

Trabajo de la Clínica del Prof. A. Chifflet

REPARACION PLASTICA DE URGENCIA EN HERIDA CRANEO FACIAL POR ARMA DE FUEGO (*)

Dr. Raúl C. Praderi

El caso que presentaré es un problema de cirugía de urgencia que hube de resolver en una guardia del Hospital de Clínicas.

El día 23-6-957, es decir hace tres meses, ingresa al hospital el niño J. G., de 8 años de edad, que había recibido dos horas antes una herida de escopeta calibre 12. Miró por el caño y apretó el gatillo, recibiendo en su totalidad el impacto de la carga de municiones de plomo. Llega en coma, presión arterial 8 máxima, con un extenso y profundo cráter que ocupaba la región orbitaria y frontal izquierda por donde sangra profusamente; el padre nos trae un trozo de calota craneana envuelto en algodones.

Se hace rápidamente un lavado y se afeita el cráneo; venoclisis, transfusión de sangre, y se comienza a operar con anestesia local (novocaína) oxigenándolo con un cateterer oral.

El inventario de lesiones es el siguiente: orificio cutáneo de 10 cms. de diámetro en región malar, orbitaria y frontal izquierda; bordes cutáneos deflecados y quemados por la pólvora. Ha volado un trozo de frontal, y toda la pared externa de la órbita, la parte de afuera del techo de ésta y casi todo el hueso malar. Esto último hace que el seno maxilar esté abierto en el foco de contusión.

Hay un hematoma subdural del área frontal y foco temporal (la duramadre no late y está cianótica por la sangre que oculta). El polo frontal anterior muestra un agujero en la meninge que expone el cerebro atricionado. Se ven chumbos a ese

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía en la Media Hora Previa el día 25 de setiembre de 1957.

nivel y también en el espesor del contenido orbitario donde no se reconocen estructuras, el globo ocular que estalló es una masa amorfa.

La arteria meníngea media seccionada, sangra rítmicamente; los trozos de músculo que se ven: masetero y temporal, están deshilachados y llenos de chumbos. Hay varios trozos de fractura que se prolongan por la bóveda craneana hacia el otro lado; la pared interna y resto del piso orbitario tienen también fisuras óseas.

En esas condiciones se hace: 1º) lavado del foco, resección de bordes cutáneos necrosados; 2º) extracción de fragmentos de

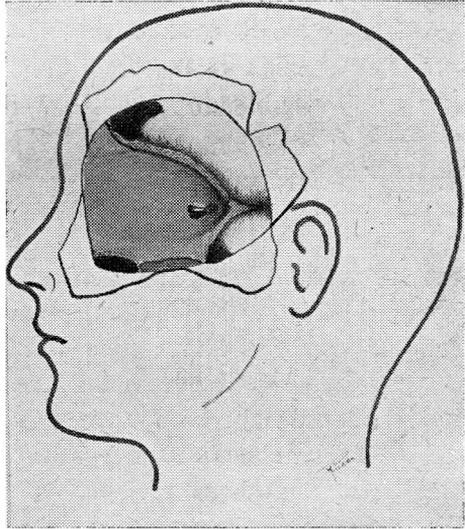


FIG. 1. — Aspecto de la lesión. Después de la limpieza se ve la cavidad orbitaria vacía y el orificio dural arriba.

hueso libres; 3º) extirpación de todo el contenido orbitario decolándolo por el plano subperióstico hasta el agujero óptico; sección allí del nervio óptico y vasos oftálmicos; 4º) ligadura de la arteria meníngea media (en todas estas maniobras extraje más de 20 chumbos de plomo).

En ese momento, como el estado del paciente mejoró con 12 - 8 de presión arterial, pulso y respiración regularizados, el anestesista Dr. Recine comenzó a hacerle Trilene y pude seguir operando a fin de hacer una reparación plástica del foco ya limpio.

Como existía un hematoma subdural lo drené, prolongando

con una incisión el orificio frontal de la duramadre; comenzó a latir el cerebro del cual sólo aspiré la papilla que salía hacia afuera de la duramadre.

Frente a un foco traumático en el cual confluía órbita, seno maxilar y espacio subdural, pensé que la única solución era cubrirlo con colgajos cutáneos.

Decolé piel hacia más allá de la línea media e hice dos colgajos atípicos a pedículo superior que traje hacia abajo; con los flecos cutáneos regularizados hice dos colgajos posteriores y

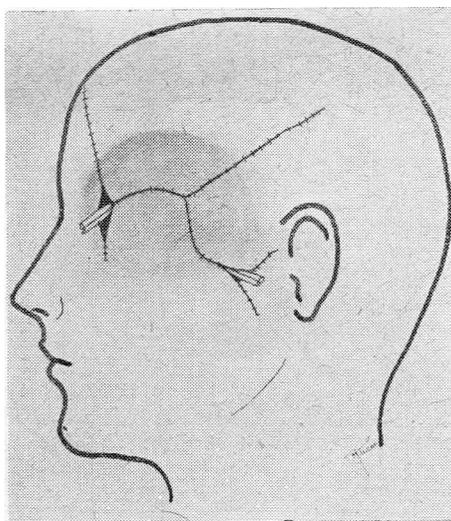


FIG. 2. — Después de suturados los colgajos. Los drenajes en posición.

reuní todos ellos con puntos de catgut simple en la aponeurosis y de lino en piel. Subiendo un pequeño colgajo malar quedó (con alguna tensión) todo el foco cubierto. Coloqué dos drenajes de goma en la órbita hacia adelante y atrás.

Restaba el problema del seno maxilar comunicando con la cavidad formada al cubrir el cráter óseo con piel. Para drenar el seno practiqué una episiotomía oral en la fosa canina y con un golpe de escoplo abrí el seno. Coloqué una aspiración intermitente allí por donde venía serosidad, líquido cáfalo-raquídeo, etcétera. Tuvo la ventaja del declive y funcionó durante tres días.

El paciente evolucionó bien, salió del coma a los dos días, la recuperación neurológica fue total. Después que retiré los dre-

najes, por un tiempo mojó con líquido céfalo raquídeo por la herida; ce ando después el corrimiento al cerrar ésta totalmente.

Fue dado de alta, y ustedes pueden verlo aquí con una recuperación psíquica y neurológica total; ya volvió a la escuela.

En las radiografías post-operatorias se aprecia el orificio

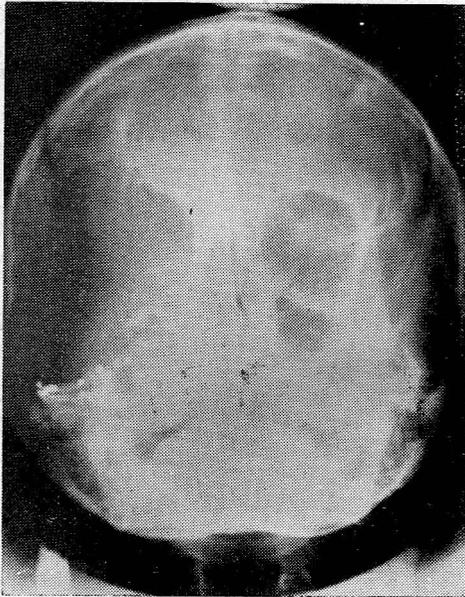


FIG. 3. — Se ve el cráter óseo y los chumbos que no se pudieron extraer.

óseo y los chumbos que quedaron en el espesor de los huesos de la cara por ser imposible extraerlos. El problema que plantea ahora de la falta del ojo y su depresión cutánea, será solucionado por los cirujanos plásticos.

Dr. Praderi. — Simplemente quiero agradecer todos los conceptos vertidos aquí.

Sobre la aclaración que hizo el Dr. De Vecchi, prácticamente la contestó él: hice el drenaje por la boca porque en el problema del abordaje nasal no tengo experiencia.

Un detalle olvidé; en el foco de cerebro atriccionado existe, controlado por la electroencefalografía un foco epileptógeno que ha sido tratado...

En cuanto a la curación almohadillada que lleva el niño, es para proteger la piel y evitar el traumatismo del cerebro que se ve latir bajo ella. Ahora esos problemas serán resueltos por el cirujano plástico.