

CIRUGIA PLASTICA EN LA GUERRA ACTUAL ⁽¹⁾

Por el Dr. Héctor Marino

Encargado del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Servicio del
Prof. R. Finochietto - Hospital Rawson (Buenos Aires)

Cuando hace unos meses, tuve el honor de ser invitado a visitar hospitales militares en Estados Unidos y Gran Bretaña, comprendí claramente que la oportunidad que se daba a un cirujano argentino, para que aprendiera los últimos adelantos de su especialidad al lado de los grandes maestros extranjeros, era una oportunidad que se brindaba no solamente a un profesional determinado, sino también a todos sus colegas de Sudamérica. Es por ello que sentí, desde ese momento, la obligación de aprovechar todo lo posible esos días de intenso estudio para luego poder traer, a los ambientes médico-quirúrgicos de los países hermanos, los detalles, técnicas y progresos que el enorme material, proporcionado por la guerra, ponía al alcance de los operadores.

Mis esperanzas no se vieron defraudadas y así, gracias a la fraternal generosidad de los colegas de las organizaciones visitadas, pude recoger una serie de datos — muchos de ellos aun inéditos — que espero han de ser de utilidad para todos los que nos dedicamos al estudio apasionante de la cirugía plástica, y también para todos los que cultivan ramas quirúrgicas conexas con ella.

Es hoy pues, para mí, día de cumplimiento de la promesa que me hiciera al partir de viaje. Y es día tanto más grato cuanto me toca exponer el resultado de mis investigaciones y estudios ante un auditorio al cual me unen vínculos de afecto, que los años no han hecho más que estrechar. Pero además, como mayor aliciente, sé de que en este auditorio existe vivo interés por todo lo que represente adelanto científico y no me cabe duda de que, si algo bueno he podido traer, no tardará en ser utilizado, y casi seguramente, mejorado en forma brillante. Y ello porque la cirugía plástica uruguaya es hoy una realidad cuya importancia ha traspuesto

(¹) Esta conferencia fué pronunciada en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión del 29 de agosto de 1945.

las fronteras de este país, grande por su brillante tradición intelectual. Así, lejos estamos de aquellos primeros trabajos que, como segura promesa, señalaron el aporte uruguayo a las reuniones latino-americanas de cirugía plástica. En la actualidad, la contribución científica de especialistas de alto valor profesional adquiere significado cada vez mayor, significado que ha de concretarse definitivamente en el Congreso Latino-Americano de Cirugía Plástica, a reunirse próximamente en esta ciudad.

Debo pues agradecer de todo corazón a la Sociedad de Cirugía del Uruguay a los miembros de su Honorable Comisión Directiva, el haberme permitido ocupar tan alta tribuna, distinción que alcanza no solamente a mi modesta persona, sino también a la Escuela de los hermanos Finochietto — a la cual pertenezco — que se halla tan estrechamente vinculada con todos los cirujanos de este país. Que sea ésta pues la iniciación de un intercambio de hombres y de ideas, dentro de la cirugía plástica rioplatense, que llegue a concretarse algún día en una organización definitiva, que una con un nuevo lazo fraternal la cultura de nuestros dos países.

Introducción. — La guerra más grande de todas las edades acaba de terminar, los ejércitos se desbandan, las fábricas vuelven a sus trabajos de paz, el comercio reanuda sus actividades detenidas, la era de la reconstrucción se inicia en todos los países. Pero en todos esos países que han participado en la contienda quedan, como rémora permanente y recuerdo indeleble, millares de individuos que han pagado pesado tributo a la patria, sufriendo heridas y mutilaciones que los incapacitan temporaria o definitivamente. Naturalmente, es deber primordial de los ciudadanos el ocuparse de ellos y así lo han entendido los gobiernos de Estados Unidos y Gran Bretaña, dedicando esfuerzos ingentes a la realización de un vasto programa destinado a conseguir la rehabilitación rápida y completa del mayor número posible de víctimas. Este trabajo, iniciado desde el primer día de la guerra, no ha cesado hasta ahora y se continuará aun durante años, aunque puede ya adelantarse que, como progreso definitivamente adquirido, se ha conseguido acortar en mucho los términos exigidos en otras épocas para conseguir los mejores resultados. Por otra parte, la sensibilidad de pacientes que pertenecen a países de elevado nivel cultural, ha traído como consecuencia el que se exija al cirujano

plástico una perfección de resultados muy superior a todo lo alcanzado anteriormente, especialmente si se tiene en cuenta que la guerra integral — sin distinción entre militares y civiles — ha llevado a sus manos pacientes de todo sexo y edad, multiplicando los problemas y las posibles soluciones. De ahí que sea ésta también la guerra en que la cirugía reconstructiva ha alcanzado importancia más grande y mayor perfección: por un lado está la preparación psicológica de la masa, que sabe que puede exigir la vuelta a la normalidad morfológica y funcional; por otro, las necesidades militares que piden el rápido regreso del herido a su sitio en el ejército o a un puesto útil en la sociedad; en fin, el sentimiento general y perfectamente interpretado por los gobiernos, de que todo lo que se haga en tal sentido será poco, comparado con el sacrificio de aquel que ha dado su sangre por la patria.

Conviene pues, situar a la cirugía reconstructiva en su verdadero lugar dentro de la cirugía militar moderna. Así, en el período inmediato a la lesión, se ponen en práctica medidas de urgencia, que tienen lugar generalmente en la vecindad del campo de batalla y cuya importancia decisiva es considerada hoy en todo su valor. Pero las tendencias actuales a la revisión secundaria de las heridas, para modificar lo que se inició en los primeros momentos, ha creado una rama también importantísima, la de la cirugía reparadora, que se hace en centros aun cercanos a la zona de operaciones. Finalmente, la compleja tarea de devolver forma y función cabe a la cirugía reconstructiva que, requiriendo tiempo, tranquilidad, organizaciones especiales, etc., encuentra su mejor lugar en grandes centros del interior, dispuestos con todos los adelantos técnicos del momento.

Sin embargo, las tres ramas hállanse íntimamente enlazadas en muy diversas maneras. Así, el cirujano plástico moderno se enfrenta continuamente con problemas de una gravedad que no conocieron sus antecesores pues, gracias a la perfección de la cirugía de urgencia, llegan a sus manos heridos que difícilmente hubieran sobrevivido en guerras pasadas. Por otra parte, la cirugía reparadora bien entendida significa disminución de cicatrices, conservación de elementos nobles y, por ende, perfección de función, que ningún método plástico puede sustituir.

Esto pide, pues, que todo cirujano militar — y por lo tanto todo cirujano que se enfrente con las posibilidades traumatológi-

cas de la vida moderna — conozca suficientemente los principios de la cirugía plástica para poderla servir, haciendo fácil y efectiva la labor de reconstrucción. Tal lo han entendido las autoridades militares de los ejércitos en lucha, llevando a los medios quirúrgicos, por medio de interesantísimos boletines, las directivas que enumeraré al correr de la disertación.

En fin, la cirugía reconstructiva asóciase frecuentemente con la cirugía neurológica y la cirugía ortopédica. Hemos visto en muchos servicios visitados cómo el cirujano plástico preparaba el campo para hacer posible una buena sutura nerviosa o aseguraba el éxito de un injerto de hueso, proporcionando las partes blandas necesarias para su nutrición. Ello establece una asociación muy interesante en nuestro medio, donde fácilmente se olvida la experiencia del técnico especializado que permitirá evitar un fracaso o acortar una convalecencia.

Centros visitados. — Yendo ahora a la relación práctica de mi viaje de estudio, creo conveniente señalar los orígenes de la información obtenida, haciendo una breve descripción de los centros de cirugía plástica visitados. Así, en Estados Unidos, permanecí un período de algunos meses al lado del Coronel James Barrett Brown, que puede considerarse el jefe de la cirugía plástica militar norteamericana y que dirige la importantísima organización del Valley Forge General Hospital. Esta, cuyo tamaño crece continuamente, contando en la actualidad más de 1000 camas, representa el núcleo donde se gestan todos los perfeccionamientos que son luego aceptados por los numerosos hospitales militares que se ocupan de la especialidad. Brown, que espero ha de visitarnos como huésped de honor del próximo congreso, de acuerdo a invitación de las autoridades del mismo, es figura interesantísima e investigador infatigable, uniéndose en él, en rara y favorable síntesis, el hombre de ciencia y el artista.

En Estados Unidos limité mis visitas a este centro, por considerarlo de importancia definitiva, mas en Inglaterra pude visitar varios hospitales dirigidos todos por hombres altamente calificados. Así, y en primer lugar, debo recordar al gran amigo de los cirujanos sudamericanos, Sir Harold Gillies, que sigue siendo el maestro indiscutido y el inspirador de la cirugía plástica inglesa, desde su clínica de Basingstoke. Entre sus discípulos más

destacados conviene recordar a Kilner, con su centro de cirugía plástica de Stoke-Mandeville y su cátedra de cirugía plástica de Oxford. También alumnos de Sir Harold son sus ex-jefes de clínica, Mowlem, jefe en el importante centro de Hill End, en Saint Albans y McIndoe, jefe de magnífica y moderna organización. En Manchester encuéntrase otro de ellos, el catalán Gabarró, pródigo en ideas novedosas y, en fin, en Oxford, no puedo menos de recordar al famoso Trueta que, cirujano traumatólogo brillante, ha hecho sentir su influencia decisiva también en las técnicas más depuradas de nuestra especialidad. En resumen, los ejércitos de las Naciones Unidas han tenido la suerte de contar con un grupo de artífices habilísimos, que han sabido organizar a la perfección los servicios de cirugía reconstructiva, cumpliendo ampliamente con los requisitos de rama tan importante en la ciencia médica militar.

La técnica moderna en general. — Resumiendo, a manera de introducción, las impresiones generales recibidas al observar los progresos de técnicas y procedimientos diversos, puede decirse que no es en ellos donde se comprueba las diferencias más notables con lo que ya conocíamos. Los principios inmutables que rigen la cicatrización, los métodos ya usados para tomar injertos y asegurar su vitalidad, así como las ingeniosas combinaciones de suturas y colgajos que sirven para reconstruir los detalles de una cara o de una mano, no han cambiado fundamentalmente. Pero el progreso realmente sorprendente reside en la audacia con que los cirujanos de hoy aprovechan de la vitalidad de los tejidos, de la circulación de los colgajos y de la resistencia del individuo, para alcanzar los resultados más perfectos en el tiempo más corto posible. A ello ayuda mucho, sin duda, la perfección del pre y postoperatorio; el plasma, las transfusiones y la quimioterapia — esta última en su verdadero lugar de coadyuvante y no de elemento principal — hacen posibles hazañas que nos parecieran decididamente peligrosas hace pocos años. Pero el enorme número de casos similares es buena escuela para acumular enseñanzas y abrir caminos inexplorados, que han sido muy bien aprovechados.

Los injertos libres. — Yendo ahora a lo particular, hay que aceptar de que el injerto libre de piel encuentra cada vez mayor aplicación pues, asegurada su toma merced al conocimiento pre-

ciso de las condiciones más favorables, es el que más responde a las necesidades anotadas más arriba. El injerto de piel total es utilizado siempre, cuando se quiere conseguir resultado funcional y cosmético superior. Pero el injerto libre de piel parcial, cada vez más grueso, lo sustituye en casi todas sus indicaciones con ventaja. El asunto es evitar los efectos de la retracción con artificios, de los cuales el más ingenioso es el que aconseja Brown, disponiendo el colgajo sin tensión e inmovilizándolo luego con un apósito de estopa de mecánico, atado con los cabos de las suturas. Crece también la importancia de este tipo de injertos debido al enorme número de grandes cicatrices por quemaduras, en las cuales la reconstrucción sólo puede hacerse transportando superficies importantes de piel sana, cuyo lecho de toma debe ser reparado por regeneración espontánea.

Dos asuntos interesantes para el técnico son las colas para pegar injertos y los aparatos para cortarlos. Parece que las primeras están pasando de moda; después del entusiasmo del primer momento, en que todo el mundo las ensayó, se las abandona. De todos modos, la sutura sigue siendo necesaria para asegurar la perfecta coaptación de los bordes, y la seguridad que da el apósito bien ejecutado es por lo menos comparable a la que puede dar una adherencia artificial que, por otra parte, implica admitir movimientos contrarios a principios biológicos favorables a la buena cicatrización. Sin embargo, hay experimentadores en Inglaterra que tratan de buscar la solución con colas de plasma concentrado y trombina, con el agregado de penicilina, que prometen resultados interesantes.

Respecto a los aparatos de toma, Brown y los suyos siguen utilizando brillantemente la clásica navaja de Blair, con los resultados conocidos, más en Inglaterra el dermatomo es usado con frecuencia y habilidad, prefiriéndoselo a los métodos antiguos, menos precisos.

Gabarró tiene un procedimiento muy ingenioso para conseguir recubrir grandes superficies cruentas, con cantidades relativamente pequeñas de piel. Es esto importante en el tratamiento de quemados graves o de heridas extensas y consiste en pegar el colgajo de piel sobre papel vaselinado, cortándolo luego en tiras que, a su vez, son divididas en cuadraditos. Estos cuadraditos de

piel tienen condiciones especiales de vitalidad, que me permiten recomendarlos en casos infectados o con pobre terreno receptor.

En el Valley Forge General Hospital ví utilizar con igual fin los homoinjertos (piel de cadáver refrigerada), que se tenían preparados para cubrir vastas superficies granulantes, en quemados en estado desesperado, enviados por vía aérea, desde lejanos frentes de batalla. Esta piel, apósito transitorio ideal, servía para suspender la pérdida de plasma, impedir la infección secundaria y detener la supuración, mientras las transfusiones y el régimen a alto contenido proteico permitían ganar la carrera a la muerte y preparar al paciente para el autoinjerto clásico.

Los injertos pediculados. — Indispensables para preparar las cicatrices en pérdidas de sustancia ósea, en plásticas de tendones, en suturas nerviosas, etc., tenían como característica principal su amplio pedículo. Se podía así suprimir o acortar el período preparatorio, reduciendo el número de operaciones. Común era el injerto pediculado de abdomen en brazo y mano, y los pedículos cruzados en miembros inferiores. En Inglaterra el tubo, más limpio aunque de más trabajosa construcción, sigue siendo popular y proporciona siempre excelentes resultados. Tanto en uno como en otro país las grandes reconstrucciones de la parte inferior de la cara se hacen con injertos pediculados cérvico-pectorales, que se prefieren hoy a los injertos de piel de la frente o del cuero cabelludo, tan en boga hacia el fin de la otra guerra.

Los injertos óseos. — En sus indicaciones generales, se sigue usando en Estados Unidos el injerto ósteoperióstico macizo, ya de tibia o de costilla. En Inglaterra, en cambio, se ha conseguido evidente progreso con el empleo de hueso esponjoso, tomado del iliaco y que sirve muy bien para rellenar pérdidas de sustancia en pseudo artrosis de maxilar inferior u otros segmentos del esqueleto. Mowlem, en Saint Albans, tiene casos notables como demostración de los alcances de esta técnica, que creo ha de ser adoptada con ventaja entre nosotros. Detalle interesante es la rápida consolidación conseguida, muy superior a la que se alcanza en igual término con injertos macizos.

Las inclusiones. — Las inclusiones de cuerpos extraños (vitálio, acrílicos, etc.) no están muy en boga y, en ambos países, no

vi ningún caso durante mi estadía. En cambio es común la utilización de cartilago de cadáver conservado, de acuerdo a técnicas conocidas, que sirve para rellenar pérdidas de sustancia muy frecuentes en los grandes heridos de la cara. Con el mismo fin se usa la dermis y también la fascia y, en menor grado, los injertos de tejido adiposo.

Las suturas y la cicatrización. — Tampoco acá hay nada nuevo, siendo general el uso de la seda, tanto en profundidad como en superficie. La intradérmica es raramente empleada y se le prefiere el punto separado. Los problemas de cicatrización y especialmente el queloide no han sido solucionados y, desgraciadamente, muchos son los quemados que deben sobrellevar las consecuencias inevitables de una cicatriz exuberante, cuya aparición se trata de combatir extirpando cuidadosamente todo el tejido fibroso subyacente, en forma de hacer las suturas o colocar los injertos sin interposición de material cicatrizal.

Las plásticas de párpados. — Dado el enorme número de quemados era muy común el ectropion grave, que debía ser corregido de urgencia para evitar la ulceración de la córnea. Los métodos clásicos, con su largo período de tarsorrafia, no podían satisfacer; Brown ha dado la solución perfecta al problema, disecando ampliamente la retracción cicatrizal y cubriendo la pérdida de sustancia con un injerto libre de piel total, tomado en el cuello. Este injerto, inmovilizado dentro de términos normales, pasa por un período de retracción poco importante y luego se adapta perfectamente. Así, se pueden hacer reconstrucciones completas de párpados por injertos sucesivos, hasta que la capa inicial pase a ocupar el sitio correspondiente a la conjuntiva, cubriendo las exigencias cosméticas y funcionales.

Las plásticas de nariz. — La combinación del pedículo indiano o italiano con la inclusión de hueso o cartilago conservado permite alcanzar resultados excelentes en la nasoplastia total. Algunos casos son tan favorables que el observador no prevenido no se apercibe de la sustitución plástica, especialmente cuando la colocación de la piel coincide con la vecindad.

Los tatuajes. — Hablando de este tema, conviene recordar que uno de los grandes inconvenientes de los injertos era la diferencia de color. Esto daba lugar a que la nueva piel apareciera como parche permanente, obligando al uso de cremas y cosméticos. Tal solución, difícil en el soldado, ha sido sustituida por Brown con discreto y artístico tatuaje, que disimula el defecto y facilita el recurrir a zonas que, como el cuello en el injerto de párpado, proporcionan amplio material de excelente calidad aunque de matiz desigual.

Las plásticas de orejas. — Constituyen seguramente el problema más difícil de la cirugía plástica, pues es casi imposible imitar la delicada contextura de un pabellón auricular. Mas hoy, usando la piel mastoidea, inclusiones de cartílago conservado, injertos libres retroauriculares y, una que otra vez, un delgado tubo cutáneo para sustituir el hélix, se hacen orejas muy aceptables y que, por lo menos hacen innecesario recurrir a prótesis permanentes. Sin embargo éstas, que viéramos hacer en Inglaterra con plásticos flexibles, son perfectas en cuanto a aspecto y contextura, y dan un sustituto digno de tenerse en cuenta cuando no está indicada la operación.

Las manos. — La publicación de la monumental obra de Bunnell ha significado un enorme progreso técnico en la cirugía reparadora de la mano. Este autor hizo una gira por los centros plásticos aliados y, a raíz de sus enseñanzas, todos los especialistas trabajan según sus directivas, por lo que poco puede agregarse de nuevo para Vds. Sin embargo, la reeducación funcional, en talleres adecuados y, sobre todo, según el llamado plan de Birmingham, es el mejor coadyuvante para la completa recuperación del herido. La importancia que hoy se le da, en las organizaciones más adelantadas, nos indica en forma decisiva el camino a seguir.

Cirugía plástica y quemaduras. — Las grandes quemaduras, comunes en la guerra mecanizada, presentan con frecuencia vastas superficies de tercer grado, o sea partes donde la piel y sus elementos germinativos han desaparecido completamente. Ello obliga a sustituirlos una vez eliminadas las escaras. La tendencia actual es a acortar el período de eliminación con la ayuda de sus-

tancias químicas, de las que he visto usar la tripsina y el ácido pirúvico. Ninguna de las dos me pareció satisfactoria, pero el camino está abierto y no ha de tardar en aparecer el producto capaz de discernir rápidamente entre lo vivo y lo muerto. De todos modos, se indica injertar precozmente, en cuanto la distinción esté hecha, para suprimir en lo posible el largo período de granulaciones infectadas, causa de muerte de tantos quemados. Para ello, aparte de las técnicas clásicas, se recomienda la técnica de Gabbarró ya descrita, y, en los casos muy graves, los homoinjertos a la manera de Brown.

En fin, ¿cuál es el futuro de los pacientes que han llegado al término del tratamiento? Muchos regresan a su plena actividad social y conviene recordar que, en las fuerzas armadas norteamericanas, el 70 % de los casos plásticos volvieron a servicio activo. Sin embargo, hay que considerar a todo paciente en estado de permanente evolución, siempre capaz de perfeccionamiento, de acuerdo al progreso técnico, con lo que la labor del cirujano plástico, perteneciente a organizaciones de veteranos, ha de continuar aún por mucho tiempo.

En las relaciones con sus semejantes de aquellos que, a pesar de los esfuerzos de la técnica, no han conseguido alcanzar un nivel de normalidad suficiente. Se tiende a que reciban la impresión más absoluta de que su deformidad pasa inadvertida. Se educa al pueblo para que evite la ayuda bien intencionada, aunque inoportuna, que deprime psíquicamente al individuo y se trata de que él mismo desarrolle su existencia, rodeado por una benévola atención, que en ningún momento se enfoque sobre su defecto. Así el ciego, el mutilado, el desfigurado por el fuego, pueden ocupar un lugar en la sociedad, llenando con su trabajo y su inteligencia una función útil para sí y para los demás y evitando la enorme sobrecarga que esos inválidos significarán para el estado. A tal fin, adquieren hoy enorme importancia los institutos de rehabilitación, complemento indispensable de toda organización de cirugía reconstructiva, donde se establece la transición gradual entre la sala del hospital y el ambiente exterior, evitándose la violencia del choque psíquico, que espera al que vuelve con una incapacidad física o con la señal visible de sus heridas. El estudio psicológico hábil, la orientación profesional, la adaptación a nuevos oficios, unidos a distracciones adecuadas, hacen este pasaje

perfectamente llevadero y contribuyen decisivamente al éxito del tratamiento, con un complemento que merecería especial desarrollo, que limitaciones del tiempo me impiden dar.

Creo pues haber demostrado, en forma somera, cual es la posición que ha conquistado la cirugía reconstructiva en el momento actual, gracias a la guerra. Así, en sus aspectos técnico, psicológico, económico y social, puede decirse que su importancia es preponderante y ha de verse reflejada sin duda en el futuro de un mundo en paz. Es por ello que debemos hacer votos para que nuestros gobiernos, comprendiendo las proyecciones adquiridas por una rama de la ciencia, que ha de ocupar siempre mayor lugar en el porvenir, sepan darle los medios técnicos para alcanzar su pleno desarrollo. El número creciente de pacientes que concurren a los hospitales lo prueba suficientemente; los hombres capacitados no faltan; basta pues la ayuda material para que también nuestros conciudadanos se beneficien de los progresos obtenidos, en cuanto se desarrollen los tímidos ensayos actuales, siguiendo los pasos de las grandes naciones del norte. Vaya pues, nuevamente, mi agradecimiento a los colegas uruguayos por permitirme materializar este anhelo desde la elevada tribuna de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, desde la que hayo votos para que, cuando se reúna en Montevideo el futuro Congreso Latino-Americano de Cirugía Plástica — seguramente el más brillante de los realizados hasta ahora — podamos presentar a los colegas de las naciones hermanas la realización material de nuestras aspiraciones.