

EL TEST DE LA ATROPINA EN CIRUGIA PLASTICA (*)

Dra. Paula Victoria Knaibl

Hospital Militar Central

Uno de los recursos más comunes y eficaces en cirugía reparadora son los tubos y colgajos. Significa esto llevar material de cubierta: piel más tejido celular subcutáneo a los más diversos sitios del cuerpo, en distintas formas y combinaciones.

El transporte consta de uno o más tiempos operatorios, pues ese trozo de piel más tejido célula-grasoso debe contener aporte sanguíneo suficiente hasta que en la nueva implantación se creen nuevos vasos que permitan seccionar el pedículo original sin peligro de necrosis por insuficiente vascularización.

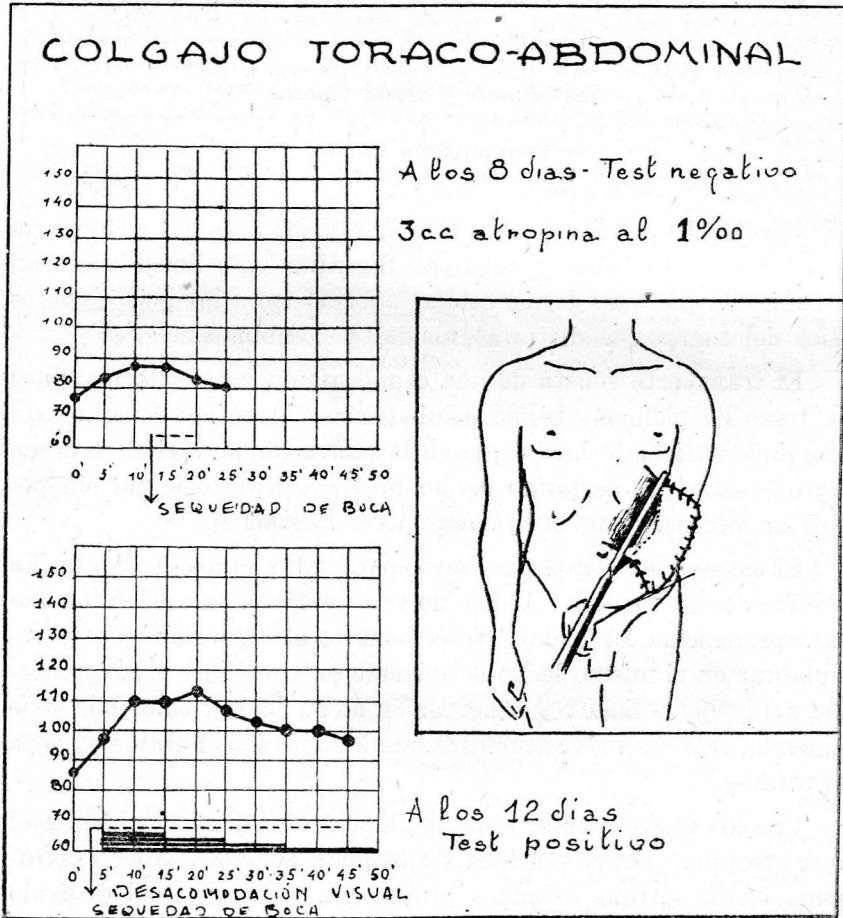
El cálculo del tiempo necesario para estas etapas se ha hecho en forma empírica, calculándolo de tres semanas en adelante como plazo prudencial. El "delay" (seccionar total o parcialmente y reimplantar en el mismo lecho el extremo en cuestión) y la compresión del pedículo madre y observación de su color y calor por si se isquemia, eran los procedimientos hasta ahora más habituales para asegurarse.

Con los nuevos tests: el de la fluoresceína y especialmente el de la atropina, por su sencillez y fidelidad, podemos saber **exactamente** el día en que debemos proceder a la sección del pedículo primitivo, y así se viene observando que, en términos medios, se puede abreviar a la mitad o poco más el tiempo que anteriormente esperábamos, con las consiguientes ventajas de la menor internación, mayor rapidez en el tratamiento, menos molestias físicas y

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 9 de agosto de 1950 de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

psíquicas y mejor resultado funcional al evitar la fibrosis y los accidentes técnicos que sobrevienen a veces en las prolongadas e incómodas posiciones.

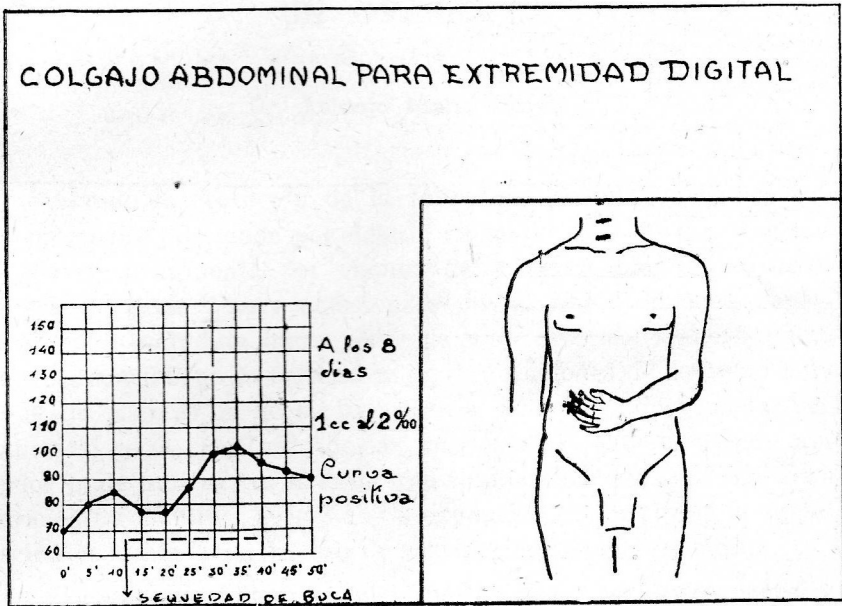
Consiste el método de la atropina, (W. Hynes, octubre 1948) en que luego de comprimir con pinza o clamp la base del colgajo



o con ligadura si se trata de un tubo, se inyecta de 1 1/2 a 3 cc. de atropina a la dosis habitual en uno o más puntos cerca de esta zona de compresión y a todo lo largo de la base. Se confecciona una gráfica anotando cada 5 minutos el pulso, el momento en que se siente sequedad en la boca y aquel en que se notan dificultades para leer.

Si el test resultara positivo, que es cuando se acerca a las cifras que da una inyección igual en tejido celular subcutáneo en cualquier zona libre del cuerpo, significa que el nuevo lecho tiene vascularización suficiente. Debemos aclarar que usamos dosis de atropina mucho menos concentrada e inocua que en el método primitivo con los mismos resultados. En enfermos de gran labilidad emotiva es conveniente sedarlos previamente.

Hemos podido utilizar este método corrientemente en adultos



y niños grandes, no así en niños pequeños en que el pulso es de por sí muy cambiante y más, frente a una prueba; en que la desacomodación visual es difícil de investigar y en que la sequedad en la boca es imposible conseguir que la expresen con cierto margen de confianza. El test de la atropina exige la colaboración del enfermo. Tal vez en el niño pequeño el test recomendable sería el de la fluoresceína (Hynes y McGregor, abril 1949) que aún nosotros no hemos podido probar.

La cirugía reparadora, ya de por sí minuciosa y larga, creemos tiene en estos tests eficaces métodos colaboradores.

Así se ha podido observar que los tubos abdominales no necesitan más de 10 a 17 días, los colgajos cruzados de miembros de

8 a 12 días, los colgajos en cara de 7 a 10 días, etc., y según las gráficas adjuntas, un ejemplo de pequeño colgajo abdominal para la reparación de un dedo necesitó 8 días y un gran colgajo tóraco-abdominal para corregir un extenso defecto de miembro superior, 12 días.

Se ha podido también comprobar la regla de que en general cuanto más joven el individuo más rápido es el proceso de revascularización.

