

CIRUGIA A CORAZON ABIERTO

Discusión

Dr. JOSE LUIS ROGLIA (leído por el Dr. Luis A. Surraco).-- Voy a pronunciar unas palabras que me ha dado por escrito el Dr. Roglia, con su opinión para clausurar esta sesión.

"Siento no poder contestar individualmente. Algún beneficio hubiera podido surgir de la discusión. Con todo, encuentro interesantes los diferentes aportes, y como no podría ser de otra manera, todos han venido a complementar el relato.

"Agradezco especialmente al Dr. Abó por las palabras elogiosas que ha tenido para conmigo.

"Como les dijera el Dr. Alfredo Blalock en un Congreso, a los cirujanos Lillehei y Kirklin, «cuando ustedes tengan la edad que yo tengo se quedarán »asumbrados, como yo lo estoy, del empleo de la circulación extracorpórea en »la cirugía a cielo abierto del corazón». Y dijo el mismo Blalock más adelante: «La cirugía del corazón progresa tan velozmente que se antepone a »nuestros propios pensamientos. No me cabe duda que dentro de pocos años »los corazones artificiales que usamos estarán fuera de moda».

"A fines del año 1951, en una conferencia que pronunciamos en el Servicio del Prof. Chifflet, fuimos interrogados acerca del empleo del corazón artificial, y contestamos en ese entonces: «Estamos casi seguros que antes de cinco »años se estará operando usando el corazón artificial». Nos equivocamos, pero en el sentido de que fue mucho antes de lo que pensábamos que se empezó a operar con el corazón artificial.

"En efecto, en el año 1953, Gibbon operó su primer caso, y en 1954, Lillehei presenta una serie importante de casos de comunicaciones interventriculares operados con extracorpórea.

"En el momento actual suman miles los casos operados en Estados Unidos con esta técnica.

"Parafraseando ahora a Blalock, diremos también que no nos cabe duda de que en el correr de los próximos años toda la cirugía de las cardiopatías, tanto congénitas como adquiridas, será practicada con el corazón artificial.

"Todavía queda un lugar reservado para la cirugía hecha con hipotermia. Pero serán sólo aquellas lesiones muy simples que puedan ser diagnosticadas seguramente y operadas en un plazo muy breve, tales como la estenosis pulmonar valvular aislada y la comunicación interauricular del tipo Ostium secundum.

"Operando con circulación extracorpórea se ha encontrado que cada día se ven más estenosis infundibulares acompañando a las estenosis valvulares de las arterias pulmonares. Cada día se ven, también, más lesiones complejas del tabique interauricular, como ser: defectos altos con desembocadura anormal parcial de las venas pulmonares, Ostium primum, canal atrioventricular común, o comunicaciones interauriculares tan amplias que requieren para su reparación la colocación de un parche de Ivalon.

"Estas lesiones no siempre pueden ser diagnosticadas con seguridad antes de la intervención quirúrgica, y es evidente que operando con hipotermia no se puede perder mucho tiempo en la exploración quirúrgica, así como tampoco nos da el tiempo para reparar esas lesiones.

"Como cuestión de hecho, cuando estuvimos en Estados Unidos, en 1956, pudimos comprobar que Lillehei, de Minneapolis, Denton Cooley, de Houston, y que el gran cirujano de la Mayo Clinic, John Kirklin, habían abandonado totalmente el empleo de la hipotermia en la cirugía a cielo abierto de corazón, y sólo operaban con circulación extracorpórea.

"En este momento, entre los tres cirujanos totalizaban cerca de un millar de operaciones de corazón usando la circulación extracorpórea.

"Para finalizar, agradezco la contribución de los que hicieron uso de la palabra; agradezco también al Prof. Eduardo Palma por las palabras que pronunciara en el pasado Congreso al proponerme como Relator. Doy las gracias a las autoridades del Hospital Italiano por haberme prestado apoyo material y espiritual en la realización de nuestra labor, y a nuestros colaboradores, que con su esfuerzo nos han permitido realizar este trabajo experimental.

"Y por último, a todos ustedes, que han tenido la paciencia de escuchar nos, muchas gracias."

Dr. VICTOR ARMAND UGON. La Presidencia del Congreso siente que tiene el deber y la agradable obligación de felicitar efusivamente al Dr. Roglia y colaboradores del Hospital Italiano, y al equipo del Hospital de Clínicas que orienta el Dr. Dighiero, por el brillo de esta sesión científica del Congreso, dedicada a la cirugía de avanzada, como lo es, sin duda, la cirugía a corazón abierto de las malformaciones cardíacas.

Esta sesión plenaria, a través de los relatos, correlatos y contribuciones, ha sido de la más elevada jerarquía científica.

A todos los participantes, gracias, por el brillante aporte que han hecho a la medicina nacional.

9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA

Martes 9 de diciembre

*Ocupan la Mesa los doctores Héctor A. Ardao, Miguel Correa Iturraspe
(Argentina), Fortunato Benaim (Argentina), Julián Fernández
(Argentina) y Aníbal Sanjinés*

TEMA:

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS
DE QUEMADURAS

COORDINADOR:

Dr. HECTOR A. ARDAO

PONENTES:

“Secuelas de las quemaduras de la cara”: *Dr. Jorge De Vecchi.*
“Secuelas de las quemaduras de los miembros”: *Dr. Guillermo Fossati.*
“Secuelas de las quemaduras del cuello”: *Dr. Gonzalo Cáceres.*
“Cáncer de las quemaduras”: *Dr. Guido Negrin.*

PREGUNTAS

DISCUSION

SECUELAS DE LAS QUEMADURAS DE LA CARA *

Dr. JORGE DE VECCHI

El estudio de las secuelas de las quemaduras de la cara, desde el punto de vista práctico, es tan vasto y tan importante, y toca tantos temas de la cirugía plástica general, que en realidad casi se puede decir que uno sólo de los problemas de reconstrucción daría para un Congreso de Cirugía Plástica.

No obstante, trataremos de hacer un breve resumen dentro del tiempo de que disponemos, mostrando los problemas fundamentales y las principales posibilidades desde el punto de vista de la cirugía plástica.

Nos ha parecido de interés presentar a este Congreso, en primer lugar, una clasificación de las secuelas de quemaduras de cara, clasificación basada en lo que se sigue para las quemaduras en general, en el Instituto de Quemados en Buenos Aires, y que ha presentado en las primeras Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica, el Dr. Benain.

En ese sentido, hemos clasificado las secuelas de quemaduras en leves, moderadas, graves y críticas.

Desde el punto de vista práctico, las leves son las secuelas que suceden a las quemaduras de primer grado, y que están caracterizadas, en general, por una pigmentación pasajera.

Esta pigmentación pasajera que no tendría ninguna trascendencia en el hombre, suele preocupar a la mujer quemada y, sobre todo, a las madres de los niños quemados. Esta pigmentación es absolutamente intrascendente y desaparece sin mayor

* Por no haber sido entregado el trabajo escrito, se publica la versión taquigráfica. (Nota de Secretaría.)

tratamiento, con sólo no permitir la exposición al sol, y si ella es imprescindible, colocando en el lugar, pomada a base de ácido paraaminosalicílico, que tiene la acción de filtrar los rayos ultravioletas.

Las quemaduras moderadas son de dos grupos: las que provocan una pigmentación definitiva de la cara y las que dejan cicatrices pequeñas, con problemas pequeños de plástica a resolver.

Las de pigmentación definitiva tienen dos soluciones: solución dermatológica y solución quirúrgica. La solución dermatológica se basa en el uso de pomadas a base de hidroquinona, que tendrían, como acción fundamental, penetrando a través de la piel, provocar una movilización de los pigmentos.

Hemos hecho, en algunos casos, lijados, vale decir, pulidos quirúrgicos de las zonas pigmentadas, y es realmente muy interesante lo que se consigue con este procedimiento, que es sencillo, fácil, rápido, y que permite una recuperación prácticamente completa al cabo de siete u ocho días.

No obstante, voy a insistir en dos cosas, que a nuestro juicio son muy importantes. La primera, no usar nunca cepillos chicos. En efecto, las zonas quemadas pigmentadas quedan con una dificultad grande para la regeneración de la piel, y hay que intentar a toda costa que el pulido sea lo más superficial posible. En este sentido son muy útiles los cepillos de Robin, de la casa Robin, grandes, de no menos de un centímetro de ancho, y que permiten un pulido muy superficial.

También es muy importante en estas quemaduras, tratarlas con anestesia local y no usar congelación, que tiene, desde el punto de vista práctico, el peligro de quemar la piel periférica.

De manera que en estas pigmentaciones definitivas habrían dos soluciones: una sobre la cual no tenemos ninguna experiencia, que es el uso de pomadas a base de hidroquinona, y en segundo lugar algo sobre lo cual tenemos experiencia, que es el pulido quirúrgico, cuya eficacia es espectacular en algunas pigmentaciones de las quemaduras, siempre y cuando se haga superficialmente.

Es preferible repetir dos o tres veces un pulido a hacer un pulido demasiado profundo. Y para no hacer un pulido profun-

do hay que usar aparatos de gran velocidad, de no menos de quince mil revoluciones por minuto y, fundamentalmente, cepillos de acero inoxidable.

Cuando persiste la cicatriz, como ocurre muy a menudo en las zonas comisurales, al nivel del mentón, o en la parte alta de la frente, se puede usar la resección quirúrgica haciendo plastias en Z.

Ahora es fundamental, desde el punto de vista del tratamiento de estas cicatrices, establecer exactamente el período biológico en que se encuentran. Las cicatrices pequeñas de quemaduras que llevan a la consulta, son en general cicatrices hipertróficas, es decir, son cicatrices patológicas.

Nosotros hemos aprendido, con la escuela argentina de Malbeck, a clasificar desde el punto de vista práctico el queloide en tres etapas. El queloide propiamente dicho o el queloide fibroblástico; el queloide un poco más maduro, o sea fibroso; y por último la etapa de cicatrización completa, llamada por ellos el período hialino.

Esta clasificación tiene importancia fundamental desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista terapéutico. En el primer período o período fibroblástico, el queloide es una cicatriz hipertrófica, edematosa, roja, que duele y que pica, y que está en pleno empuje. En este momento no se debe hacer ninguna clase de operación. En ese momento no se debe hacer absolutamente nada porque en realidad es una enfermedad que no sólo toma las pequeñas cicatrices sino que toma todo tejido de alrededor. El cirujano debe, pues, esperar que pase ese período agudo y recurrir a procedimientos menos agresivos que la cirugía.

En ese sentido contamos con algunas cosas. Primero, el tiempo. Hemos aprendido, al lado del Dr. Héctor Ardao que es fundamental, desde el punto de vista de la evolución de las cicatrices, esperar un tiempo no menor de seis meses antes de reintervenir sobre ellas. Uno debe frenar la impaciencia de las madres en los niños o en las mujeres con quemaduras de cara, y esperar que la cicatriz haya envejecido para tratarlas. Es mejor tratar una cicatriz pequeña y no un gran ambiente de cicatriz, que lleva definitivamente al desastre.

Podemos ayudarnos en este período con dos procedimientos: con los procedimientos de radioterapia, ya sea bajo la forma de radioterapia o de radio. En estos momentos hemos recurrido, en algunas oportunidades, a radioterapeutas.

No voy a decir más que eso. El problema de la radioterapia es ultraspecializado y debe ser el radioterapeuta quien indique las dosis y la conveniencia de ello.

También podemos contar con los córticoesteroides, y en ese sentido tenemos bastante experiencia en el tratamiento de los córticoesteroides por vía percutánea, vale decir, por pomadas, pomadas que se aplican una vez al día, durante cinco minutos, por masajes suaves, que se pueden aplicar por inyección dentro del queloide, y que actualmente la escuela argentina de Malbeck y Manzini está intentando introducir a través de la piel por ionización.

La gravísima dificultad de la ionización, que sería seguramente el procedimiento ideal para el tratamiento de queloides, es el alto costo, porque hay que reducir la cortisona a un estado químico especial, que hace que se reduzca aproximadamente ciento cincuenta veces su volumen, de tal manera que lo que queda para ionizar es muy poquita sustancia que da para muy pequeñas zonas de ionización. Ellos están tratando de ver si es posible resolver el problema de la ionización a través del queloide.

Mientras tanto no se consiga esto, podemos usar la córticoesterona por boca, bajo la forma de deltacortone. Ultimamente hemos usado el quenacor, que es una forma atóxica y que no produce trastornos psíquicos, en la dosis de veinte, de quince y de diez miligramos, de acuerdo con la edad del sujeto. También son muy útiles los masajes a repetición durante todos los días, masajes de cinco minutos; y la inyección local intracicatriz del queloide.

Malbeck nos mostró una niña de 6 años, en la que era realmente maravilloso lo que habían conseguido. De un lado tenía dos cicatrices queloides lineales de las zonas comisurales; en el lado derecho le habían inyectado durante dos meses hidrocortona local; y del otro lado no le habían hecho nada. En el lado derecho prácticamente quedaba una pequeña línea pálida, que uno más la tocaba que la veía; en tanto que del otro lado había un

cordón rojo que dolía y que picaba. Es un caso experimental. Yo se lo transmití a mis compañeros a mi vuelta del viaje a Buenos Aires. Y me convenció absolutamente de que en el tratamiento local para ese tipo de heridas era una maravilla la hidrocortona. Creo que vale la pena que insistamos un poco más en este aspecto del problema, porque es el aspecto en que, sobre todo los cirujanos generales, pueden hacer algo por estos enfermos.

Como cosa absoluta y definitiva, en la cicatriz joven, en la cicatriz roja, que pica y que duele, no cirugía; esperar que la cicatriz madure; saber que el queloide pasa por tres etapas: por la etapa fibroblástica, en que está al máximo toda su biología patológica —edema; vascularización y fibroblastos—; su segunda etapa, en que empieza la fibrosis; y su última etapa, en que empieza definitivamente el período de hialinización.

Voy a decir, al pasar, otra cosa que es fundamental: es absurdo desde el punto de vista fisiopatológico usar el ácido hialurónico, mejor dicho, la hialuronidasa.

Desde el punto de vista químico actúa sobre los cuerpos del tipo de los glucósidos, y justamente los estudios de microquímica que han hecho Manzzini y sus colaboradores en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, demuestran que de estas sustancias no hay prácticamente nada a nivel de la zona del queloide. Es decir, que el uso empírico de la hialuronidasa y derivados en el tratamiento del queloide, sería una cosa absolutamente inútil desde el punto de vista práctico.

Recuerdo que comentábamos esto en el Centro de Cirugía Plástica, y el Dr. Ardao estaba de acuerdo en que no tenía en realidad una misión justificada el estudio de las inyecciones locales de hialuronidasa.

Ahora, una vez que la cicatriz maduró, o si se trata de una cicatriz antigua, es posible hacer pequeñas resecciones con plásticas en Z, que decolando bien, y haciendo bien la sutura, vale decir, en dos planos, y luego usando seda muy fina para suturar, se consiguen muy buenos resultados.

Hay un pequeño recurso, que es interesante, y consiste en lo siguiente: no hacer en cara, en general, cicatrices lineales, especialmente en las zonas que cruzan perpendicularmente la dirección de los músculos de cara, como pueden ser, por ejemplo,

las cicatrices de mejilla; no hacer nunca cicatrices lineales, quebrándolas con plastias en Z, especialmente por pequeñas zetas, que no tengan más de un centímetro. A los quince días de hecha la sutura y conseguido un buen resultado, se le hace un pulido quirúrgico, un pulido muy superficial. Ese pulido de la cicatriz recién plastiada en Z y hecha de acuerdo con todos los cánones en lo que se refiere a la sutura, produce un aplanamiento de la cicatriz.

A continuación del pulido quirúrgico, sabiendo que el que loide aparece en general entre los veinte y veinticinco días de vida de una cicatriz, nosotros colocamos sobre la cicatriz leucoplasto, tira emplástica. Confesamos que ignoramos en absoluto cuál es el mecanismo por el cual actúa la fijación de tira emplástica sobre la cicatriz de la cara para reducirla, pero el hecho concreto es que desde que las usamos tanto en labios como en cicatrices de cara, no hemos tenido una cicatriz hipertrófica.

Este leucoplasto, afirmado y aplicado sobre la cara, cosa que aprendimos de Malbeck, que lo usa sistemáticamente desde hace muchos años en la plastia del seno, permite conseguir cicatrices estupendas. Ese leucoplasto no debe quedar sobre la cicatriz menos de dos meses. La gente lo acepta muy gustosa porque se da cuenta del real beneficio que tiene la cicatriz con esa inmovilización local.

Ahora bien. Entrando en el tercer capítulo de nuestra clasificación de las quemaduras de cara, pasamos a las secuelas graves de quemaduras de cara.

Nos planteamos un primer problema: ¿pueden evitarse las secuelas graves de quemaduras de cara? ¿En qué consisten las secuelas graves? Consisten en las retracciones y en las cicatrices extensas. ¿Pueden evitarse? A veces, sí, y a veces, no. Hay veces en que el enfermo quemado tiene la cara quemada solamente, y entonces el cirujano plástico puede darse el lujo de limpiar, de mantener perfectamente bien una zona quemada, de reseca la escara, y de injertar con piel gruesa, que nos pueda poner a cubierto de una retracción definitiva. Pero la realidad es que, en general, el quemado de cara tiene una quemadura mayor, que tiene un treinta, un cuarenta, un cincuenta por ciento de quemadura, donde no hay zonas a disposición del cirujano

plástico para sacar grandes zonas extensas para quemadura, y donde se deben sacar injertos muy delgados, para cubrir la cara primero —naturalmente es lo primero que se debe injertar en un enfermo con una quemadura profunda—, pero con injertos delgados, que permitan retomar en esa zona dadora. Nosotros, con el dermatótomó eléctrico, hemos podido hacer en quemados graves retomas cada diez y seis, diez y ocho o veinte días, dando perfectos injertos delgaditos, que han permitido salvar alguna vez la vida de algunos de estos quemados muy graves.

De manera que cuando el quemado es un quemado grave, entonces lo que importa es la vida del sujeto, y lo que importa es cerrar esa cicatriz. Y hay que saber entonces que uno está preparando a un individuo que va a tener que ser definitivamente operado de su secuela de quemadura.

Lo mismo se puede decir en lo que se refiere a los ectropión de párpado.

Desde el punto de vista de las quemaduras graves, el ectropión de párpado puede ser en cierto modo inevitable. Nosotros hemos aprendido, también, a través de lo que vio Ardao en la última guerra, a suturar los párpados en las quemaduras de cara. Esta indicación, destinada a proteger el globo ocular, se debe cumplir casi de urgencia en un quemado importante de la cara y de los párpados. La tarsorrafia precoz permite salvar el ojo de la infección purulenta y en el mismo momento operatorio se debe proceder al injerto de piel libre en los párpados para la profilaxis del ectropión cuando sea posible la intervención sobre los párpados puede conducir, sino se vigilan, a la úlcera de la córnea por compresión sobre ella de puntos de sutura, compresión ejercida a través de un vendaje demasiado apretado. La úlcera de córnea por compresión se anuncia por un dolor persistente sobre lo cual debe estar prevenido el personal de sala a fin de informar rápidamente al cirujano operador. A este personal le estaba prohibido dar inyección a tales enfermos en el Servicio de Gillies, en la última guerra. En efecto, las lesiones de córnea por quemadura o por vendajes muy apretados, provocan en el sujeto lúcido intensos dolores, que son un síntoma notable, y que permite rápidamente descoser el párpado y salvarle al individuo el ojo. Pero si uno desprecia el dolor del enfermo

o si lo alivia por intermedio de analgésicos, lo que se consigue es que el individuo haga una escara de la córnea, perforación y una panoftalmia purulenta, que lo lleve a la ceguera.

De manera que es muy importante, cuando se pretende proteger al globo ocular en una quemadura profunda, considerar primero el estado de conciencia del individuo. Y no hacerlo si el individuo necesita, para el resto de sus quemaduras, analgésicos.

En las quemaduras críticas, se producen mutilaciones parciales o totales. Voy a pasar, para terminar, algunos dispositivos que muestran los grandes problemas de reconstrucción.

Aquí se ve una niña operada por nosotros en el Servicio del Prof. Yannicelli, que tiene un ectropión de un lado, y del otro lado un ectropión operado con un injerto de piel. Y muestra algunas de las típicas cicatrices hipertróficas que ocurren en los quemados, especialmente en estas zonas.

Cuando se va a injertar una cara quemada es fundamental saber que se ve mucho más y queda mucho más feo un injerto chico. En ese sentido, hay zonas a injertar. Una zona es la frente; otra, son las mejillas; otra, son los labios; otra, es el mentón; otra, la nariz; y otra, las zonas de los párpados.

Aquí vemos una quemadura en la etapa de cicatriz fibrosa, hialina, en la etapa en que se puede comenzar el tratamiento.

Por ejemplo, en esta enferma haríamos un injerto de piel al nivel de la nariz y otro al nivel de las mejillas. En general, cuando no hay graves deformaciones se prefiere el injerto de piel libre al colgaje. En efecto, es muy difícil que una quemada de esta zona haya perdido los músculos de la mímica. Si se coloca un colgajo grueso y muy acolchado, el sujeto queda con una cara deformada y con imposibilidad de tener nunca mas movimiento. En cambio, si se coloca un injerto delgado, se adapta sobre el músculo y el sujeto conserva la mímica.

Se reseca la cicatriz, se extiende ampliamente la zona estropeada, y sobre ella se coloca un injerto de piel de 0,30 a 0,50. Nosotros hacemos sistemáticamente la tarsografía y la dejamos no menos de seis meses, que es el plazo que en realidad demora en retraerse definitivamente un injerto de piel delgada.

Esta es una enferma tratada por nosotros por una quemadura por radium, en la que se le hizo un injerto de piel total. Estas cejas, en realidad pertenecen al cuero cabelludo.

En las pérdidas parciales de nariz y de párpado, se puede hacer el injerto compuesto, que está constituido por cartilagos y por piel.

En el Instituto de Quemados de Buenos Aires usan un injerto tomado a este nivel, que según ellos deja menos cicatriz.

Se reanima la superficie, y se sitúa el injerto compuesto.

Esta es una enferma a la que se ha hecho otro procedimiento. Una pérdida parcial del ala de la nariz. El Prof. Ardao le ha rotado un colgaje, resolviéndole dos problemas: el del ala nasal y el de una cicatriz al nivel de la zona comisural.

En los ectropión del labio inferior se puede usar un colgaje tomado de la región suprahioides, o se puede hacer un injerto de piel libre, como en este caso tomado del último "Anales Internacionales de Cirugía".