

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE LA CARA

Dr. Alberto Rubén Ardao

El tratamiento de las quemaduras de la cara (y del cuello y cuero cabelludo que frecuentemente le acompañan) plantean problemas generales a toda quemadura y problemas especiales a esta localización. Estos problemas especiales derivan de los caracteres anátomo-funcionales de la cara, que son:

1º) *La rica vascularización.* Ella hace que la reacción vascular sea muy intensa, aún frente a quemaduras de poca intensidad o de áreas reducidas.

2º) *La abundancia de espacios celulosos y la ausencia de aponeurosis.* Estos dos factores, unidos a la rica vascularización, dan razón de la importancia y la extensión del edema, que adquiere grandes proporciones en labios y párpados. Ellos facilitan, además, la difusión de este edema a regiones vecinas como el cuello. En éste el edema puede comprometer las vías respiratorias y aun obligar a una traqueotomía de urgencia.

3º) *La presencia de músculos cutáneos.* Tienen un destino funcional especial y las quemaduras pueden alterarlos de tal modo que dejen importantes secuelas funcionales.

4º) *El contacto de la piel con el esqueleto.* Especialmente en la vecindad de los orificios oculares, nasal y bucal, en la mastoides, zigoma, malar y ángulo de la mandíbula. Las quemaduras profundas pueden exponer el esqueleto en esos sitios.

5) *La presencia de orificios y de órganos altamente diferenciados y la vecindad de cavidades sépticas.* Los orificios bucal, nasales, oculares y auriculares pueden sufrir graves trastornos funcionales en la etapa aguda de la quemadura o a consecuencia de secuelas de éstas. A través de ellos cavidades sépticas comunican con las áreas quemadas y sus secreciones pueden contaminarlas. Esas cavidades pueden, a su vez, estar quemadas, lo mismo que los ojos o los párpados, planteándose entonces problemas especiales de tratamiento.

6º) *La gran movilidad.* Debido a ello es muy difícil o imposible lograr la inmovilización de las áreas quemadas. Además, se producen fisuras junto a los orificios y en los pliegues que agravan

las lesiones y facilitan la infección.

7) *La comunicación con las vías respiratorias.* A causa de esto pueden quemarse también la boca, nariz, faringe, laringe y, aún, los bronquios y los pulmones. Esto es más frecuente en quemaduras de guerra y en la práctica civil se ve en quemaduras que se acompañan de explosión. La inspiración que realiza el enfermo en ese momento permite que se produzca este tipo de quemadura. El shock es siempre muy importante debido al dolor intenso y a la dificultad respiratoria. El edema de las mucosas y del cuello es muy importante y la obstrucción respiratoria puede obligar a una traqueotomía.

8º) *La presencia de pelos.* Generalmente la quemadura del cuero cabelludo acompaña a la de la cara y la presencia de pelos en él facilita la infección.

9º) *Las distintas características de la piel en distintas zonas de la cara.* La piel y sus relaciones con los tejidos profundos varía mucho aún en zonas vecinas a causa de distinto origen embriológico y de distinta adaptación funcional. La de los párpados es muy fina, muy móvil y asienta sobre un tejido celular laxo; la de la mejilla es más gruesa y más adherente al tejido subcutáneo; la de los labios adhiere al orbicular y es muy móvil; la del mentón es gruesa y sirve de inserción a músculos que, por otro lado, se fijan al esqueleto; la del cuello es delgada, muy móvil y adherente al cutáneo excepto en una zona triangular mediana; la del cuero cabelludo es muy gruesa y provista de pelos; la de las orejas es delgada y asienta sobre el pericondrio, como la de parte de la nariz; la de la frente es gruesa y móvil. Cada una de ellas presenta problemas especiales de tratamiento.

10) *La presencia de órganos con cartilago.* La infección de las quemaduras de las orejas ocasionan a menudo pericondritis supuradas con necrosis más o menos amplia del cartilago.

11) *La importancia del problema funcional y estético.* En cualquier región del cuerpo el problema funcional en las quemaduras es muy importante, pero lo es particularmente en la cara, como lo es también en las manos. Sus secuelas pueden ser muy graves: ceguera, estenosis orificiales, rigideces, cicatrices viciosas, perturbaciones de la movilidad, ectropion, bridas, etc.

Lo mismo se puede decir para el factor estético que, es lógico, asciende a primer plano en las quemaduras de la cara.

Todos estos factores que derivan de las particularidades anatómicas, funcionales y estéticas de la cara, cuello y cuero cabelludo, tienen su proyección en el tratamiento de las quemaduras. Cada uno de ellos debe ser analizado, valorado en su alteración y debe ser tenido en cuenta en ocasión del tratamiento de la etapa aguda de la misma.

A menudo la quemadura de la cara forma parte de una quema-

dura extensa. Se plantean entonces los problemas del tratamiento de un gran quemado en el cual domina el tratamiento general para prevenir el shock, la infección y la toxemia. Cuando sólo se halla quemada la cara, el cuello y el cuero cabelludo, no se producen, en general, los graves trastornos del shock y desequilibrio humoral, a pesar de que la pérdida de plasma es relativamente amplia debido a la rica vascularización y a la amplitud de los espacios celulosos. La cara representa un 3% de la superficie corporal y la cabeza entera un 6%. En los niños esta proporción es mayor y en ellos estas quemaduras de la cabeza pueden ser chocantes.

El tratamiento de la quemadura de la cara en su etapa aguda está dirigido a preservar las funciones de las estructuras faciales, cavidades anexas y las vías respiratorias y a la prevención de las deformidades.

El tratamiento local debe ser realizado en la sala de operaciones y bajo anestesia general. No debe ser utilizado como único anestésico el pentothal porque no suprime el espasmo laríngeo y puede estar contraindicado en los casos de quemaduras de la laringe con edema de la mucosa y de los espacios celulosos profundos del cuello. Ello obliga a la anestesia por inhalación y a la intubación traqueal para asegurarse una vía de aire.

La cara, el cuello y el cuero cabelludo deben ser afeitados totalmente para facilitar la limpieza del área quemada y para tener un exacto control de la magnitud y profundidad de las mismas. El cirujano debe trabajar cómodamente, con ayudante e instrumentista que colaboren haciendo así más rápidas y eficaces las maniobras.

El área quemada debe ser lavada cuidadosamente con algodón mojado con agentes detersores (cetavlon al 1% o jabón líquido) eliminando las suciedades, grasa, cuerpos extraños, etc. El lavado debe ser suave y cuidadoso evitando injuriar las áreas de piel conservada y se debe evitar el sangrado porque abre puertas a la infección, porque provoca mayor cicatriz y porque desproteiniza al enfermo. Las flictenas deben recortarse, pero las de las orejas no para evitar exponer el pericondrio y el cartílago con el consiguiente riesgo de condritis y pericondritis supurada y necrosis del mismo. Al cabo de seis u ocho días, cuando adquieren aspecto turbio, puriforme, deben ser también recortadas. Algunos aconsejan no reseca ninguna flictena. Las áreas necrosadas deben ser ressecadas precozmente con pinza de disección y tijera en la 1ª curación cuando ellas son evidentes, lo que ocurre en las quemaduras por ácido o eléctricas.

Algunos practican la curación cerrada cubriendo, luego de la 1ª curación, las áreas quemadas con tull-grass y aplicando un vendaje compresivo para facilitar el retorno venoso y combatir el edema, dejando orificios en el vendaje para los ojos, la boca y la nariz. Nosotros somos partidarios del tratamiento abierto, es decir, dejando la quemadura al aire.

Esto exige la aplicación de una tienda de gasa para evitar el

contacto de las moscas. El método abierto tiene varias ventajas: la posibilidad de aplicación reiterada de bacteriostáticos en suspensiones líquidas (por ejemplo, sulfanilamida al 5 o 10% en aceite de olivas) sobre las áreas quemadas; la acción secante del aire; la observación directa de las lesiones; el control y lavado de los ojos; la alimentación y control de la saliva (sobre todo en niños); la posibilidad de realizar escisiones quirúrgicas en el momento que se crea necesario; además, es más confortable para el enfermo. En las quemaduras de la cara es más difícil que en otros lados darse cuenta de la gravedad de las mismas y, en general, a pesar de su mal aspecto, se recuperan más de lo que se podría esperar. El método abierto de tratamiento permite, al cabo de pocos días, hacerse una idea completa de la gravedad de la quemadura.

En los días siguientes, en las quemaduras superficiales, las áreas quemadas se cubren de costras melicéricas, que no hay que retirar, debajo de las cuales se produce la epitelización. Al cabo de 10 o 15 días caen lentamente esas costras y las áreas quemadas se hallan epitelizadas y de color rojizo, recuperando la piel su aspecto normal en pocos días más.

Si el edema del cuello fuera muy importante y amenazara la respiración se ha aconsejado practicar incisiones de la fascia profunda para darle salida o, aún, llegar a la traquetomía de urgencia.

El enfermo debe ser colocado en cama en posición sentada o semisentada. Se administrarán antibióticos por vía general. Asimismo es importante la colocación de un catéter nasal al estómago para alimentar e hidratar correctamente al quemado; el quemado grave a menudo no se alimenta y se deshidrata por la misma quemadura y por vómitos severos, a veces. Los quemados graves muy a menudo llegan al delirio o al coma y es entonces vital la alimentación e hidratación por sonda.

El área quemada con pérdida total de piel, como en cualquier otra parte del cuerpo, debe estar en condiciones de aceptar un injerto alrededor de los 20 días de la quemadura.

Cuando existe quemadura de la boca, faringe y vías respiratorias, el tratamiento debe estar dirigido a mantener una vía de aire libre. Las áreas de mucosa quemada deben ser repetidamente humedecidas con algodón mojado en bicarbonato de sodio aplicándose luego glicerina con lo que se evita el pasaje de exudados al tractus respiratorio. El edema debe ser combatido colocando hielo sobre el cuello salvo que éste esté también quemado y por medio de pulverizaciones en la garganta de tanto en tanto con cocaína y adrenalina. La traqueotomía puede ser necesaria en las quemaduras por inhalación de llama y aún en las quemaduras intraorales en las que el edema y tumefacción de la lengua, faringe y epiglotis son progresivos. En general son suficientes las medidas conservadoras, pero si no se logra éxito con ellas, no debe titubearse en realizar la traqueotomía antes de que el enfermo llegue a la gravedad ex-

trema.

El resultado del tratamiento de las quemaduras de la cara debe ser apreciado desde tres puntos de vista: anatómico, estético y funcional.

Las quemaduras de la cara pueden ser con pérdida parcial de piel, con pérdida total de piel o con destrucción de estructuras profundas, (huesos, cartílago, ojos, etc.). Del punto de vista de las directivas del tratamiento, para las con pérdida parcial de piel, ellas son muy simples pues la reparación es espontánea y la misión del médico consiste en evitar que la infección o el traumatismo interfieran con el proceso normal de la autoregeneración.

En las quemaduras con pérdida completa de piel, el tratamiento de la etapa aguda debe estar dirigido a lograr que el área quemada esté en condiciones de aceptar un injerto de piel libre alrededor de la 3ª semana. Esto no quiere decir que este injerto sea el tratamiento definitivo pudiendo ser solamente la fase intermediaria para la cobertura definitiva mediante colgajos locales o distantes que se realizarán entonces ulteriormente en un medio aséptico y sin el riesgo de malograr el resultado como ocurriría en una intervención de ese tipo sobre un área granulante infectada.

Finalmente, las quemaduras con destrucción de los planos y órganos profundos constituyen un problema de reparación secundaria. El tratamiento de las secuelas cicatriciales de este tipo grave de quemadura constituye el campo de una verdadera especialidad de cada región de la cara o cuello dentro de la cirugía plástica y reparadora. Cada enfermo y cada región constituyen un problema particular. Sobre estos aspectos no vamos a entrar; constituyen capítulos en plena evolución y aún no terminados dentro de las diversas especialidades y requieren, según los casos, la colaboración del cirujano plástico, del cirujano dental o del cirujano ocular. Se puede reconstruir párpados, orejas, narices enteras, etc., todo lo cual se realiza teniendo en cuenta dos aspectos: el funcional y el estético. Es alentador comprobar como día a día se amplía este campo y como surgen técnicas nuevas en busca de un mayor perfeccionamiento en la corrección de las deformidades, secuelas de quemaduras de la cara.