

ANALISIS DE LAS DISTINTAS BRIDAS DE LOS MIEMBROS

Axila.— La axila plantea dos problemas diferentes, según se encuentre afectada aisladamente o cuando se asocian quemaduras de la región torácica correspondiente.

Raramente se quema el fondo de la axila, que se encuentra profundamente oculto y protegido. En general son bridas anteriores o posteriores, o ambas. Frecuentemente las bridas de axila invaden el miembro superior. La brida anterior tiene prolongaciones hacia el tórax, elevando el mamelón, o sobre la región del cuello, retrayéndola.

En las directivas del tratamiento preferimos el empleo de los colgajos locales tomados del tórax vecino, zona de piel abundante y generosa. Cuando el tórax está quemado se debe recurrir a colgajos de zonas más distantes como el hemitórax opuesto, el abdomen y el dorso. En último término recurrimos al injerto de piel libre, grueso, fijado con apósito atado. En bridas angostas y de tejidos bien nutridos tenemos oportunidad de recurrir a las plastias en Z o a las incisiones y colgajo vecino. A veces asociamos a una Z en la axila e injerto en la cicatriz del brazo o sobre el tórax.

En la reparación buscamos: dar libre movilidad al brazo, de posición extrema a posición extrema; reponer la mama a su posición. Eliminar las tracciones del cuello.

Codo.— En la región del codo no se pueden rotar grandes colgajos locales. En bridas angostas se pueden llevar pequeños colgajos, de base ancha para el pliegue y piel libre al defecto secundario.

Bridas de primer y segundo grado angostas pueden mejorarse con múltiples Z.

En bridas anchas utilizamos mucho la resección y el injerto de piel libre, amplio, en lámina única, cuidando la dirección de las suturas.

Un recurso utilizado, cuando existe una brida ancha con tejidos de buena calidad, consiste en la incisión relajante varios centímetros por debajo de la región del pliegue, el decolamiento. Se lleva el miembro a la extensión y sobre el defecto que se crea se aplica un injerto de piel libre.

En bridas profundas, que obligan a resecciones extensas o que dejan elementos al descubierto, se puede recurrir a los colgajos amplios, tomados del flanco o de la región tóracoabdominal. Estos colgajos deben ocupar toda el área flexora de manera de evitar que la sutura de uno de sus bordes corte el pliegue, y luego se reproduzca la brida creando groseras deformidades. La técnica lleva dos tiempos, pudiendo requerir un tercero de retoque y adelgazamiento del colgajo.

Pliegue inguinal.— Dos tipos de bridas: la brida hipertrófica con nudosidades de tejido de cicatriz y la brida plana. En la primera se debe resecar toda la cicatriz patológica y aplicar un injerto de piel libre o un colgajo ancho tomado del abdomen.

La segunda se puede practicar una incisión relajante, conservando los tejidos de cicatriz. La incisión determina generalmente un gran defecto que se cierra por medio de injertos de piel libre.

Rodilla.— En la brida ancha se debe recurrir a la gran lámina de piel libre. En la brida angosta preferimos el colgajo local y piel libre al defecto secundario.

La plastia en Z, única o múltiple, tiene sus indicaciones. En casos muy especiales colgajos cruzados.

Los defectos de la cara anterior de rodilla se deben cubrir con piel acolchada, que se puede traer rotando y trasladando en masa la piel de cara anterior de muslo o por colgajo cruzado.

Región del cuello del pie.— Zona particularmente predispuesta al roce. En cara anterior se pueden hacer injertos gruesos. En general tienen indicación los colgajos cruzados de la otra pierna.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO

1) El fin que se persigue es *anatómico*, buscando reponer las estructuras a su lugar y reparando lo que se ha destruido; *funcional*, dando a la región una función lo más próxima posible a la normal, y *estético*, buscando el mejor aspecto de la región reparada.

2) Si los tejidos de cicatriz son de buen aspecto, flexibles, móviles sobre los planos profundos y bien vascularizados, podrán utilizarse en la reparación.

3) Se eliminarán todas las áreas ulceradas y toda cicatriz hipertrófica, rígida y depigmentada.

4) Siempre que sea posible se emplearán las plastias locales y los injertos de vecindad.

5) Cuando se empleen injertos serán de preferencia en lámina única, gruesos y aplicados en un buen lecho quirúrgico.

6) Si se emplean colgajos se tendrá preferencia por los de vecindad y luego los de zonas distantes. En las partes distales de los miembros inferiores se podrá recurrir al colgajo cruzado.

7) En los casos graves se recurrirá a la movilización en tiempos sucesivos y al tratamiento de las estructuras profundas comprometidas.

8) Se cuidará la protección postoperatoria de las zonas operadas, la correcta movilización y fisioterapia.

9) No se olvidará que el tratamiento termina cuando el enfermo es restituido útil al medio social en que actuaba.