

Amputación tipo Dickson

Dras. LAURA SANTAMARÍA, LIDIA LOTERZO*

RESUMEN

En los últimos 17 años, en el Hospital Municipal de San Isidro hemos trabajado en las complicaciones de origen diabético en los miembros inferiores, donde más se hacen presentes las cirugías de amputación en sus diversos niveles.

En nuestra casuística, sobre 508 pacientes hemos efectuado 130 amputaciones tipo Dickson con un seguimiento que va desde los 6 meses a los 10 años y cuyo promedio fue de 3 años.

Hemos tenido un índice de revisión del 4% en el período 1979-1996. En los últimos 3 años hemos disminuido el mismo a 0,6%. Los resultados obtenidos han sido satisfactorios en más del 96% de los pacientes.

La amputación de James Dickson fue descripta por el autor en 1948. Nosotros la denominamos tipo Dickson porque no realizamos la incisión de piel propuesta por el autor, sino un interesante y menos agresivo abordaje.

SUMMARY

During the last 17 years we have been working on the wounds in diabetic patients. We have tried to do so, taking into account the evaluation of 508 diabetic and/or vascular patients. We have developed a classification of the ulcerous wounds, putting it into practice in a very clear and easy way, which has allowed us to find a way in the production mechanisms, in the treatment and in the prognosis of the wounds.

Of all the evaluated patients, being an average of 62 years old, 60% were neuropatic and 40% were vascular. In the first group, just 40% had an ulcerous wound, which was a 16% in the vascular patients, and taking into account there were more single wounds than multiple ones.

We can mention 4 typical characteristics described under the items of ulcerous neuropatic and vascular wound, to differentiate each ulcer and give criterion of predictability of the wound.

Finally, we have studied the relation between the ulcer of ulcers with the amputation when a cure couldn't have been obtained by orthopaedic or medical treatment.

INTRODUCCIÓN

La complicación distal diabética, mal llamada pie diabético, compromete ambos miembros inferiores, desde la ingle hasta el pie inclusive^{5,18}.

Las lesiones comprenden el sistema nervio-

so autónomo originando la autosimpaticectomía^{5,19}, lesiones arteriales y arteriolares, ocasionando una arteroesclerosis que, a diferencia de la enfermedad clásica, cambia en dos elementos¹⁶. Se inicia aproximadamente diez años antes^{11,15}; su topografía se centra en pierna y pie, a diferencia de la anterior, que coloca más acento en el muslo. El último territorio comprometido es el sistema nervioso periférico, que incluye: músculos, tendones, articulaciones, arterias, TCS y piel²³.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Municipal de San Isidro, Juan José Días 818, San Isidro, Provincia de Buenos Aires.



Figura 1

En los últimos 17 años hemos venido trabajando en esta patología^{19,20}, la diabetes, enfermedad donde se hacen presentes las cirugías de amputación en sus diversos niveles. Nuestro objetivo en el presente trabajo será relatar, a través de nuestra casuística, el seguimiento efectuado, la evolución en el índice de revisión

y la técnica quirúrgica empleada con su evolución y resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Sobre 508 pacientes evaluados en el período 1979-1996, 198 fueron pasibles de tratamiento qui-

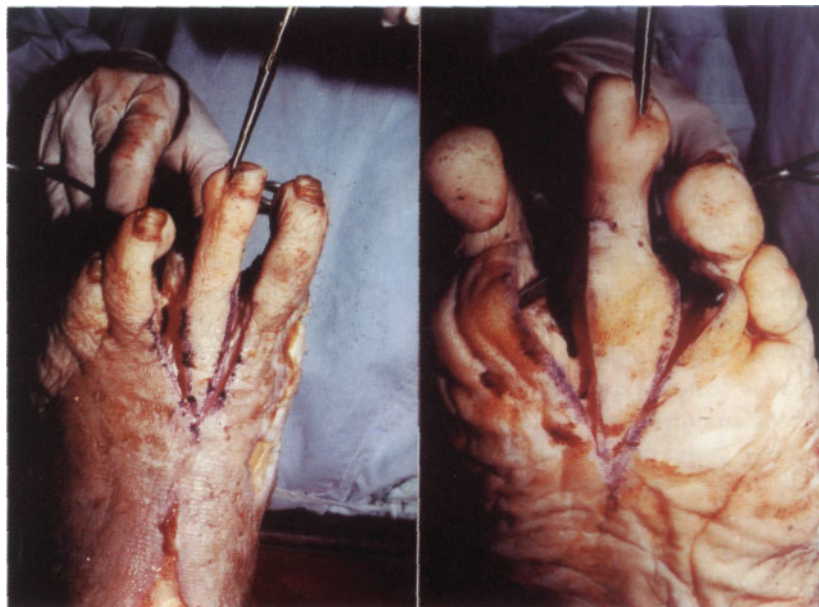


Figura 2



Figura 3

rúrgico, mientras que los 310 restantes no tuvieron indicación quirúrgica.

Sobre el total de los pacientes que recibieron alguna intervención quirúrgica, al 46% se le realizó amputación tipo Dickson, formando éstos un total de 130 cirugías. El 54% fueron pacientes neuropáticos y el 46% restante fueron vasculares. El 65% fueron varones y el 35% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 60 años.

Indicaciones

Se efectuó amputación tipo Dickson cuando la lesión no sobrepasó la base del dedo y en dorso y en planta no traspasaba el surco interdigital (Figura 1).

Técnica quirúrgica

James Dickson⁴ describe en 1948 una técnica para el tratamiento de las verrugas plantares resistentes al tratamiento médico, relatando el éxito obtenido sobre 25 pacientes. La cirugía consiste en la resección del dedo y metatarsiano correspondiente, mediante dos incisiones longitudinales a cada lado del dígito comprometido y en las prolongaciones metatarsales correspondientes a los interdígitos que rodean dicho dedo (Figura 2). Estas incisiones formarían una letra V con ángulo proximal cuyas ramas se ubicarían a los costados del metatarsiano extraído. La V se talla en dorso y en planta, extrayéndose las tres cuartas partes del metatarsiano resecado a cizalla, dejando la base del mismo. En la amputación tipo Dickson la incisión de piel es en raqueta, extrayendo primero el dedo y resecando a nivel metatarsofalángico (Figura 3). A continuación, mediante incisión longitudinal sobre el dorso de metatarsiano se osteotomiza éste aproximadamen-

te en su mitad (Figura 4) y con legrado suave se desprende y extrae el segmento distal.

No se extraen ni suturan los tendones, cápsulas o nervios. No utilizamos pinza de mano izquierda en ningún caso. Cerramos la herida por primera con nylon realizando cuidadosa expresión previa y vendaje compresivo, sin drenajes, evitando la forma-



Figura 4



ción de terceros espacios. Son excepcionales los casos en que debimos ligar algún vaso; cuando fue menester lo efectuados con catgut 00. Permitimos a

las 48 horas la deambulaci3n m3nima en domicilio con tal3n del pie operado. No removemos el vendaje por igual per3odo (Figura 5).

El calzado utilizado en la mayor3a de los pacientes fue deportivo, con o si relleno del segmento faltante.

RESULTADOS

Con respecto a las revisiones quir3rgicas, tan frecuentes en estos pacientes, de 1979 a 1996 el 3ndice total de revisi3n fue del 4%, habiendo bajado el mismo en los 3ltimos tres a3os a 0,6%. El segmento m3s frecuente en la resecci3n fue el primero (Figura 6), formando un total de 39 casos, mientras que en los restantes la cantidad oscil3 de 21 a 25 en cada uno (Figura 7).

El seguimiento promedio fue de 3 a3os (de 6 meses a 10 a3os). Las heridas tardaron en cerrar 3 meses en promedio, ya que oscilaron de 1 a 5 meses. No fue necesario en la mayor3a de los pacientes el equipamiento con ortesis ni zapatos ortop3dicos.

DISCUSI3N

Desde hace varios a3os venimos insistiendo en la conveniencia de que las amputacio-



Figura 6

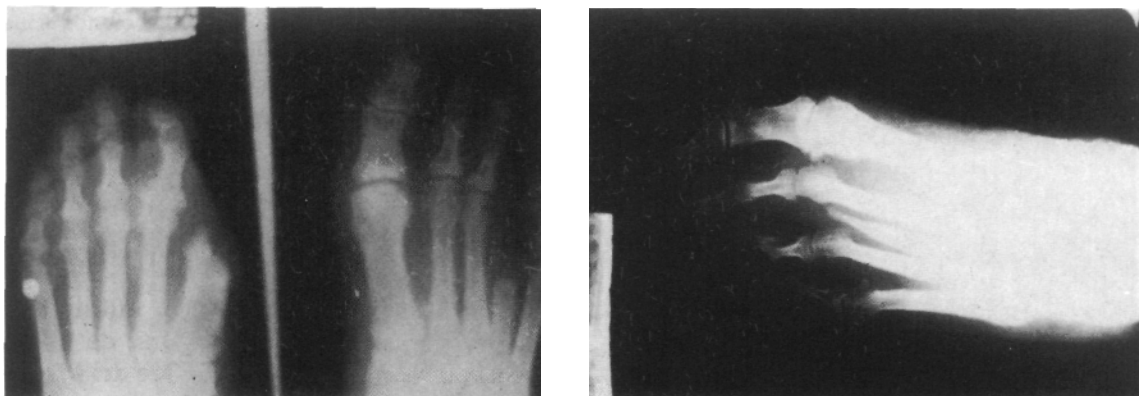


Figura 7

nes sean efectuadas por los cirujanos ortopedistas, ya que, a diferencia de los cirujanos generales y/o vasculares, tienen criterios de rehabilitación⁶ y de biomecánica de la marcha dentro de su disciplina.

No recomendamos, a no ser en casos especiales, las resecciones falángicas ni digitales aisladas¹², ya que podrían contribuir con posiciones viciosas¹⁰.

La amputación tipo Dickson es una cirugía que en nuestras manos lleva aproximadamente 15 minutos en su ejecución, implicando siempre menos complicaciones generales por el corto tiempo anestésico.

Nuestra prolijidad quirúrgica ha ido mejorando y optimizándose con los años y hoy podemos mostrar, con los resultados ya expuestos, que no tenemos neuromas ni hematomas postquirúrgicos, no utilizamos pinza de mano izquierda durante el acto quirúrgico, ni drenajes posteriores. Realizamos de rutina vendajes compresivos.

A nuestro entender el eje en la discusión se centra en la técnica utilizada por James Dickson⁴, cruenta y agresiva, dado que la V se hace en la zona de ambos paquetes vasculares. Nosotros creemos que no se debe realizar tal abordaje en pacientes presuntamente sanos (no arterioescleróticos) y mucho menos en enfermos vasculares.

Si bien en los pacientes arteriales la circulación mayormente es colateral, en muchos pacientes los paquetes colaterales al dedo son funcionantes²⁰.

La zona de piel plantar, hasta ahora insustituible, la conservamos. En la cirugía de Dickson su resección era el objetivo central, ya que en esta zona se ubicaba la lesión verrugosa.

CONCLUSIONES

Dados los resultados satisfactorios que hemos obtenido con la amputación tipo Dickson, expuestos anteriormente, aconsejamos enfáticamente la utilización de este nivel quirúrgico en pacientes con patología vascular y/o neuropática²².

Se podrá resecar el primer segmento, dejando los cuatro últimos. Si fuera necesario resecar el primero y segundo, no aconsejamos seguir, sino evaluar una amputación transmeta-tarsiana. Hemos resecado segundo y quinto o cuarto y quinto sin alteraciones en la marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavanagh PR et al: In shoe plantar pressure measurement: a review. *The Foot* 1992; 2: 185-194.
2. Defilippi Novoa E et al: Resección de un rayo metatarsal en las úlceras diabéticas. *Bol y Trab SAOT*, 1970.
3. Diabetes Care: Foot care in patients with diabetes care. *Diab Care* 1992; 15 (Suppl 2).
4. Dickson J: Surgical treatment of intractable plantar warts. *J Bone Jt Surg* 1948; 30-A (3).
5. Faerman I: Factores patogénicos en el pie diabético. *Rev AMA* 1984; 97 (1): 15-19.
6. Freire J: Técnicas quirúrgicas. Amputaciones. *Congr Arg Est Afee del Pie*, 1971; 2: 37.
7. Hughes et al: Metatarsal head excision for rheumatoid arthritis. *Acta Orthop Scand* 1991; 62 (1): 63-66.
8. Jimeno E et al: Influencia de la resección de bases sobre la fórmula metatarsal. *Rev Ortop Traum* 1981; 25-IB (2): 259-270.
9. Kenneth F et al: Proximal metatarsal segmental resection: A treatment for intractable plantar keratoses. *Orthopedics* 1990; 13 (7): 741-747.
10. Larsson et al: Partial amputations of the foot for diabetic or arteriosclerotic gangrene. *J Bone Jt Surg* 1978; 60-B (1).
11. Levin M et al: *The Diabetic Foot* (5ª ed), 1993.

12. Man R et al: Amputation of the great toe. Clin Orthop 1988; 226:192-205.
13. Murdoch G, Bennett A: Amputation, 1996.
14. Napolitano N et al: Amputaciones atípicas del pie. Acta Ortop Latinoam 1976; 3: 363-366.
15. Nathan D: Long-term complications of diabetes mellitus. New Engl J Med 1993; 32 (23): 1676-1683.
16. Reiber G: Diabetic foot care. Financial implications and practice guidelines. Diabetes Care 1992; 15 (Suppl 1): 29-31.
17. Rosendahl S et al: Transmetatarsal amputation in diabetic gangrene. Acta Orthop Scand 1972; 43 (1): 78-83.
18. Salvioli, De Marco: Diabetes mellitus, 1983.
19. Santamarta L et al: Enfoque multidisciplinario en el diabético con lesión pedia. Actas y Trab Soc Arg Med Cirug Pie, 1985.
20. Santamarta L, Loterzo L: Reflexiones frente a una lesión distal diabética. Rev AAOT 1994; 59 (2): 191-197.
21. Sizer J et al: Digital amputation in diabetic foot. J Surgery 1972; 7 (6): 980-989.
22. Snyder A et al: Lower extremity amputations: Basis and outcome. A review of the literature. J Foot Ankle Surg 1993; 32 (1): 60-68.
23. Wyat J: Complicaciones de la diabetes, Cap 10:157-192.