

## EL PROBLEMA DE PIEL EN LAS HERIDAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

Dr. Héctor A. Ardao

Demasiado a menudo en el tratamiento de las heridas de los miembros no se presta la atención adecuada a la reparación de la brecha cutánea. El tratamiento de la herida de la piel se subordina casi siempre al tratamiento y consideración de las lesiones profundas y es recién en el tiempo final de la operación que se resuelve del modo que convenga a lo realizado. Así es fácil comprobar, a menudo, que sin tener en cuenta los caracteres propios de la herida de la piel, se realiza la sutura o se deja abierto con fines de drenaje, o bien, si faltan tegumentos se confía en la buena cicatrización natural sin pensar que el resultado del tratamiento realizado, pueda ser afectado por la índole de la reparación cutánea.

Desde que la guerra de 1914-18 demostró que la resección abierta en las grandes heridas es el recurso más eficaz en la lucha contra las infecciones vitales, tal modo de proceder ha imperado hasta hoy como un dogma en la práctica civil y está en plena vigencia en nuestro medio, aún en el tratamiento de las heridas simples de los miembros.

Sin embargo en estos últimos años el mejor conocimiento de las condiciones biológicas de la reparación de las heridas, el concurso de poderosas drogas bacteriostáticas y el advenimiento ineludible ya, del criterio funcional en la apreciación del resultado

de la curación en las heridas de los miembros, han dado fundamentos suficientes para modificar aquel criterio demasiado radical y ajustar otra técnica de tratamiento aplicable a la mayor parte de los casos.

En los miembros, particularmente en el superior que es un miembro de movimiento, el tratamiento de las lesiones traumáticas debe ser orientado con un criterio de reparación funcional, para lo cual las heridas debén someterse a un tratamiento quirúrgico reparador y plástico desde el momento del accidente.

El ideal de tratamiento de cualquier herida es el cierre primitivo y la cicatrización aséptica por primera intención, yuxtaponiendo los bordes, afrontados sin tensión mediante sutura o sin ella. La evolución debiera ser en reposo funcional completo de la región, colocando el miembro en posición declive para evitar la estasis y el edema mientras permanece el organismo entero sometido a las drogas bacteriostáticas.

En tales condiciones una herida simple en un individuo sano se repara en pocos días originando una cicatriz cutánea indolora, libre de adherencias a los planos profundos.

Sin embargo es fácil encontrar en la práctica incapacidades residuales del miembro superior, ocasionadas exclusivamente por problemas de piel en heridas simples que fueron incorrectamente tratadas. Por ejemplo:

1) Insuficiencia de piel en pliegue de codo que impide la extensión completa del antebrazo por escisión excesiva de los bordes de una herida transversal. La piel del pliegue es muy elástica y seccionada se retrae mucho. Al hacer la resección es fácil quitar demasiado.

2) Cicatriz cutánea adherente al plano muscular en anterior o posterior de antebrazo por coincidencia del plano de sutura. La cicatriz cutánea frena la acción de los músculos flexores o extensores de los dedos. Es sabido que la fijeza de un tendón arrastra a la fijeza del resto de los tendones accionados por un cuerpo muscular de inserción única.

3) Porque al cubrir un defecto de piel vecino a una articulación se transportó piel móvil que era necesaria para el juego articular (dedos, codo, muñeca).

El *plan* de tratamiento (el cual debe constar en toda historia

clínica de un traumatizado) en las heridas de los miembros, debe resolverse en el cuarto de operaciones, realizando el inventario de las lesiones al mismo tiempo que el *lavado* de la herida.

Lavar las heridas es un concepto que debe incorporarse a la práctica quirúrgica traumatológica y debe sustituir al de desinfectar las heridas. Con agua y jabón estériles o con soluciones antisépticas detersoras que arrastran mecánicamente la suciedad (polvo, grasa o partículas extrañas) se limpia la herida y al mismo tiempo con pinza y tijera o bisturí, se reseca lo más económicamente posible los tejidos sin irrigación sanguínea y se eliminan los coágulos y la sangre infiltrada.

Cumplido este tiempo en las heridas complejas (lesiones de vasos, nervios, tendones, músculos, huesos, articulaciones) debe discernirse en cada caso si algo ha de repararse quirúrgicamente desde ya (reducción de fracturas, cierre de articulaciones, ligaduras de vasos, sutura muscular o aponeurótica) y cuál es el procedimiento para el cierre de la herida, cuestión fundamental e impostergable desde el momento del accidente.

En esta discusión el problema de piel es importante. Una de las razones por las cuales a menudo no se realiza la reparación primitiva por sutura de un tendón seccionado en la mano es precisamente la presencia de la brecha traumática cuya cicatriz frente a la unitiva de los cabos suturados se solidarizará con ella y suprimirá el espacio de deslizamiento del tendón.

La falta de piel en heridas desgarradas o por arrancamiento, contraindica todo tratamiento quirúrgico reparador primitivo de las estructuras móviles profundas en los miembros, es decir la reparación con vistas a la función.

En este caso si se abandona la herida, especialmente si se trata de la mano, a la cicatrización espontánea, se produce fatalmente como consecuencia de tres factores combinados: la inmovilización voluntaria, la infección primaria o secundaria y la retracción cicatrizal, una invalidez mayor que la que procede de la pérdida inicial de las estructuras lesionadas y cuya reparación ulterior, apreciada siempre en términos funcionales es infinitamente más difícil de obtener que si se hubiera realizado solamente la reparación primitiva de la pérdida de piel.

Hay que realizar la cobertura primitiva de la herida para

evitar la formación de tejido de cicatriz, el cual en las heridas granulantes infiltra e inmoviliza las estructuras normales vecinas al foco de la herida. Una herida cubierta con piel, cesa de formar tejido de cicatriz. El masaje y la movilización (activa y pasiva) completarán la preparación del terreno manteniendo los espacios de deslizamiento y el buen grado de nutrición de los tejidos, a los efectos de la reparación secundaria de las otras estructuras afectadas.

Técnicamente el problema de piel será resuelto según el criterio del cirujano: ¿Transporte de colgajo pediculado? ¿Injerto de piel libre?

En el miembro superior no hay excedentes disponibles de piel y particularmente del codo para abajo la piel tiene además del papel de cobertura, funciones sensitivas y táctiles muy importantes. En consecuencia se recurrirá a Colgajos Locales en los casos estrictamente necesarios, cubriendo el defecto secundario con piel libre. Cuando no sea posible, habrá que insertar colgajos del flanco, del tórax o del abdomen ántero-lateral.

El colgajo pediculado local o distante que lleva piel acolchada con tejido adiposo tiene sus indicaciones en la reparación de:

- a) regiones de apoyo
- b) regiones de movimiento (superficies de flexo-extensión)
- c) cuando hay que cubrir tendones
- d) cuando hay que cubrir huesos o articulaciones
- e) cuando en un tiempo ulterior habrá de injertarse huesos, articulaciones, tendones o realizar la sutura secundaria de nervios o tendones.

El injerto de piel libre tiene sus indicaciones en lechos bien vascularizados, de apoyo firme y regular en regiones fijas como es posterior de brazo, todo antebrazo, dorso y palma de mano. Todo cirujano que trata heridas debiera estar familiarizado con el manejo de la cuchilla de Blair, la técnica y las indicaciones del injerto de piel libre.

El Injerto de Piel Libre en áreas cruentas recientes debe emplearse en una sola lámina que cubra el 100 % del defecto. Si es un área granulante o infectada reciente puede researse transformándola en una superficie quirúrgica y también cubrirla con un solo injerto.

Si el lecho es irregular, con tejidos necrosados, tumefactos por edema y supuración, el injerto de piel libre en estampilla todavía tiene sus indicaciones como medio de acelerar la cicatrización de la herida y de luchar contra la infección (supuraciones de superficies anfractuosas de las cuales algunos puntos aceptan injerto y otros no).

El injerto de piel libre en las heridas de los miembros puede tener todavía una finalidad temporaria preparatoria de la reparación definitiva. Una vez que la cobertura está realizada y la región en condiciones circulatorias apropiadas, puede quitarse asépticamente y cubrirse el lecho con otro material más apropiado (colgajos rotables, locales o distantes, tubos, combinaciones de ambos, etc.). En este caso la piel acolchada con tejido adiposo cubre el defecto y restituye la forma o bien a través del tejido grasoso transportado pueden repararse tendones, nervios, huesos, articulaciones en el mismo acto operatorio o en otros ulteriores.

---

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Pietropinto.  
DOCTOR PIETROPINTO. — (Lee).

Trabajo del Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública de Montevideo

## **TRATAMIENTO REPARADOR DE LAS QUEMADURAS DEL DORSO DE LA MANO**

**Dr. C. Pietropinto**

Las quemaduras de dorso de mano reúnen un conjunto de particularidades y revisten una gravedad especial por lo cual se justifica hacer su estudio aislado.

Se trata de una región particularmente expuesta y de ahí, la frecuencia de sus quemaduras. Los tendones y las articulaciones metacarpofalángicas, se hallan subyacentes a la piel, en su vecindad inmediata, sin estructuras que la protejan como ocurre en la palma. La piel desliza sobre el plano osteotendinoso, mediante una fasciá celulosa cuya integridad asegura la función de la mano y ella se destruye aún en quemaduras superficiales de