

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

donde se desprende el gran compromiso para el grupo de los tendones extensores. El edema inflamatorio invade los espacios celulosos de la mano y si se organiza lleva a la esclerosis y a la rigidez de los dedos creando problemas serios de recapacitación ulterior. Si la infección sobreviene puede difundir invadiendo



Fig. 1.

vainas tendinosas, articulaciones y espacios celulosos, aún de la palma, conduciendo a la necrosis secundaria por supuración. El tratamiento debe ser precoz y activo en toda quemadura de este tipo.

1) *Quemaduras circunscriptas a la piel.* Lavado cuidadoso de la zona quemada, empleando soluciones detersoras, agua y

jabón, Cetavlon, suero en abundancia, resección de tejidos mortificados, apósito constituido por tulle gras. Sulfamida. Algodón. Vendaje compresivo, mano en alto fijándola a un soporte de suero con el enfermo en cama. Movilización activa y pasiva de los dedos desde la primera semana. Las curas sucesivas se realizan con criterio elástico dependiendo de la importancia de la quemadura a tratar pero en general cada 2 ó 3 días. Desde que está en condi-

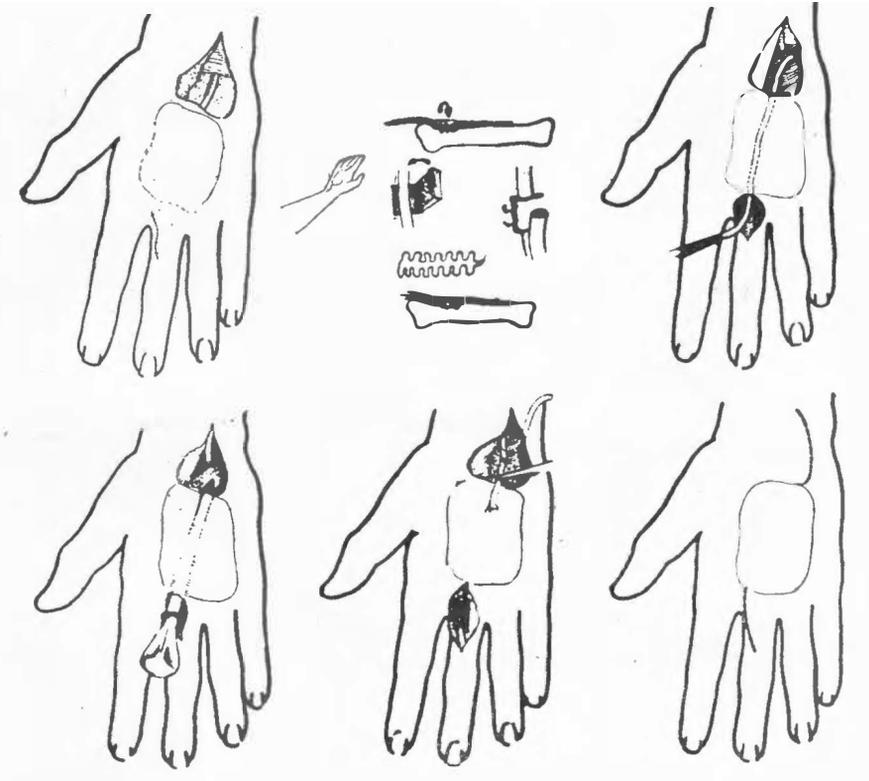


Fig. 2.

ciones el área quemada totalmente o en partes se injerta con piel libre. Siempre será posible realizarlo antes de las 3 semanas. Resuelta la cobertura de piel, las movilizaciones activas y pasivas se completan con sesiones de masaje.

2) *Quemaduras profundas.* La orientación del tratamiento es igual al caso anterior. Pueden encontrarse tendones al descubierto que dejados a merced de la infección o del vendaje com-

presivo terminarán por esfacelarse y eliminarse. En este caso se deben cubrir por injertos de piel libre lo antes posible. Lo mismo frente a las articulaciones abiertas para evitar la artritis supurada y la anquilosis subsiguiente. Si hay tendones esfacelados se deben resecar realizando el tratamiento como en el caso 1. Se completará la epidermización del área quemada. Meses des-

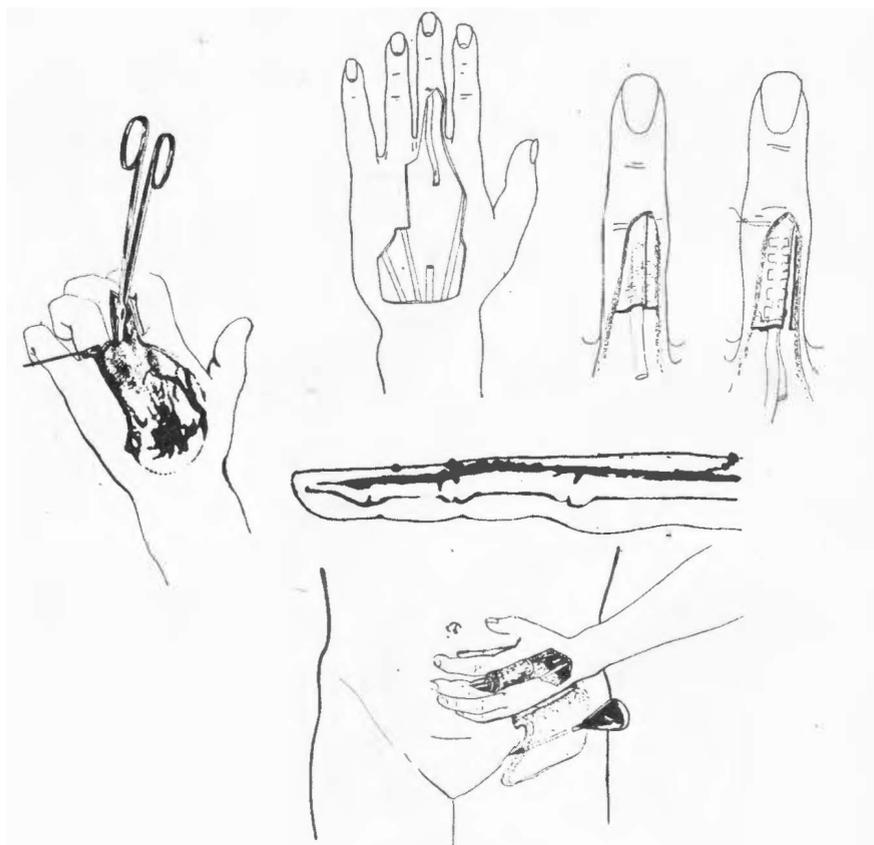


Fig. 3.

pués, 1 año por lo menos, se procederá a la reparación secundaria de tendones. Antes es necesario proveer piel acolchada con tejido adiposo a través del cual se injertará y actuará el tendón o los tendones. Se quita todo el tejido cicatrizal del dorso, se anotan bien los tendones que faltan y se cubre el área con un colgajo bipediculado de la fosa ilíaca. Piel libre al defecto secun-

dario o deslizamiento y sutura de sus bordes externos, cuando el sujeto es gordo. Se introduce la mano por debajo y sutura borde a borde de defecto y colgajo. Se asegura buena hemostasis e inmovilización del miembro. Los 2 pedículos se seccionan después de las tres semanas y se suturan los bordes definitivamente en la mano.

Creado el ambiente apropiado para el injerto de tendón se realiza éste en otro tiempo operatorio empleando de preferencia el tendón del plantar delgado.

En ciertas condiciones se puede realizar en un solo tiempo operatorio la inserción del colgajo abdominal y del injerto de tendón en el dorso de la mano. Se talla un colgajo apropiado y a su través se pasa con un perforador el tendón a injertar. Piel libre al defecto abdominal.

3) *Quemaduras de dorso de mano en la etapa cicatrizal.*

En la etapa cicatrizal las quemaduras profundas del dorso de la mano originan una actitud viciosa característica. Disminución del arco transverso metacarpiano, hiperextensión de: 1º falange con flexión avanzada de 2da. y 3ra. Las directrices del tratamiento son:

- a) Resección de todos los tejidos cicatrizales.
- b) Reponer las estructuras normales en su posición normal.
- c) Cubrir el defecto creado.

La disminución del arco intermetacarpiano se corrige con la sección del ligamento transverso del metacarpo en los espacios correspondientes, lo que a la par que amplía el arco, devuelve a los dedos la amplitud de sus movimientos.

La posición viciosa de los dedos se corrige mediante la liberación de los tendones del bloque cicatrizal envolvente y las capsulotomías complementarias.

Ilustramos los conceptos anteriores con 3 esquemas. En la fig. 1 se muestra el primer tiempo de la fijación del colgajo bipediculado abdominal en el dorso de la mano.

En la fig. 2 se ilustra el injerto de tendón para reparar la destrucción del tendón extensor del dedo medio. En un tiempo previo se había colocado el colgajo que ilustra la fig. 1.

En la fig. 3 se muestra la reparación en un tiempo del plano de cubierta en el dorso de la mano, el injerto de tendón y la sección del ligamiento transverso del metacarpo.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Ferrati.

DOCTOR FERRATI. — (Lee).

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

LA CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA ANTERIOR EN LAS RIGIDECES DE LOS DEDOS

Dr. Carlos Ferratti

Nos proponemos mostrar la técnica y los resultados de un recurso quirúrgico utilizable en las rigideces de origen capsular en los dedos de la mano consecutivos a múltiples procesos del miembro superior y especialmente de la mano. La rigidez en flexión de los dedos, acompaña a menudo a la retracción palmar de la cápsula de las articulaciones interfalángicas y a la supresión del espacio periarticular anterior. Si la actitud viciosa coexiste con la retracción de la cápsula y con la esclerosis del espacio periarticular la corrección de la actitud deberá hacerse suprimiendo la retracción de la cápsula y restituyendo el espacio de deslizamiento.

Se constituye la lesión anatómica por variadas *circunstancias etiológicas*, a las cuales pasaremos revista.

En primer lugar la Inmovilización Provocada por vendaje o yeso con los dedos en semiflexión si se prolonga durante varias semanas: tratamientos de fracturas de las falanges, heridas de los dedos, quemaduras, procesos inflamatorios, flemonosos, de mano, puño o antebrazo. En las inmovilizaciones espontáneas que provocan procesos patológicos retráctiles de piel y subcutáneo: cicatrices palmares, quemaduras, radionecrosis, enfermedad de Dupuytren, flemones de las vainas tendinosas de los flexores; secciones de los tendones extensores. También en las antiguas secciones del nervio cubital por encima del puño, que trae apare-