

Trabajo del Servicio de Cirugía Plástica. — Director: Prof. H. Ardao

LA RECONSTRUCCION SIMULTANEA Y PRIMARIA DE PIEL Y TENDONES EN LOS TRAUMAS GRAVES DEL DORSO DE MANO (*)

Dr. Ruben M. Varela Soto

El caso que presentamos a Uds. es el de un enfermo enviado al Servicio de Cirugía Plástica que dirige el Prof. Ardao.

Lo traemos a vuestra consideración para resaltar el hecho de una actitud terapéutica frente a uno de los motivos patológicos más frecuentes de la rutina quirúrgica diaria: la mano gravemente herida.

Abocados diariamente a su tratamiento, consideramos que la moderna tendencia reparadora, encuentra amplia confirmación en los resultados obtenidos con la reparación primaria ideal, de las estructuras lesionadas de la mano.

Por circunstancias el lugar y tiempo, la reparación hecha en la fase primordial de su cura, no se hizo en el primer momento como hubiera sido de desear, sino 8 días después.

En esta tendencia moderna hay un fin a buscar, y es abreviar los plazos de tratamiento para obtener una restitución funcional más precoz.

La multiplicación de las esperas, los tiempos operatorios repetidos, las inmovilizaciones sucesivas, etc., es decir todo lo que aparte a la mano de su vivencia habitual, la función, traen a la larga su descalabro definitivo.

En una palabra, el ideal terapéutico en la mano herida reciente es la reparación adecuada y primaria de todas las estructuras anatómicas con vistas a la rápida restitución funcional.

El caso presentado es el de un obrero textil que sufre en su mano el clásico accidente del rodillo, de la sobadora, amasadora

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de setiembre de 1959.

o engranaje, con un scalpe del dorso, destrucción de los planos de cubierta y casi todos los tendones extensores, desde las correderas dorsales carpianas hasta la articulación metacarpo falángica. Se salvaron los tendones extensores del meñique y del pulgar.

En este enfermo se efectuó como tiempo operatorio inicial la restitución por trasplante de piel adecuada y tendones, al despojado dorso de la mano. De esa manera se aportó el elemento anatómico fundamental.

La restitución funcional se obtuvo posteriormente con la fisioterapia y laboroterapia reeducativa hasta un grado muy cercano a la normalidad.

Se efectuaron como tiempos quirúrgicos complementarios, la reducción de la exuberancia grasosa del trasplante de piel, en dos secciones; una liberación de adherencias en la corredera metacarpiana y un trasplante de un tendón extensor del 5º dedo al 4º, pues había en ese dedo una incompleta extensión.

La técnica expuesta no es personal, es la aplicación de conocimientos vertidos por los maestros de la cirugía reparadora inglesa y la orientación en nuestro medio del Prof. Ardao.

Los datos fundamentales de la historia clínica son los siguientes:

N. R., 25 años. Obrero textil.

El día 24 de mayo de 1958 llega al Servicio enviado por el Pte. C. Silva de la guardia del Hospital Pasteur por herida grave de dorso de mano D.

H. Actual. — El día 17 de mayo de 1958 citado en su trabajo sufre un traumatismo de mano con arrancamiento y atricción de la piel y estructuras blandas del dorso. Fue tratado de urgencia efectuándosele en Puerta una cura simple de la lesión y apósito aclusivo enviándosele al servicio para su tratamiento definitivo.

El día 26 de mayo de 1958, se efectúa bajo anestesia general la exploración y balance lesional; comprobándose la pérdida casi total de la piel del dorso de mano derecha, con destrucción de los tendones extensores del dedo índice, medio y anular, desde el puño a la articulación metacarpo falángica.

Herida en buenas condiciones, no supurada. Se resecan todos los restos mortificados y hace curación compresiva. (figs. 1 y 2).

El día 2 de junio de 1958. — Se efectúa el tiempo reparador fundamental. Se efectúa la cobertura con injerto pediculado de piel de abdomen

y el injerto tendinoso simultáneo, utilizando los tendones de los dos plantares delgados, derecho e izquierdo.

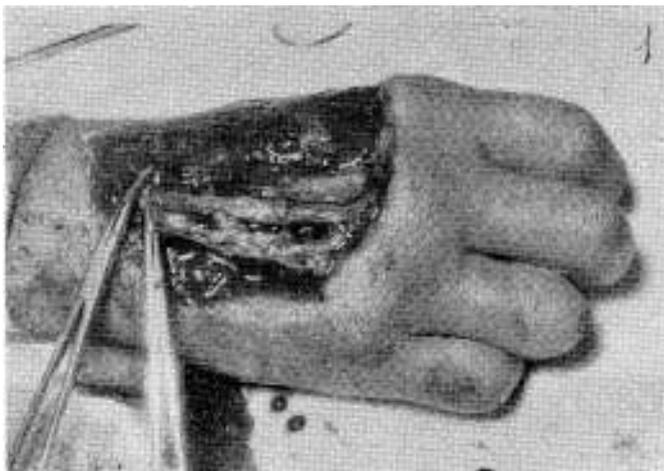


Fig. 1. — 26 mayo 1958.

Se aíslan los cabos inferiores de los 3 tendones extensores de los dedos índice, medio y anular a nivel del dorso de la primera falange



Fig. 2. — 26 mayo 1958.

de cada dedo. Se inserta el injerto tendinoso en el aparato extensor según técnica habitual.

Se levanta en la F. I. un colgajo de piel total a pedículo inferior.

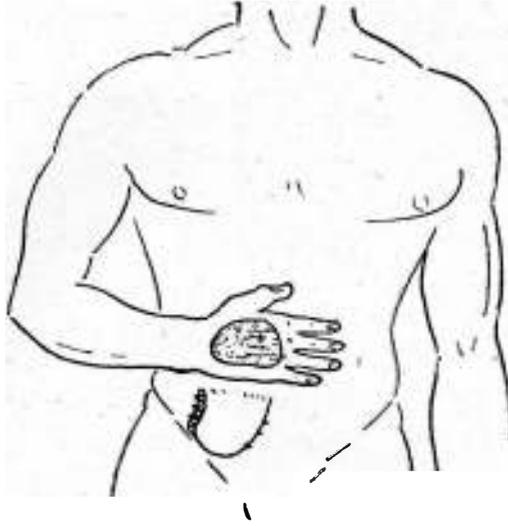


Fig. 3. — 2 junio 1958.

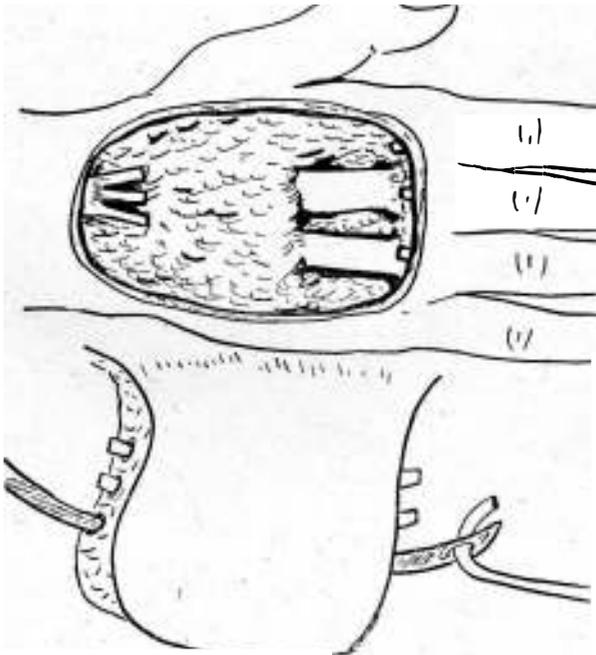


Fig. 4. — 2 junio 1958.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se cubre con piel libre el defecto secundario. Se fija el colgajo al dorso de la mano y se pasan a través del tejido grasoso de abajo arriba los tendones suturándolos arriba a los cabos proximales. Se completa la sutura del colgajo. (figs. 3, 4 y 5).

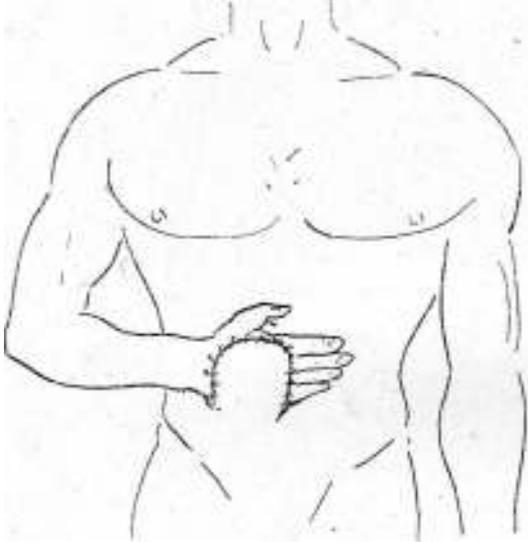


Fig. 5. — 2 junio 1958

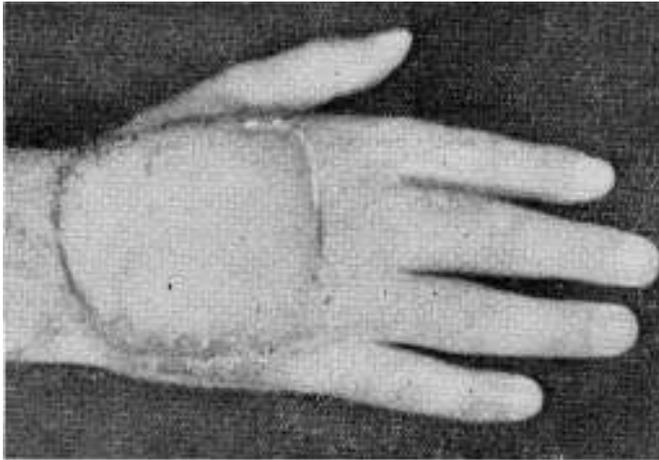


Fig. 6. — 16 julio 1958.

21 de junio de 1958. — se efectuó la sección del pedículo del colgajo. Se regularizan los bordes cruentos y se fija el borde restante del colgajo. El 16 de julio se efectúan controles fotográficos (fig. 6).

3 de setiembre de 1958. — Con anestesia local se libera una adherencia tendinosa de la sutura proximal a la piel que impide la libre excursión.

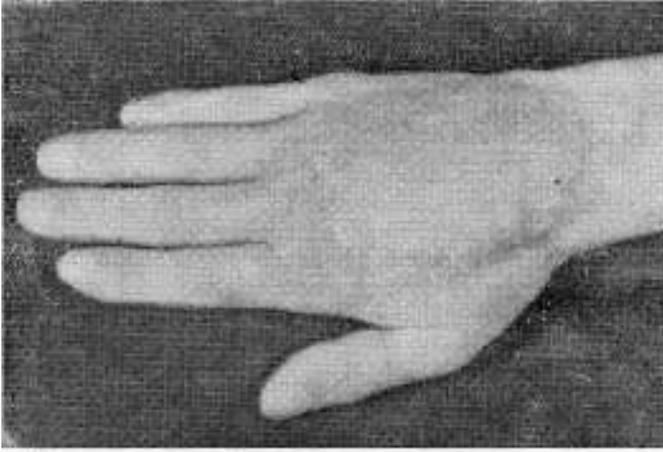


Fig. 11. — 12 agosto 1959

La recuperación funcional a partir de ese instante se hace paulatina y normalmente.

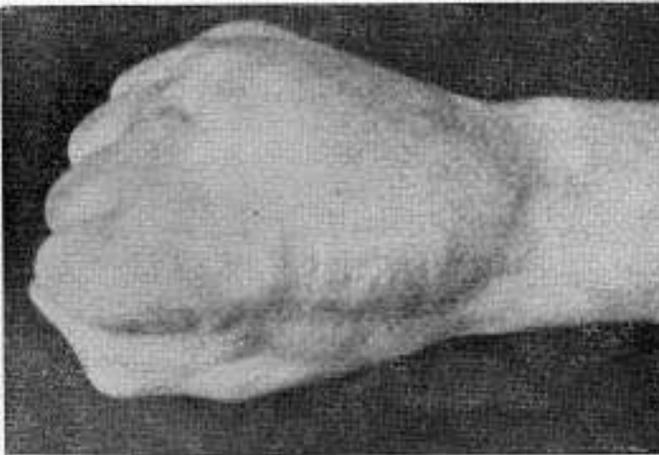


Fig. 12. — 12 agosto 1959.

El 7 de enero de 1959 se encuentra en muy buenas condiciones. La movilidad y flexo-extensión de los dedos es cada vez mejor y

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

la capacidad funcional ha mejorado notablemente, salvo en el dedo anular donde no es completa.

Otro control el 19 de febrero de 1959, muestra buen estado funcional de su mano lesionada. Queda un defecto en la extensión del 4º dedo y una exuberancia grasosa del injerto de piel. Se proyecta en 2 secciones

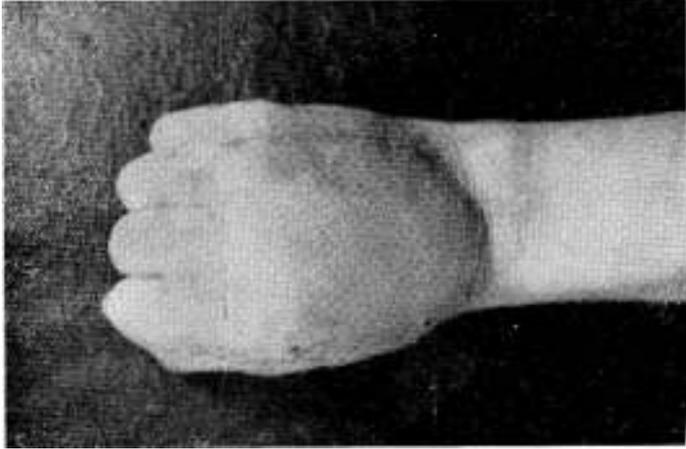


Fig. 14. — 3 setiembre 1959.



Fig. 15. — 3 setiembre 1959.

una reducción de la carga grasosa del colgajo y un transplante de uno de los tendones del meñique para reforzar la acción extensora del cuarto dedo.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

13 de abril de 1959. — Se hace la primera sección levantando el colgajo por su lado interno, cubital, resecaando la grasa subcutánea hasta la parte media del colgajo y se transplanta el tendón del extensor común al cuarto dedo.

El 15 de agosto de 1959. — Se efectúa la segunda sección, levantando el colgajo por el lado radial, se descarga de grasa y se vuelve

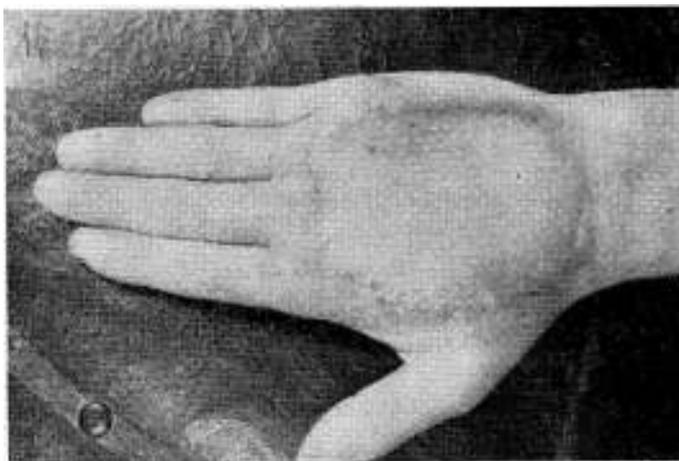


Fig. 16. — 3 setiembre 1959.

a suturar en su lugar. La evolución final es muy buena; en setiembre de 1959 fotos de control (figs. 14, 15 y 16).

El paciente se ha restituido a su trabajo y creemos haberle dado una mano nuevamente capaz y útil.