

CONTRIBUCIONES:

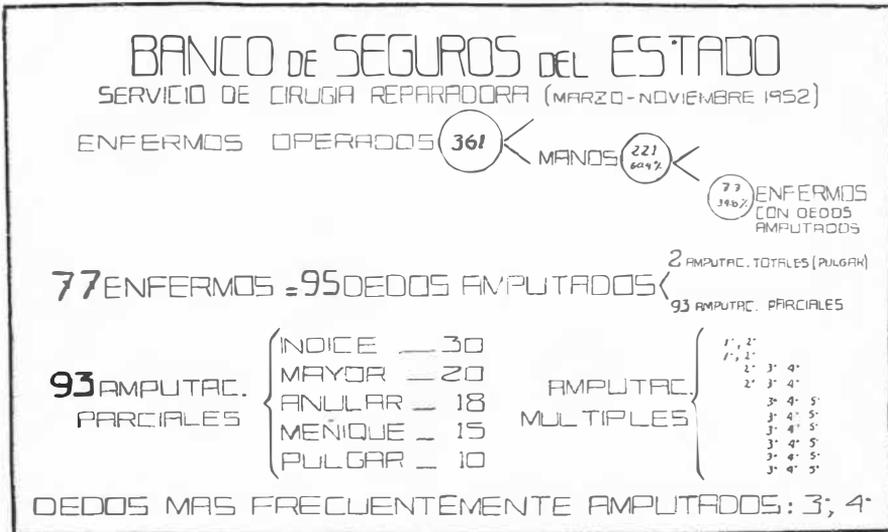
SEÑOR COORDINADOR. — Se va a pasar a la lectura de la contribución del Dr. Luis Dentone y Sra. Irene D. de D'Ottone.

EL PROBLEMA DE PIEL EN LAS AMPUTACIONES TRAUMATICAS DE DEDOS ⁽¹⁾

Dr. Luis Dentone. — Dra. Irene D. de D'Ottone

La amputación de dedo es un accidente muy frecuente como siniestro de trabajo. En el año 1949 en 44.103 accidentes de trabajo se encuentran 11.980 lesiones de mano. En las lesiones de mano encontramos en el año 1952, desde marzo a noviembre, que el 60,4% de lesiones traumáticas operadas en el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros, son amputaciones traumáticas de dedos.

Dada la entidad del problema, tenemos que encarar soluciones racionales. El problema que crea la amputación segmentaria de dedos no puede ser resuelto con criterio simplista: cicatrización secundaria, resecamiento óseos y suturas de muñones que al crear invalidez al dedo afectado, por acortamiento, por neuromas, por cicatrices adheridas o hipertróficas, llegan hasta la inutilización de la mano.



(1) Trabajo del Servicio de Cirugía Reparadora de la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado.

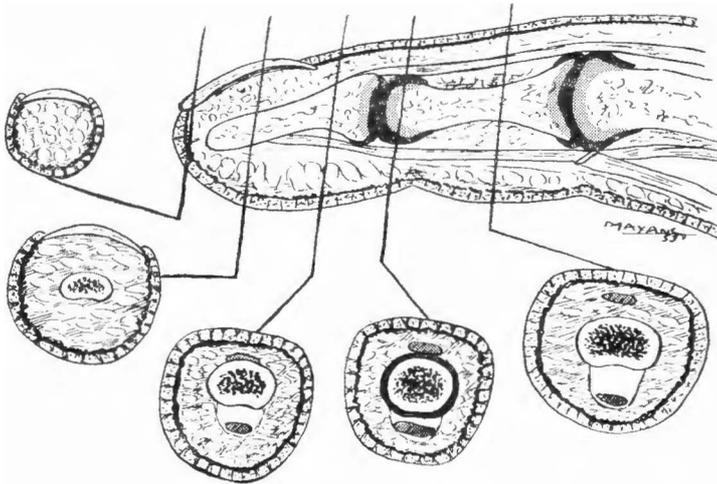
En el cuadro N^o 1 mostramos una relación de enfermos operados, accidentados por amputación de dedos y discriminación de los dedos afectados por amputaciones parciales. Notemos que solo en dos casos hemos visto amputación total de dedo, entanto que en 93 casos la amputación es parcial y solo alcanza un segmento de dedo.

En cuanto a las causales de amputación tramática son por orden de frecuencia:

Balancines	11	Pulidoras	3
Sierra circular	6	Cortadoras tela	2
Cepillos	6	Cortadoras hierro	2
Poleas	4	Cuchillos	2

El esquema N^o 2 nos muestra los distintos niveles de amputación, pulpejo, partes óseas, superficie articular. Cada nivel de sección plantea problemas distintos: en la lesión del pulpejo solo, es preciso considerar la amplitud de la pérdida de sustancia y la profundidad de la lesión que puede llegar hasta el plano del tendón flexor. Al nivel siguiente la exposición del hueso en la superficie de amputación nos plantea el imperativo de no sacrificarlo, acortándolo, a fin de proveer cobertura. En otro nivel la superficie articular expuesta requiere la escisión de cartilago articular, para proceder al recubrimiento.

En cuanto a las posibilidades del tratamiento a utilizar, pueden encararse las siguientes:



Esquema N^o 2

- a) reaplicación del colgajo que la sección ha separado. Esta solución es posible en limitados casos, en cortes de sección netos y donde siempre es necesario juzgar el tiempo transcurrido del accidente y el estado de las partes desprendidas para proceder a la sutura.
- b) cicatrización secundaria, la cual provee cicatrices dolorosas por adherencia y por neuromas de colaterales.
- c) injerto de piel tipo Tiersch; no se puede aplicar sobre huesos o tendones y no sirve en zonas de apoyo o presión intenso.
- d) injerto de piel total Wolfe; tienen su aplicación limitada a pequeños defectos de los dedos y palma de mano, pero no para cubrir superficies donde hay huesos expuestos o tendones.
- e) el colgajo rotable de la vecindad provee buena cobertura, pero tiene indicación en pequeños defectos.
- f) el tubo abdominal cuya utilización tiene inconvenientes de inmovilización del miembro, provee piel de distintas condiciones no tan aceptables para el apoyo y debe quedar indicado cuando otras soluciones no son posibles.
- g) por último el colgajo cruzado que tiene amplias indicaciones en las amputaciones segmentarias de dedos, ofrece las siguientes ventajas: proveer piel acolchada con elementos táctiles fundamentales en la reparación de dedo; comporta una solución local lo que quiere decir inmovilización mínima de un segmento de miembro; permite cubrir superficies óseas de amputación.

Las diferentes posibilidades que enunciamos encuentran a veces su aplicación simultánea en los distintos dedos de una mano, por las diferentes lesiones que causa el agente traumatizante.

INDICACIONES

Las indicaciones del colgajo cruzado de dedos se encuentra en toda pérdida de sustancia donde se tenga que proveer cobertura a superficies óseas, tendinosas, articulares, o en pérdidas extensas de pulpejo.

T E C N I C A

Se debe preparar el área cruenta, haciendo escisión quirúrgica de tejidos cicatrizales, de tejidos con vitalidad comprometida, de pequeños vasos trombosados que atraviesan el campo, que pueden hacer de cuerpos extraños comprometiendo la vida del injerto. Buena hemos-

tasis con pinzas o con compresas de suero caliente en hemorragias capilares. En heridas después de algunas horas donde se dude de su asepsia o exista extensas contusiones es mejor esperar después de la escisión quirúrgica, cubriendo con gasa vaselinada, para realizar el injerto cuando los síntomas indican ausencia de infección.

ELECCION DEL DEDO DADOR

Dos dedos tienen jerarquía funcional: son el pulgar y el índice. Se tratará de no utilizar estos dedos como dadores, salvo casos especiales como pérdida del pulpejo del pulgar que dada su importancia obliga a recurrir al lado dorso-radial del índice para tallar el colgajo.

La eminencia tenar zona principal de apoyo de la mano, no se utilizará como zona dadora de colgajos a fin de no crear inferioridades. En cuanto a la oblicuidad de la amputación traumática es ella la que comanda la ubicación del pedículo que puede ser palmar o dorsal y en el caso especial del anular indica el dedo dador.

TALLADO DEL COLGAJO

La talla del colgajo debe hacerse sobre molde; el pedículo ancho; el colgajo acolchado, respetando la inervación colateral del dedo; si es posible a pedículo anterior, que no requiera actitudes forzadas ni tome piel móvil durante la flexo-extensión.

Se talla el colgajo a bisturí; se desprende con tijeras curvas; hemostasis con pinzas, sin ligaduras.

En el esquema N° 3 mostramos: en sombreado sobre el medio una zona para tallar un colgajo; y como la oblicuidad de amputación sobre el anular comanda el dedo dador, meñique o medio.

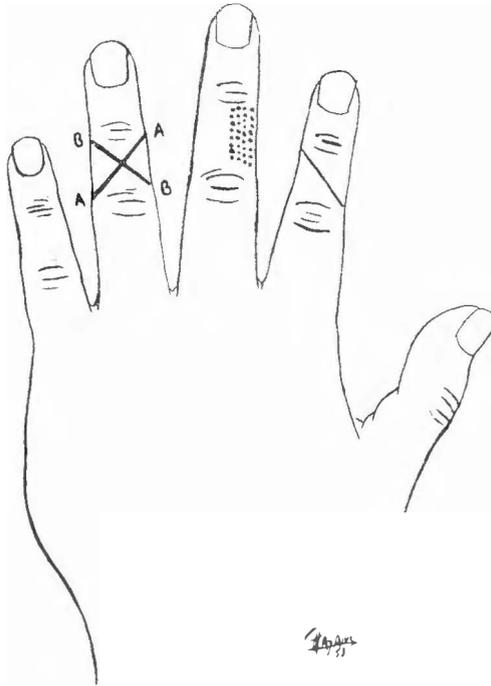
COBERTURA DEL DEFECTO

Se hace con piel fina tipo Tiersch que se fija con puntos.

INSERCIÓN DEL COLGAJO

Se hace con puntos marginales para no interferir en la vascularización. Se desprende alrededor de la zona de amputación el borde de la piel que facilita la sutura y evita la retracción. En amputaciones de pocas horas esto no es necesario y el problema es de hemostasis que se debe hacer sin ligaduras.

La inserción definitiva del colgajo se realiza alrededor de las tres semanas. Regularizamos y suturamos el lecho del pedículo, así como la zona cruenta al nivel del injerto. Empezamos movilización activa en Fisioterapia. La duración total del tratamiento es de unos 40 días.



Esquema Nº 3

RESULTADOS

- En 37 colgajos cruzados realizados hemos tenido:
- 4 casos de desprendimiento total.
 - 2 casos de desprendimiento parcial.
 - 1 caso de necrosis.
 - 3 casos de infección supurada.
 - 2 casos de rigidez interfalángica.
 - caso de muñón doloroso.

En los casos de desprendimiento total hemos constatado que el vendaje enyesado había sido retirado un día antes de la intervención para la inseción definitiva del colgajo.

La anestesia empleada es la troncular del mediano o cubital o anestesia de colaterales en la base de los dedos, a fin de no perjudicar con la infiltración la posición del dedo, para la fijación del colgajo. Intervenimos con anemia por brazaletes. Inmovilizamos en vendaje enyesado que cubre toda la mano que hace apoyo en un paquete de

algodón de modo que los dedos quedan en posición intermedia de flexo-extensión. El vendaje permite un ligero movimiento de flexión de los dedos sobre el paquete, pero evita la extensión que es siempre riesgosa para la fijación del colgajo. El vendaje cerrado constituye además una protección contra agentes infectantes. Inmovilizamos unas tres semanas.

RESUMEN

Con el colgajo cruzado de dedos buscamos una solución de cobertura en amputación segmentaria de dedos. Los resultados obtenidos nos alientan a mostrarlos y a continuar en la técnica, que tiene ventajas sobre otras soluciones.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Ardao.

Dr. ARDAO. — Es indudable que el tema de los injertos de piel libre, es decir el trasplante de piel desprendida totalmente de su asiento natural, interesa cada vez más a los cirujanos generales y ha sido un acierto debatir sus indicaciones en una sesión de este Congreso.

Como bien lo establece el relator, el conocimiento de la constitución anatómica de la piel, ofrece la posibilidad de utilizarla totalmente o en parte para variados fines. Pero fundamentalmente a los cirujanos generales interesa todo lo que se refiere a la reparación de brechas cutáneas. La piel que se injerta lleva sus capas generadoras en perpetua renovación y en su nuevo lecho readquiere sus caracteres generales: descansa en la superficie y se regenera en su base.

De acuerdo al tamaño del defecto, ubicación, forma, causa etiológica, estado anatómico y tiempo de evolución, etc., varía el tipo de injerto y la técnica de su aplicación.

Las áreas cruentas quirúrgicas o traumáticas recientes constituyen el mejor terreno para el injerto de piel libre. Lecho bien vascularizado, con buena hemostasis, aséptico, de superficie regular, casi siempre admite el injerto de piel total. Estética, anatómica y funcionalmente, es la mejor piel, de tal modo que este tipo se usará en la cara, especialmente si el tamaño no es prohibitivo. Si esta misma área tiene más de 6 horas, puede intentarse también piel total, previa detersión quirúrgica del área y bajo

el signo de los antibióticos por vía general. Pero tiene más probabilidades de éxito el injerto de piel parcial, es decir que no lleve la epidermis más que las capas más superficiales del dermis. (Injerto Thiersch).

Si esa misma área tiene varios días de establecida y se encuentra en estado de necrosis y supuración, corresponde realizar la detersión quirúrgica repetida, para transformarla en un área granulante con supuración controlada (control de intensidad de supuración que debe ser mínimo y control de agentes microbianos). El colibacilo piociánico o proteus, contraíndican cualquier tipo de injerto. Este tipo de lesión se encuentra en las quemaduras, en los traumatismos con arrancamiento y en las infecciones y a veces después de la aplicación de agentes terapéuticos agresivos sobre la piel. El injerto Thiersch en áreas granulantes debe emplearse en pequeños fragmentos. Habitualmente se emplea en forma de estampillado (procedimiento Gabarro) cortado sobre tela grasosa. Entre estampilla y estampilla, el tejido de granulación continúa exudando pus y luego el recimiento epitelial en superficie cubre todos los intervalos. Cuanto más se fragmente un trozo de piel, más grande es el tamaño del área que se puede cubrir con estampillas. Por eso este procedimiento es muy usado en quemaduras extensas, las cuales se injertan a las 2 ó 3 semanas, sobre tejido de granulación y a veces hay escasas zonas dadoras para grandes pérdidas de piel.

El problema es a veces angustiante: hay que cubrir todo lo más que se pueda de las áreas granulantes para suprimir vías de drenaje al exterior de las proteínas sanguíneas y focos de infección y reabsorción tóxica. En estos enfermos infectados, anémicos y en hipoproteinemia, el injerto Thiersch, es decir el injerto delgado de piel es un recurso salvavida. El y la transfusión es lo único que salva al quemado grave que ha sobrevivido al período del shock.

Las zonas dadoras pueden volver a utilizarse si es necesario. También para multiplicar la superficie del injerto se ha recurrido al empleo de aparatos que laminan en 2 ó 3 hojas muy delgadas a la piel y entonces se puede así cubrir áreas 2 ó 3 veces mayores que la zona dadora.

Pero ni aun así, a veces se consigue suficiente piel en el propio individuo para cubrir áreas quemadas. Entonces se puede recurrir a piel conservada en la heladera, enfriada o congelada de otros individuos (dadores) o de cadáver. Débese tener presente sin embargo que el empleo de piel de otro individuo, sea fresca o conservada, se implanta y vive injertada sólo unas semanas y al cabo de 30 ó 40 días se elimina mortificada. A pesar de ello, como recurso heroico, debe utilizarse cuando sea necesario.

Finalmente el cirujano general a menudo se encuentra frente a áreas granulantes infectadas con supuración crónica y estas áreas son pequeñas y de superficie lisa (úlceras de pierna) o anfactuosas como son los trayectos de cavidades supurantes. Entonces puede realizar sobre el tejido de granulación limpio y lo más aséptico posible o dentro de él (en su espesor) el pequeño injerto profundo de piel que se obtiene levantando

un cono de piel dadora con una aguja y cortando perpendicularmente por debajo con un bisturí (pinch graft, o injerto pellizado, o injerto Davis, etc.)

Se obtiene un disco de piel que en la periferia es de tipo Thiersch y en el centro lleva todo el dermis, es decir de tipo Wolfe.

Tiene la ventaja de fácil implantación y ofrece un firme núcleo de piel que es un centro de regeneración muy activo.

ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA PARA EL IV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SEÑOR COORDINADOR. — Se han propuesto los siguientes temas:

- 1º Reparación tendinosa;
- 2º Tratamiento de las avulsiones cutáneas de la mano;
- 3º Tratamiento de la fisura palatina;
- 4º Tratamiento de las heridas palpebrales;

SEÑOR COORDINADOR. — Se va a votar. (Se vota).

SEÑOR COORDINADOR. — De acuerdo con la votación realizada queda elegido el tema "Reparación tendinosa" para el IV Congreso a realizarse en 1953.
