



## Gangrena seca del pie

Autor de la figura: J. Barta. Clínica Doctor Castelo

(Figura del Museo Olavide nº 487. Hospital San Juan de Dios; sala 4, cama nº 4)



**J. Barta**

## Observación

L.F.M., de 42 años, natural de Entrimo (Oviedo), empleado en Obras públicas, de temperamento linfático, mala constitución y sin antecedentes morbosos hereditarios. Refiere que ha padecido las enfermedades de la infancia, después al llegar a los 20 años padeció una fiebre palúdica de tipo terciario que fue combatida con éxito mediante el sulfato de quinina; posteriormente, y una vez curado de la lesión anterior, tuvo una blenorragia que persistió por un espacio de tiempo indefinido; curada ésta, quedóle como vestigio una sensación de prurito en el testículo izquierdo; más tarde padeció de un chancro sífilítico en el surco balano-prepucial y, curado de él, ingresó en este Hospital con un absceso en la región lumbar que fue dilatado y curado; posteriormente ingresó en la Clínica del Dr. Olavide con una sífilide ulcerosa en la pierna derecha, de la cual salió curado, habiéndole recomendado el referido doctor los baños de Archena, donde ha acudido por espacio de cinco años; pero al ir a entrar en el baño el año actual, sintió un dolor agudísimo, cuyo dolor venía ya molestándole pero localizado en la planta del pie; éste y la pierna fueron perdiendo calor y la sensibilidad a la par que el color, que se asemejaba a la cera, visto lo que y previo consejo facultativo, abandonó los baños, yendo a su casa, donde comenzó a inflamarse el pie y la pierna del lado derecho, tomando una coloración cárdena casi negruzca, por lo cual ingresó en este hospital el día 28 de junio de 1882.

## Cuadro sintomático

Decúbiteo supino o sentado en atención a que los laterales le son muy molestos y hasta imposibles; en la superficie de la piel se encuentra una serie de cicatrices que son el resultado de la sífilis ulcerosas que padeció; el color normal de la piel ha sido sustituido por el subictérico; está bastante demacrado como consecuencia de la debilidad extremada que tiene; las digestiones las hace bien; no hay alteración alguna en los aparatos respiratorio y circulatorio, y sólo en la pierna y el pie del lado derecho nos encontramos aumentado de volumen, de un color negro, sin calor ni sensibilidad e imposibilidad de ejecutar las funciones propias del miembro, antecedentes que desde luego hacen que descuelle la afección que padece.

## Tratamiento

A su ingreso en la clínica le dispuso el Dr. Castelo ioduro potásico, con cuyo agente y sometido a él ha

permanecido por espacio de bastante tiempo, aliviándose notablemente puesto que fue paulatinamente adquiriendo sensibilidad en la pierna, y se presentó una ulceración extensa a lo largo de la gasta de la tibia acompañada de dolores intensos, en vista de lo cual se le dispuso unas píldoras de extracto tebaico y cura a la pierna con la pomada de subnitrito de bismuto, en virtud de cuyo tratamiento tan sencillo y acertado, desapareció el color negro de la pierna quedando limitado tan solo al pie.

Pasado algún tiempo, cambió por completo la facies de la anterior ulceración, poniéndose su fondo sucio y esfacelándose las partes blandas, los tejidos periarticulares se hallaban atacados de una gangrena húmeda, la cara anterior de la tibia en su porción inferior se hallaba al descubierto y necrosada; finalmente, tal era el estado de la referida articulación, que al ir una tarde a curarlo se le desprendió el pie quedando en las manos del ayudante; en este estado se procuró en cuanto fue posible, curándole con alcohol puro, el que la úlcera adquiriera las condiciones que le eran peculiares para su cicatrización, siendo imposible conseguirlo porque sobrevino una retracción considerable de los tejidos y con ella quedó al descubierto el tercio inferior de la tibia, circunstancia que nos hizo pensar en la amputación de la pierna.

Consultado el enfermo y obtenido su consentimiento, se procedió a la amputación del muslo, pues no se hizo por la pierna como se tenía pensado, porque se temía que las partes blandas no dieran el colgajo suficiente en atención a que la pierna en cuestión estaba atrofiada, y ante esta incertidumbre se optó por la amputación del muslo por el sitio de elección, empleando el método circular; ligados los vasos y puestos los puntos de sutura sin sobrevenir ningún accidente desfavorable, fue conducido a su cama después de haberle aplicado la cura algodonada de Guereu; pasadas 48 horas, la temperatura se elevó de un modo considerable, la fiebre era muy alta y el muñón aumentó de volumen, síntomas que nos anunciaron la existencia de una complicación de las más terribles para los operados; en este estado se le dispuso el sulfato de quinina y cura al muñón con alcohol puro porque la supuración era abundante y fétida; este tratamiento, si bien rebajó la temperatura, no fue obstáculo para que se formara un absceso en el muñón que hubo que desbridar y más tarde hacer una contra-abertura en la parte superior y externa del muslo, aplicando un tubo de desagüe para que el pus no se estancara y descomponiéndose por su absorción, no originara una fiebre aséptica que hubiera arrebatado la existencia del paciente; con estos medios fue bajando la fiebre del paciente, disminuyendo la supuración y acartonándose los tejidos; pero ya era imposible la cicatrización porque el muñón adquirió la forma cónica y el fémur sobresalía de las partes blandas unos cuatro centímetros; esto unido a que tenía

un trayecto fistuloso que partiendo desde el punto más alto de la región glútea, se extendía por la parte exterior del muslo hasta el borde mismo del muñón. Así permaneció el enfermo por espacio de cuatro meses; pero este estado no se podía sostener por más tiempo, en atención a que las fuerzas se agotaban y el paciente perdía cada día más, por cuya razón se le practicó la resección del fémur; habiendo necesidad de desbridar las partes blandas que se habían adherido al hueso, se ligaron los vasos con no poca cautela, puesto que se hallaban degenerados, y se aplicaron los puntos de sutura cogiendo bastante sustancia, con el objeto de que al sobrevenir la inflamación consecutiva al traumatismo, no se desgarraran, y se le hizo la cura de Lister. Trasladado a su cama, no sobrevino ningún accidente desfavorable; la fiebre fue muy esca-

sa; a los tres días de operado se levantó el apósito, hallando el muñón en condiciones inmejorables; hecha la primera cura se le presentaron abundantes vómitos biliosos que fueron combatidos con terrones de hielo y subnitrito de bismuto. Al levantar la cura a los seis días de operado, hallamos los bordes del muñón cicatrizados, quedando tan sólo los orificios de entrada y salida del tubo de desagüe que se había aplicado; se le hicieron inyecciones por el tubo con alcohol y se cambió la cura de Lister por planchuelas empapadas en aquel líquido y cura algodoadada; a los doce días se desprendieron los cordones de las ligaduras, y a partir de esta fecha en que se sacó el tubo ha continuado aliviándose hasta el punto de completarse la curación de este enfermo tan notable como curioso, permaneciendo en la clínica en concepto de observación.

## Comentario

Esta figura posee la peculiaridad de que no se trata de un molde de cera, sino de un resto orgánico real. Está formado por un pie entero, amputado de la extremidad inferior derecha correspondiente a un paciente enfermo de gangrena. La pieza nos muestra la parte dorsal del pie con la carilla articular del hueso astrágalo al descubierto. Destaca el color prácticamente negro del pie, debido a la grave isquemia que en su momento sufrió el paciente.

Vemos un pie ya totalmente necrótico, que espontáneamente se ha desarticulado de la tibia y el peroné. Con toda probabilidad se debe a una embolia arterial o una endarteritis arterial, lo cual encaja muy bien con la forma de inicio: ese dolor agudísimo y la evolución de la coloración que recoge la historia clínica. Se puede observar la falta de los de-

dos 4 y 5, que quizás fueron amputados previamente, aunque no se menciona este dato en la historia clínica del paciente.

Puede ser, aunque ya no parece tan claro, que esté ligado a una manifestación terciaria de su lúes. La descripción quirúrgica de la amputación resulta muy enjundiosa y de renovada actualidad, ya que el último párrafo comienza diciendo: «consultado el enfermo y obtenido su consentimiento...», con lo cual vemos que el consentimiento informado que nos exige la actual Ley General de Sanidad ya se hacía hace más de un siglo, con un patente respeto a la autonomía del paciente y, especialmente, cuando se trataba de una intervención grave como entonces era –y sigue siendo– la amputación de un miembro.

**L. Conde-Salazar, E. del Río,  
R. Díaz-Díaz, X. Sierra y F. Heras**