas de la mano.

Luego de efectuar estas transcripciones, sólo me resta decir que este trabajador incansable enseñó permanentemente hasta que en forma sorpresiva, en 1958, todos lamentamos su inesperado fallecimiento.

Finalmente creo que el más afectuoso homenaje que se le puede ofrendar a Don Pedro, es decirle que, en 1987, 40 años después de publicado su libro, quienes en ese momento serían sus nietos científicos, integrantes del Departamento de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros, con la colaboración de traumatólogos del Departamento de Traumatología, transformaron una de las últimas afirmaciones de su libro ("no son reparables por la cirugía plástica las amputaciones de la mano").

Cuánta satisfacción experimentaría al saber que los avances logrados en la cirugía de la mano por sus continuadores permitieron que las amputaciones de la mano también pudieron ser tratadas por la cirugía reparadora.

Como sincero homenaje al Maestro, a Don Pedro, resumiremos el primer reimplante de la exitosa serie que se inició en el Banco de Seguros el 10 de octubre de 1987.

10.10.87 – J.M. – 21a – HC: 354.933 (Osteosíntesis N° 420)

Accidente de trabajo. Amputación distal de antebrazo. Llega al sanatorio a las 3 horas, procedente del departamento de Florida, con su mano en un recipiente con hielo.

Operación de urgencia. Equipo de trabajo por cirujanos reparadores, especialista en microcirugía y traumatólogo. Reimplante. Osteosíntesis a mínimo en radio, placa en cúbito y fijación interna con minifijador sistema modular. Resultado final: morfología normal, función completa, reintegro laboral total.

Cuando terminé de escribir lo que antecede, me dije: Don Pedro, además de haber sido un distinguido traumatólogo, fue el pionero de la cirugía plástica de la mano en el Uruguay, mucho antes de que la Facultad de Medicina creara la Cátedra de Cirugía Plástica en 1980.

Dado que el primer Profesor Titular de la Cátedra fue un estimado amigo, el Prof. J.J Hornblas, le pedí que él escribiera el final.

Tuvo el privilegio de haberlo conocido, haber trabajado con él en el Instituto y después con los que fueron los continuadores de Don Pedro: De Vecchi, Moller, Bonavita y otros.

Semblanza por Juan J. Hornblas (marzo, 2004)

Agradezco a mi amigo, Dr. Roberto Masliah, el poder contribuir con mis escasos recuerdos de un "gran olvidado" de las generaciones jóvenes de un GRAN MAESTRO como el de "Don Pedro", el Dr. Pedro Pedemonte.

Tuve la fortuna de ingresar al Instituto de Traumatología en 1958 en mi primera rotación como Interno.

Fue uno de los semestres más importantes en mi formación profesional, en que aprendí cosas que he aplicado en los últimos 50 años. Son inolvidables las "clases para Internos" del Prof. Bado, la rígida disciplina habitual en aquella época, la metodología de enseñanza y la preparación de pruebas y concursos.

A los pocos días de ingresar, fui enviado a ayudar al Dr. Pedemonte en un injerto de tendón flexor de pulgar. Se preguntarán ustedes cómo recuerdo ese diagnóstico. Yo era un interno con clara orientación quirúrgica, totalmente definida gracias a mis maestros previos: Don Carlos Stajano, Walter Suiffet, Suárez Meléndez, Juan Carlos Lorenzo y otros, y mi futuro estaba totalmente dirigido a la Cirugía General. En esa primera ayudantía al Dr. Pedro Pedemonte, me encontré con un hombre afable, brillante anatomista y cirujano, y esencialmente un gran docente. En los pocos meses en que tuve oportunidad de ayudarlo y disfrutar sus enseñanzas en pacientes con

consulta externa, aprendí cosas que apliqué en toda mi vida profesional, que están plasmadas en su brillante libro (que me obsequió) sobre CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA MANO, que leí muchos años después cuando decidí dedicarme a la Cirugía Plástica, y lo destacable es que muchos de los conceptos de dicha obra, que conservo como reliquia, están totalmente vigentes.

Hoy, tantos años después, quiero destacar los excelentes resultados de sus actos quirúrgicos, en especial de lo que él denominaba "manos complejas".

Pocos meses después de rotar al Hospital Maciel, me enteré de su fallecimiento y honda tristeza me invadió porque había perdido a quien llegué a estimar como un gran amigo y esencialmente un Gran Maestro.