

(Trabajo del Instituto Traumatológico. Director José L. Bado)

PÉRDIDA TOTAL DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUB-CUTÁNEO DEL TALÓN DEL PIE

Trasplante monopediculado

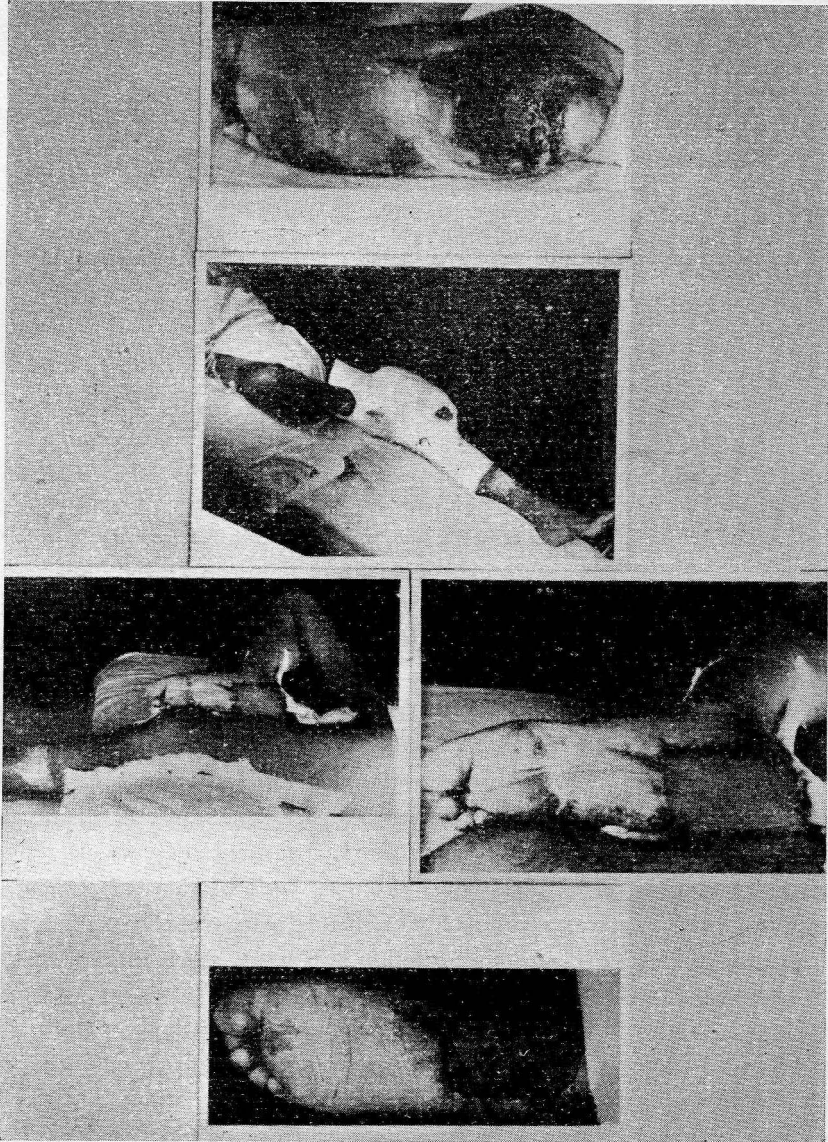
Dr. Pedro V. Pedemonte

Los resultados cada vez mejores, obtenidos con los trasplantes libres de piel, ya sea delgados, de espesor mediano, o de piel total, merced a una técnica más perfeccionada, han hecho que sus indicaciones se hayan extendido considerablemente y sean en la actualidad los preferidos por la gran mayoría de los cirujanos plásticos. Podríamos decir que, los trasplantes pediculados han sido relegados a segundo plano.

Sin embargo hay circunstancias que hacen más obligatorio su empleo. Aparte de otras circunstancias generales, el hecho de tratarse de regiones que han de soportar continuados roces y violentas presiones, hace que los trasplantes pediculados tengan indicaciones más precisas que los libres. Es esta la opinión de muchos cirujanos plásticos y aun de aquellos con gran experiencia en los trasplantes libres, como ser Padjet, quien manifiesta en su libro aparecido hace pocos meses, que en las pérdidas de sustancia de la palma de la mano y planta de los pies es muchas veces preferible al trasplante pediculado, al libre.

El caso que pongo a la consideración de los Sres. Consocios, no tiene otro objeto que mostrar el resultado definitivo de un trasplante monopediculado plano, para tratar una amplia pérdida de sustancia de la planta del pie.

Se trata de un joven, que en un accidente del trabajo sufrió el día 18 de marzo de 1942, un decolamiento de la piel y tejido celular subcutáneo de toda la mitad posterior de la planta del pie



En la fotografía se ve la lesión, el tiempo del enyesado y de la sutura del pedículo a los bordes de la herida y por último el resultado final.

derecho, quedando el colgajo adherido en forma parcial por su borde externo.

En la primera cura, se hizo bajo anestesia general, desinfecto-

ción química y quirúrgica de la herida y sutura del colgajo, aunque sin grandes esperanzas de éxito ya que la deficiente irrigación de esta región, nos hacía temer su necrosis. Tal sucedió y al cabo de unos días fué necesario extirparlo totalmente, quedando una pérdida de sustancia, que en ancho se extendía de un borde al otro del pie y en sentido ántero-posterior de la mitad de la planta hasta el borde posterior.

Dada la extensión de la herida, y teniendo en cuenta que se trataba de una región que al soportar el peso del cuerpo, debería sufrir intensas presiones y fuertes roces, consideramos inconveniente esperar a la cicatrización por segunda, y resolvimos efectuar un trasplante monopediculado tomando la piel en todo su espesor del músculo izquierdo.

Con anestesia local, automatizamos, en un primer tiempo, el 10 de abril de 1942, este colgajo. Hubo aquí una complicación infecciosa que nos obligó a retardar en más de tres meses la realización del segundo tiempo, el cual efectuamos el día 31 de julio.

Con anestesia local, resecamos el tejido cicatrizal que en este tiempo se había formado a nivel de la herida del pie y fijamos los bordes libres del colgajo a los de ella.

Tuvimos buen cuidado de dar a los miembros la posición más fisiológica, para evitar las desagradables rigideces más o menos intensas, que como consecuencia de posiciones articulares forzadas pueden aparecer e inmovilizamos durante unos 15 días en un apósito enyesado. La posición fué tolerada perfectamente y aunque en el acto operatorio el colgajo tomó un color violáceo, traduciendo su sufrimiento a consecuencia de la hipovascularización, la evolución fué completamente normal.

En un tercer tiempo, el 18 de agosto de 1942, y previo unos días de compresión progresiva del pedículo lo seccionamos terminando de fijar el trasplante a la herida del pie.

La herida del muslo la tratamos en un cuarto tiempo con un injerto libre dermo-epidérmico tipo Ollier-Thierch.

El enfermo es dado de alta definitiva sin molestias ni dolores ni en la marcha, ni durante el trabajo.

Dr. García Capurro. — A propósito de la reconstrucción de la superficie cutánea del talón, yo presenté el año pasado un caso a la Sociedad. La superficie fué reconstruída por un injerto libre. Ese hombre

ha seguido trabajando, caminando sobre sus injertos y, hasta el presente éstos han tolerado muy bien el trabajo que realiza de limpieza en los talleres del ferrocarril.

Dr. Pedemonte. — Los injertos pediculados llevan mucho tiempo, mucho más que los injertos libres, pero el resultado en general es mejor, dado que el porcentaje de éxito es mucho más grande. Sin embargo, ahora que hemos tomado la mano, a la técnica de los injertos libres, gracias a la gentileza del Dr. García Capurro que nos enseñó la técnica, podemos decir que el porcentaje de éxito es más o menos igual tanto en uno como en otro, sobre todo en los injertos de piel fina, no así en los injertos de piel total. De manera que el problema técnico tiene un valor importante y el dominar la técnica de los injertos libres puede hacer su indicación con el mismo criterio que podría hacer los injertos pediculados, es decir, con el mismo porcentaje de éxitos. Pero nos falta experiencia de casos, numerosos, de zonas distintas, para llegar a conclusiones definitivas.

