

Trabajo del Instituto Traumatológico

CIRUGIA PLASTICA DE LA MANO

Ventajas e inconvenientes de los trasplantes tubulados en las cicatrices graves

Dr. Pedro V. Pedemonte

La mano, desde el punto de vista médico quirúrgico, en estos últimos años ha adquirido una importancia considerable. Esta importancia deriva, principalmente de la conquista social que representan las cajas de seguros. Todo trabajador, tiene ahora su trabajo asegurado y la invalidez temporaria o definitiva consecutiva a un accidente del trabajo, debe ser remunerada por la entidad que ha tomado a su cargo la póliza del seguro.

Los traumatismos de las manos son hoy en día extraordinariamente frecuentes y muy frecuentemente también, de suma gravedad

Como dice Böhler, en el prólogo del libro "Traumatología de la mano" de su discípulo Krömer, el 40 % o el 50 % de los accidentes del trabajo indemnizados, corresponden a traumatismos de los dedos y de la mano, según lo demuestran las estadísticas de distintos países. Estas pensiones de indemnización corresponden en gran parte a la valorización de incapacidades producidas por infecciones o rigideces, mientras que es relativamente rara la invalidez producida por pérdidas primitivas extensas de dedos o de toda la mano.

Por esta causa, aparentemente materialista, pero cuya esencia configura un noble sentimiento de justicia y solidaridad social y por otras en relación con el progreso de la cirugía general, las afecciones quirúrgicas de la mano han adquirido en nuestros días una importancia considerable.

Sus lesiones congénitas, infecciosas o traumáticas son tratadas en la actualidad con una metodología terapéutica más racional cuyos resultados son altamente favorables. Sin embargo el porcentaje de secuelas de ellas derivadas no deja de ser todavía muy elevado. La explicación de esto se halla en esa gravedad que hemos anotado, en los actuales traumas de las manos y en la aplicación todavía muy frecuentemente de tratamientos incorrectos.

En este interesante tema de cirugía de la mano, el capítulo de cirugía plástica o reparadora, es sin duda, el menos explotado y conocido. Él vive de ese porcentaje aun muy elevado de secuelas y del aporte de varias afecciones congénitas o adquiridas. Es él indudablemente, el que presenta las más serias dificultades y por consiguiente los más grandes atractivos para el cirujano entusiasta y trabajador.

La bibliografía universal, sin ser escasa no es abundante sobre cirugía plástica y además la existente es poco difundida. En nuestro medio no conocemos ninguna publicación al respecto y creo de sumo interés ir haciendo ambiente desde el seno de esta Sociedad, sobre un tema de tan palpitante actualidad.

La demostración de que es éste un tema que preocupa intensamente a todos los ambientes quirúrgicos está dada por la frecuencia con que en estos últimos años, se publican trabajos sobre él y por la realización de reuniones y congresos con el fin de tratar distintos puntos de la cirugía de la mano. Una prueba de esto último la tenemos en la decisión tomada por la Sociedad Latino Americana de Cirugía Plástica, que ha elegido el tema de "Cirugía plástica de la mano" como una de las ponencias que han de tratarse en el tercer congreso que realizará el próximo año en las ciudades de Santiago de Chile y Valparaíso y del cual me ha cabido el honor de ser designado uno de sus relatores oficiales.

La cirugía plástica implica una idea de reparación, ya sea de secuelas traumáticas o infecciosas, ya de afecciones patológicas congénitas o adquiridas.

Para tratar estas lesiones la cirugía plástica cuenta con múltiples recursos técnicos, sencillos y prácticos unos, complicados y difíciles otros. El cirujano debe conocerlos y dominarlos todos por igual para, en cada caso particular, aplicar aquel que, después de un criterioso balance entre sus ventajas e inconvenientes resulte

el más beneficioso y apropiado al caso en estudio. En la actualidad no se cuenta todavía con una casuística numerosa y bien documentada que permita orientar de una manera segura al que se inicia en la cirugía plástica de la mano.

El buen sentido quirúrgico puede suplir, con eficacia, esa ausencia. Considero de gran interés solicitar a los distinguidos consocios, aporten al seno de nuestra Sociedad, su valiosa experiencia personal o didáctica sobre el tema. Ello permitirá apreciar el estado actual del problema en nuestro medio y nos ofrecerá la oportunidad de aunar ideas sobre muchos de sus puntos aun en discusión.

De los múltiples recursos con que cuenta la cirugía plástica o reponedora de la mano, voy a ocuparme en la sesión de hoy, de los trasplantes pediculados en tubo o trasplantes tubulados Gellies Filatow, destacando principalmente sus ventajas e inconvenientes.

En toda secuela grave de la mano, es regla general comenzar por tratar la lesión de la piel, cuando ésta es uno de los componentes de la secuela. En el caso de que ella sola sea interesada, todo el tratamiento consistirá en su reparación; pero cuando la lesión de la piel va agregada a lesiones de las vainas, tendones, articulaciones, etc., la resección de la cicatriz y sustitución por piel sana, no será más que la primera etapa del tratamiento total de la secuela. Pero en cualquiera de los dos, la reparación de la piel es fundamental.

Ahora bien; para sustituir a esa piel transformada en tejido cicatrizal fibroso, retraído, duro e inextensible, es necesario una cantidad abundante de piel y que tenga además las condiciones de la piel normal, es decir, que sea blanda, flexible, elástica y deslizante, condiciones que permitirán por una parte adaptarla a las irregularidades de la herida que queda al extirpar la cicatriz y por otra parte se prestará de una manera excelente a las condiciones fisiológicas del complicado juego de los dedos y de las manos. Una piel con esas condiciones, nos es provista por los trasplantes tubulados, en los que al no haber superficies cruentas expuestas al aire, no se producirá el proceso de desecación y conservará todas las cualidades de la piel normal.

Es esta una de las mayores ventajas de este tipo de trasplantes. Otra no menor, la constituye el hecho de que ella va provista de un abundante colchoncillo adiposo, condición necesaria

si se tiene en cuenta que ha de adaptarse a un órgano cuya fisiología le impone frecuentemente violentas presiones y fuertes roces.

Por otra parte, la vitalidad de estos trasplantes es muy grande por el hecho de estar vascularizados por dos pedículos, lo que permitirá por pasajes sucesivos ser trasladados de un punto del cuerpo a otro muy alejado del inicial.

Estas son, sus ventajas principales. En cambio sus inconvenientes mayores son: el factor tiempo y lo poco práctico de su realización ya que son necesarios varios tiempos operatorios.

Teóricamente, considerando que todo marche sin ningún tropiezo, son necesarios generalmente por lo menos cinco actos quirúrgicos: 1º preparación del tubo; 2º autonomización de uno de sus cabos; 3º trasplante de este cabo a uno de los bordes de la cicatriz; 4º autonomización del otro cabo y 5º resección de la cicatriz y sutura del tubo desplegado a los bordes de ella. Muchas veces son necesarios otros tiempos operatorios para llevar por pasajes sucesivos, el colgajo desde el punto de toma al de destino y algunos otros de pequeños retoques.

En cuanto al factor tiempo, es decir, duración del tratamiento, es en general muy largo, cuatro, seis u ocho meses o más.

De una manera teórica los distintos tiempos operatorios señalados anteriormente, deben realizarse: el segundo, por lo menos tres semanas después del primero; el tercero, dos semanas después del segundo; el cuarto, tres semanas por lo menos del tercero y el quinto no antes de dos semanas del cuarto, lo que hace en total, 10 semanas de tratamiento, es decir, más de dos meses, tiempo que en la práctica aumenta frecuentemente al doble, al triple o más veces.

Esta cirugía de repetidos actos quirúrgicos tiene sus modalidades particulares. No insistiré mayormente en ellas, pero no quiero dejar de señalar que el cirujano que a ella se dedique, debe tener ciertas condiciones especiales que constituyen las características del cirujano plástico y sin las que el éxito de una reparación, resulta problemático.

Hacer un detenido examen de la lesión, levantar un cuidadoso plan de tratamiento, cumplir cada acto operatorio de una manera completa, respetar sin apresuramientos los tiempos de las etapas intermedias, — es decir hacer poco cada vez, pero bien hecho, —

no provocar dolor e infundir confianza, son las condiciones fundamentales del cirujano que se dedique a la cirugía reparadora.

De parte del enfermo, son también necesarias ciertas condiciones sin las cuales no es posible la táctica de esta cirugía escalonada. Interés sincero y firme de curarse, sometimiento completo — nacido de una confianza absoluta — al cirujano que lo trata; cierta entereza espiritual y gran tranquilidad para saber esperar el resultado final sin alarmarse por el de las etapas intermedias, son las condiciones que deben tener los pacientes de esta clase de cirugía.

La historia clínica resumida en los dos casos personales que motivan esta comunicación es la siguiente: la primera es:

U. P. uruguayo, 21 años. Ingresó al Instituto Traumatológico el 21 de julio de 1941. Causa del ingreso: grave secuela morfológica y funcional de su mano derecha, consecutiva a quemadura cuando tenía solamente un año de edad.

Esta secuela está constituida por una amplia cicatriz retráctil de la piel, tejido celular, aponeurosis de la palma, que mantiene retraídos en fuerte flexión los cuatro últimos dedos y engloba al pulgar en un pliegue que lo fija en una posición bizarra a la palma, haciéndolo casi desaparecer en el conjunto de la cicatriz. Es una mano completamente inútil lo que ha hecho que el paciente se valiera de su izquierda siendo en la actualidad, zurdo.

El estudio detenido de esta secuela nos permitió concluir que la lesión principal radicaba en la cicatriz retráctil de la piel, participando en menor grado los músculos, tendones y componentes articulares de los dedos, no por la lesión inicial, sino como consecuencia obligada del vicio de posición y de la ausencia de ejercicio mantenidos durante 20 años, y principalmente en el período de máximo desarrollo.

Mejor que la más detallada descripción de la lesión, ilustrarán sobre ella los documentos fotográficos que acompañan a la historia clínica (Fig. 1).

Convencidos que dentro de ese complejo lesional la retracción de la piel tenía parte principal y que con el tratamiento de esta lograríamos sino una cura completa por lo menos una mejoría apreciable nos resolvimos a encarar su tratamiento que habían rechazado los distintos cirujanos que el paciente consultó antes de llegar a nosotros.

Escalonadamente y en el orden que se indica efectuamos los siguientes tiempos operatorios: 1º) el 17 de setiembre de 1941: extirpación del 5º dedo constituido por un muñón inservible.

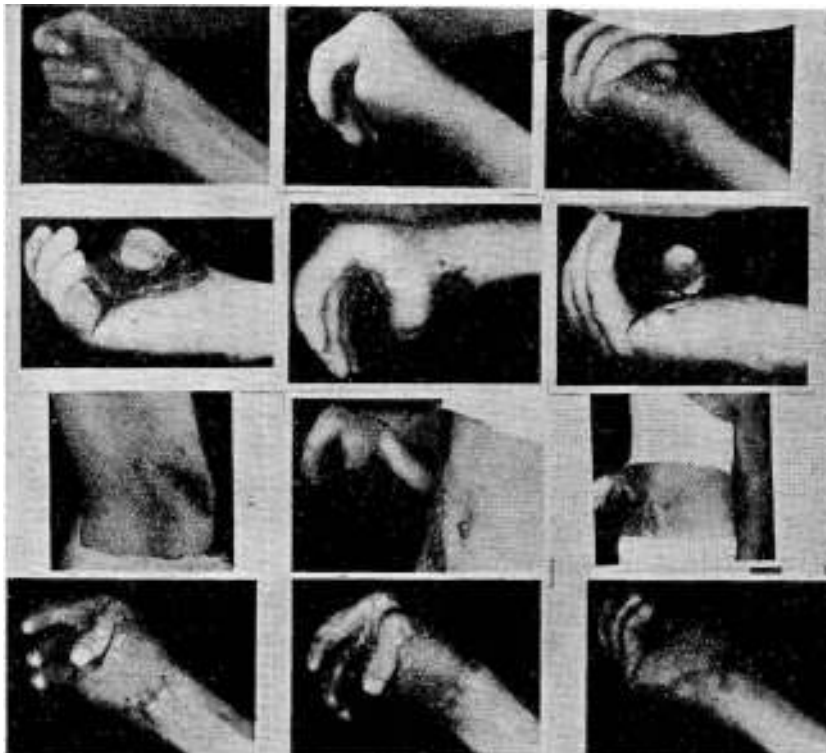
2º) el 3 de octubre: Preparación del tubo en la pared del abdomen.

3º) el 15 de noviembre: resección de la cicatriz de la palma de la mano y colocación de un aparato enyesado que mantiene los dedos en la máxima extensión posible.

4º) el 10 de diciembre: liberación del pulgar del pliegue cicatrizal y autonomización del cabo inferior del tubo.

5º) el 7 de enero de 1942. Trasplante del cabo inferior del tubo a un punto, previamente elegido, vecino de la cicatriz.

6º) el 20 de enero: autonomización del cabo superior del tubo.



Caso Nº 1. — Las tres primeras fctos muestran la lesión; las otras seis, etapas intermedias del tratamiento y las 3 finales el estado anatómico de la mano en el momento de presentar el trabajo, estado no definitivo aún.

7º) el 24 de febrero. Trasplante del cabo superior del tubo, a otro punto vecino de la cicatriz.

8º) el 20 de marzo: despliegue quirúrgico del tubo en toda su extensión y sutura de sus bordes a los de la herida.

En resumen: ocho actos operatorios, realizados con anestesia local, la mayoría, o del plexo braquial, según técnica de Kulempkanff y 9 meses de duración del tratamiento. Éste se realizó casi todo ambulatoriamente, salvo estadas de dos o tres días en el Servicio en alguno de los tiempos más importantes.

No me detendré en la descripción de los múltiples detalles de estos distintos tiempos operatorios, los que constituyen como la esencia misma de la técnica de la cirugía plástica, ya que sería salir fuera del motivo de esta comunicación.

Las distintas fotografías que agregó a la descripción permiten apreciar algunas de las etapas más interesantes del tratamiento. El resultado final es hasta ahora relativo, si se compara con lo que sería un resultado perfecto, cosa que en este caso es de todas maneras imposible de obtener; pero puede considerarse satisfactorio, dadas las características de la lesión. Anatómicamente la mano ha mejorado mucho y fisiológicamente es bastante útil, permitiéndole al paciente servirse de ella para la toma de muchos objetos. Puede hacer, aunque de una manera especial, pero con fuerza, la pinza entre el pulgar y el índice. Cierra el puño completamente persistiendo todavía una limitación bastante marcada de la extensión de los dedos pulgar y anular, logrando en cambio, hacerlo casi completamente a nivel del índice y dedo medio.

Obtenido esto, el enfermo, satisfecho con el resultado, abandona el tratamiento, pero creemos posible aun mejorarlo con el auxilio de la fisioterapia y pequeños retoques quirúrgicos.

El segundo caso es E. O. Q. de 17 años de edad. Oficio: panadero. Ingresó al Instituto el 28 de mayo de 1942.

Causa del ingreso: secuela de accidente de máquina sobadora de su mano derecha. Lesión inicial: el 6 de febrero del mismo año, es decir casi cuatro meses antes. Esta consistió en una amplia atrición de partes blandas de la palma de la mano, región media y tenar que cicatrizando por segunda vez dejó una cicatriz retráctil que mantiene al pulgar fijo en fuerte abducción, imposibilitando su extensión y abducción. Los cuatro últimos dedos no presentan nada anormal.

Es un obrero asegurado que debido a su invalidez casi total para el trabajo está indemnizado con un elevado porcentaje de su póliza de seguro.

Las fotografías muestran perfectamente el aspecto de la lesión y la marcada limitación funcional del pulgar. (Fig. 2)

Un detenido examen de esta secuela nos informa que la cicatriz interesa solamente la piel y tejido celular sin participación de vainas, tendones, ni articulaciones. De esto dedujimos desde el principio un excelente resultado final.

En este enfermo efectuamos los siguientes tiempos operatorios:

1º) el 10 de junio de 1942: preparación del tubo en la piel del abdomen.

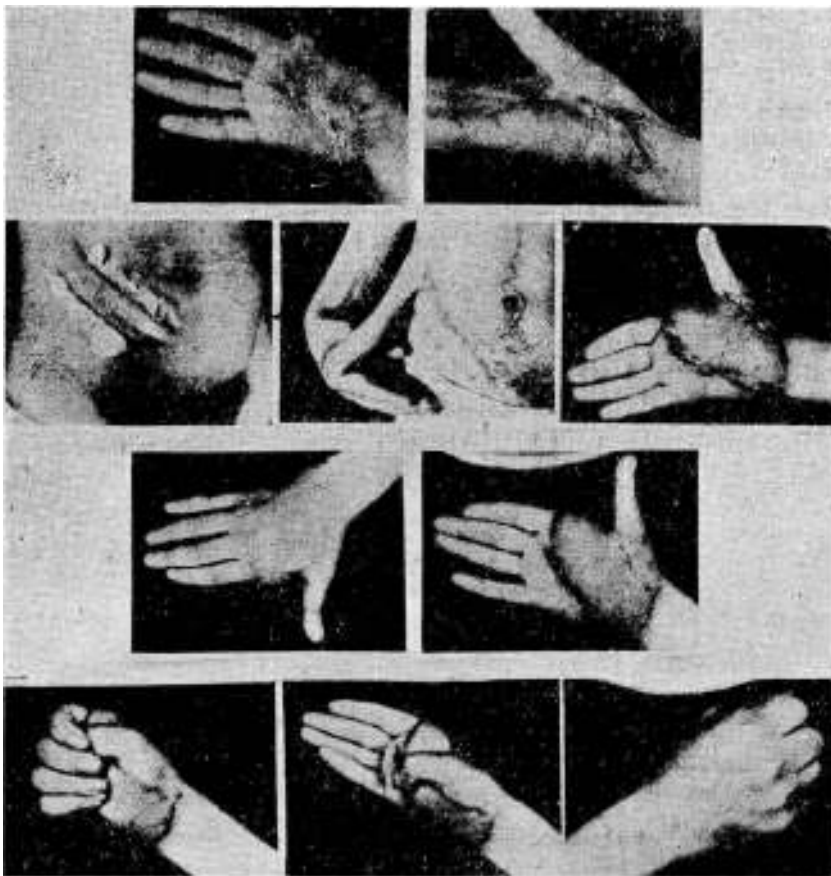
2º) el 10 de julio: autonomización del cabo inferior del tubo.

3º) el 29 de julio: trasplante del cabo inferior del tubo a un punto vecino de la cicatriz de la mano.

4º) el 15 de agosto: autonomización del cabo superior del tubo.

5º) el 9 de setiembre: resección de la mitad superior de la cicatriz y sutura de la mitad correspondiente de los bordes del tubo previamente desplegado, a los de la herida.

6º) el 30 de setiembre resección de la mitad inferior de la cicatriz e idéntica maniobra que en el acto anterior, con la mitad inferior del tubo.



Caso N° 2. — Las dos primeras fotos muestran la lesión que mantiene el pulgar en adducción. La tercera el colgajo tubulado; la 4ª ya adherido por su extremo inferior a la mano y las siguientes distintos aspectos del resultado final donde puede observarse que la abducción del pulgar puede hacerse en grado completo.

Todos los tiempos operatorios se realizaron con anestesia local o del plexo-braquial según técnica de Kulempkanff.

El enfermo estuvo hospitalizado cortos períodos de tiempo y casi todo el tratamiento fué llevado a cabo ambulatoriamente.

En resumen: 6 actos operatorios y tres meses y 20 días de tratamiento quirúrgico. Habiendo sido dado de alta definitiva el 19 de noviembre de 1942 después de una estada de algo más de dos meses en la sección fisioterapia del Instituto, el tiempo total de curación se prolongó hasta próximo a los 6 meses. El resultado final tanto anatómico como funcional es perfecto y reintegrado nuevamente a su trabajo no percibe ninguna indemnización de parte de la caja aseguradora.

Como último comentario de este trabajo diremos, que si la técnica de los trasplantes tubulados no es de realización sencilla y práctica, y que si el tiempo de tratamiento por este medio es en general bastante prolongado, sus ventajas son tan grandes que, permiten considerarlo como uno de los más excelentes recursos con que cuenta la cirugía plástica de la mano.

Se hace a continuación la presentación personal de los dos pacientes pudiendo los asistentes apreciar el resultado logrado.

