

## CIRUGIA PLASTICA EN LOS TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

*Dr. Pedro V. Pedemonte.*

*Jefe de la Seccional de Cirugía  
Plástica del Int. Traumatológico.*

La cirugía plástica día a día ensancha cada vez más su campo de acción. Puede asegurarse que no hay especialidad quirúrgica que en algunos de sus puntos esta cirugía no tenga intervención. En la Traumatología y en la Ortopedia ella contribuye muy frecuentemente a resolver los problemas terapéuticos que presentan los pacientes de estas especialidades. Es que la cirugía plástica se halla muy próxima a la ortopédica y la traumatológica. La primera es esencialmente reparadora; las dos últimas en gran parte participan de esta finalidad terapéutica.

En los traumatismos raqui-medulares la cirugía plástica tiene formal indicación en lo que se relaciona con las éscaras de decúbito que pueden presentar estos pacientes. Es sobre este particular, que nos ocuparemos en esta comunicación comentando sus principales puntos.

### *PREVENCIÓN.*

La verdad fundamental sobre la éscaras de decúbito en los traumatismos raqui-medulares es que ella es una complicación; más aún, una complicación fácilmente evitable y el principal concepto que hay que establecer e imponer es que aquí tiene todo su gran valor el aforismo “de que vale más prevenir que curar”.

En tiempos no muy alejados estas éscaras eran la complicación casi fatal de las fracturas de columna con paraplejía y la causa más frecuente de la muerte de estos pacientes.

La especialización y la mejor organización redujo en forma considerable el porcentaje de su aparición. En Centros, Servicios o Institutos dedicados exclusivamente al cuidado de los traumatizados del raqui; y médula estas complicaciones han desaparecido completamente o se ven sólo en forma excepcional.

Es indudable que el porcentaje de estas complicaciones está en **relación** inversa con el grado de especialización y organización.

La medida que las previene y evita es bien sencilla: eliminar la **presión** prolongada cambiando al enfermo de posición cada 2 horas noche y día.

La **éscara** de decúbito tiene en su fisiopatología 4 factores principales: 2 intrínsecos y 2 extrínsecos.

Los 2 intrínsecos, son: 1º) Disminución de la resistencia de los tejidos a soportar presión por la pérdida de control vaso-motor que conduce a un descenso del tono en el campo vascular de las partes paralizadas y 2º) La pérdida sensorial y por lo tanto de todo el natural sistema de defensa a las presiones anormales en intensidad y sobre todo en duración. Los 2 extrínsecos son: 1º) La humedad y 2º) La presión.

Imposible es actuar en forma inmediata sobre los factores intrínsecos, por lo que nuestro deber es dirigir nuestra atención desde el primer momento sobre los extrínsecos, evitando que el enfermo se moje y más aún permanezca mojado y eliminar la presión, actuando prolongadamente sobre un mismo punto del cuerpo.

Esto como ya lo hemos dicho, es fundamental y se conseguirá cambiando cada 2 horas, la posición del enfermo.

Personal entrenado es necesario. Hay que saber manejar un parapléjico; parece cosa sencilla pero no lo es tanto. Sobre todo si al traumatismo raqui-medular se ha sumado un grave trauma torácico o craneo encefálico, cosa no muy rara.

Enfermo desprovisto de todas sus ropas, cuidadoso aseo de la piel, vigilancia de la cama, colchón de resistencia mediana, sábanas suaves y sin arrugas son detalles de gran importancia en la prevención de la aparición de las **éscaras**.

Fisioterapia en forma de masaje y movilización pasiva de todas las articulaciones contribuye grandemente a la recuperación trófica tisular y a la mejoría general del paciente.

Las almohadillas de goma insopladas de aire son muy recomendables para el apoyo de los miembros paralizados.

Estas medidas preventivas deben ser comenzadas desde el primer día ya que es en el período de shock que la resistencia tisular está más disminuída.

El lecho de yeso que en un tiempo no lejano se consideró de gran utilidad para evitar las **éscaras** porque se admitía que repartía uniformemente la presión, ha sido totalmente abandonado porque la experiencia ha demostrado que es más perjudicial que beneficioso.

#### **TRATAMIENTO:**

Una vez originada la **éscara** de decúbito debe ser tratada. Dejada a su evolución espontánea su curación se medirá por años.

Su tratamiento comprende 2 tiempos fundamentales; la resección y la reparación plástica de la brecha dejada por la resección.

Los tejidos mortificados o necrosados que pueden ser piel, tejido celular, aponeurosis, ligamentos, músculo, periostio y aún hueso, deben ser eliminados quirúrgicamente.

Esta desinfección quirúrgica debe ser realizada en sala de operaciones y de manera total.

Es un grave error realizar resecciones parciales en la sala común de los enfermos y por personal secundario.

Esta excisión puede ser efectuada en cualquier momento de la evolución del paciente y la total eliminación de estos tejidos muertos o desvitalizados contribuirá grandemente a la mejoría del paciente.

En el problema de la reparación un concepto es fundamental; él se refiere al momento de su realización. Nunca debe procederse a la reparación plástica de la brecha dejada por la resección de la escara, si el estado general del paciente no sólo es bueno sino excelente.

Se entiende que el estado local de la herida permitirá su tratamiento.

La anemia y la hipoproteinemia es indicación de diferir la reparación.

No debe descuidarse nunca el tratamiento general; combatir la deficiencia biológica, mantener el balance nitrogenado y eliminar la anemia es fundamental.

Repetidas transfusiones, dietas de alta concentración proteica y la vitamioterapia serán de gran beneficio.

El concepto de que la reparación plástica no debe ser realizada sino en momento oportuno está basado en la disminución biológica de los tejidos y en nuestra experiencia personal. Más de una vez hemos fracasado en la reparación al no tener perfectamente en cuenta este importante concepto.

Ahora hemos aprendido que es fundamental para proceder a la reparación que el enfermo está totalmente recuperado y que sus tejidos hayan readquirido un elevado grado de vitalidad.

#### *TECNICA:*

Hemos dicho ya que la resección de los tejidos necrosados debe ser completa. Si no los elimina el cirujano en pocos minutos lo hará el enfermo en semanas o meses comprometiendo y complicando las cosas desde el punto de vista local y general.

Recordar que las capacidades defensivas de estos pacientes están muy disminuídas y que la eliminación por parte del enfermo se realizará de manera lenta y penosa por peligro siempre presente de la infección.

En cuanto a la técnica de la resección un concepto es de gran valor: eliminación en block de todos los tejidos mortificados. Considerar la escara como un tumor y entrar y salir en tejido sano no olvidando que en profundidad a veces habrá que ir hasta el hueso,

como ocurre frecuentemente en las éscaras isquiáticas trocantéricas o del talón del pie.

Resección en sala de operaciones y bajo abundante transfusión sanguínea. Esta resección provoca una hemorragia capaz de agravar el estado general de estos pacientes en equilibrio clínico y biológico inestable.

Hemostasis perfecta es fundamental. La hemorragia es en ropa y compresas empapadas en suero caliente y mucha paciencia son necesarias.

El momento oportuno de la reparación estará dado por la clínica y el laboratorio, aparte del estado local de la herida.

No nos corresponde entrar en detalles: señalaremos principios generales de la reparación. En éscaras superficiales, el injerto libre de piel tipo Ollier Thiersh está indicado. Como la curación en esta región es muy difícil de hacer bien, es necesario suturar el injerto e inmovilizarlo atando hilos sobre colchoncillo de algodón.

En las profundas — las más comunes — sacras, sacro coxígeas, trocantéricas o isquiáticas, las plastias directoras y los colgajos rotados locales son los más indicados.

El tipo de plastia o de los colgajos estará en relación con la topografía, tamaño y forma de la éscara. El doble colgajo glúteo preconizado por Kilner y utilizado como regla en el Centro Nacional para traumatizados Raqui-medulares de Inglaterra que dirige el Prof. Guttman, es el más empleado por los cirujanos y según nuestra experiencia lo encontramos de gran utilidad. La plastia a varios colgajos, como la preconizada por Pitt tiene también formal indicación.

En el manejo de los colgajos recordar 3 principios fundamentales de cirugía plástica: movilización amplia de los colgajos, hemostasis perfecta y sutura sin tensión.

El drenaje es fundamental ya que por mejor que sea realizada la hemostasis siempre hay acumulación de líquido por debajo de los colgajos rotados.

Los colgajos rotados desde las zonas no paralizadas, hacia las paralizadas, preconizados por algunos cirujanos americanos del norte, parecen lógicos y tienen indicación formal dada su mayor vitalidad.

No tenemos experiencia en su empleo.

### *RESUMEN GENERAL*

- 1º Las éscaras de decúbito son complicaciones evitables en los traumatismos raquimedulares graves.
- 2º Su porcentaje de aparición está en directa relación inversa con el grado de especialización y organización.
- 3º Las medidas para evitarlas son sencillas y, con personal entrenado, fáciles de realizar.

- 4º Su tratamiento quirúrgico comprende 2 tiempos fundamentales, la resección y la reparación plástica.
- 5º La resección debe ser realizada en block en sala de operaciones y puede ser efectuada en cualquier momento; será de gran beneficio en la mejoría local y general del paciente.
- 6º La reparación plástica no debe, en cambio, ser realizada sino en el momento oportuno, es decir, cuando el estado general del paciente no sólo es bueno, sino excelente.