

## SECUELAS DE LAS QUEMADURAS DEL CUELLO \*

Dr. GONZALO CACERES NEGRI

Siendo los componentes anatómicos del cuello estructuras esencialmente móviles, es evidente que toda alteración que impida o brida su normal funcionamiento constituye un defecto de singular importancia funcional que tiene su traducción en modificaciones anatómicas vecinas y alejadas de los planos afectados y alteraciones estéticas llamativas por ser el cuello una zona normalmente expuesta, especialmente en la mujer.

La importancia del conocimiento del tema surge entonces de un triple punto de vista: funcional, anatómico y estético, y el éxito de todo tratamiento dependerá del grado en que se mejoren estos tres elementos, siempre conjuntamente alterados en mayor o menor forma.

Desde hace más de cien años se conocen publicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de las secuelas cicatriciales postquemaduras, problema que en todas las épocas han tenido que enfrentar los cirujanos. Así, en 1842, Thomas Mutter, publica en el "American Journal" el primer trabajo científico conocido sobre el tema, de indudable valor histórico.

La frecuencia de este tipo lesional y su aparente simpleza en algunos casos, ha hecho que todos los cirujanos generales hayan encarado alguna vez la reparación de cicatrices del cuello. Sin embargo, creemos, que el tratamiento debe ser siempre realizado por cirujanos entrenados en la cirugía reparadora con amplio conocimiento del manejo de las cicatrices y de las posibilidades de utilización de los tejidos vecinos.

---

\* Trabajo del Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública. Dirección: Prof. Héctor A. Ardao.

Muy frecuentemente se intenta la reparación muy precozmente, sin esperar una completa maduración de la cicatriz. A veces el cirujano se ve apremiado por los requerimientos del paciente portador de un llamativo defecto estético o funcional. Sin embargo es necesario dejar transcurrir un lapso de cuatro a seis meses desde el momento del accidente antes de plantear la reconstrucción. Los masajes en ese tiempo hacen que operaciones que en un principio se concibieran como necesarias, dejen de serlo por las modificaciones experimentadas por la cicatriz. Este plazo prudencial de espera hace además que los tejidos cicatriciales se ablanden y adquieran un mejor aporte circulatorio, lo que permitirá su utilización en mayor proporción en la etapa de reparación.

¿Cuál es el fin del tratamiento quirúrgico? Puede responderse desde un triple punto de vista:

- 1) Desde el punto de vista funcional: combatir el elemento cicatricial que brida al cuello. Obtener la libertad de movimientos necesaria para una función normal.
- 2) Anatómicamente: sustituir la cicatriz inelástica por tejido de calidad y constitución similar al normal.
- 3) Con concepto estético: extirpar la cicatriz y restituir al cuello su adecuada morfología.

Los diversos procedimientos existentes que permiten cumplir en mayor o menor grado estos postulados se deben sin duda a la enorme variedad de tipos de cicatrices consecutivas a quemaduras del cuello que van desde la brida lineal única, susceptible de procedimientos plásticos sencillos en su tratamiento, a las enormes sinequias mentoexternales con participación de la totalidad o gran parte de la cara anterior del cuello que constituyen uno de los problemas de más significación dentro de la cirugía plástica.

Como norma general en el tratamiento quirúrgico de este tipo lesional se obtendrán resultados tanto más satisfactorios, cuanto mejor se cumplan los siguientes tiempos operatorios: 1º) resección del tejido cicatricial; 2º) reposición de las estructuras desplazadas a sus sitios normales, y 3º) cubierta adecuada del defecto resultante.

## 1º) RESECCION DEL TEJIDO CICATRICIAL

Resecar ampliamente todo el tejido de cicatriz hipertrófico y queloideo, denso, fibroso e inelástico, pero respetando, para un aprovechamiento posterior, todo tejido que aun siendo de cicatriz, ofrezca buenas condiciones de plasticidad. Recordar que la resección debe hacerse tanto en superficie como en profundidad, con el fin de no dejar elementos que puedan limitar posteriormente el movimiento.

## 2º) REPOSICION DE LAS ESTRUCTURAS VECINAS EN SUS SITIOS NORMALES

La cicatriz, en su retracción, puede llegar a producir por tracción evidentes deformaciones y desplazamientos de las regiones vecinas: cara, tórax, hombro y axila que no se limitan solamente a los tejidos blandos, sino que, especialmente en los niños, llegan a producir verdaderas alteraciones esqueléticas. Pueden encontrarse en la cara desviaciones de las comisuras bucales con o sin ectropión del labio inferior, desviaciones de las alas nasales o del pabellón auricular y aún ectropión de los párpados inferiores. La elevación y asimetría del seno en la mujer es a veces evidente, lo mismo que la limitación de función en hombro o axila. Es por ello que los tejidos vecinos deben ser disecados en forma cuidadosa y llevados a sus posiciones normales, sin tensión y con adecuada cantidad de tejido graso para mantener sus pedículos y por ende su buena nutrición.

## 3º) CUBIERTA DEL DEFECTO RESULTANTE

La resección del tejido patológico, la reposición de las estructuras vecinas en su ubicación normal y la movilización del cuello liberado de sus bridas, dejan un defecto en la piel que a veces adquiere proporciones enormes que el cirujano debe conocer de antemano porque su cubierta puede plantear graves problemas si no se tienen en cuenta estos hechos fundamentales.

Al planear la reconstrucción lo primero que debe hacerse es un balance adecuado de la real pérdida de tejidos para tener un concepto exacto de la cantidad de piel que se necesitará en la cubierta.

Numerosos métodos pueden ser empleados en este tipo de reparación, ya sea solos o combinados, no existiendo un procedimiento de elección que sea aplicable en todos los casos por igual. El cirujano debe seleccionar el método o la combinación de procedimientos que prometa un mejor resultado en cada caso individual.

En nuestro concepto se obtendrán mejores resultados cosméticos y funcionales siempre que se pueda cubrir el defecto resultante de la resección cicatricial con piel igual, en sus características generales, a la primitiva de la región lesionada. En el cuello los defectos necesariamente deberán ser cubiertos por piel bien acolchada, con la elasticidad, color y tersura características de la región. Esta similitud de caracteres sólo se puede obtener de la piel sana vecina y por ello los *colgajos de vecindad* son ampliamente utilizados en nuestro medio en la reparación de secuelas cicatriciales del cuello.

Es indudable que algunos casos pueden resolverse con procedimientos menores como la *resección y sutura directa única o múltiple* o *las plastias en Z*, pero es evidente que estas técnicas no son aplicables en la solución de la mayoría de los problemas, a veces tan graves, que nos presenta la clínica.

En nuestra experiencia siempre hemos obtenido buenos resultados con el empleo de los *colgajos de vecindad* y raramente hemos tenido que recurrir a procedimientos más complejos, como el de los *colgajos tubulares*, o más insatisfactorios, como el de los *injertos libres*.

En los casos en que el propio tejido cicatricial, por sus características adecuadas, puede ser utilizado en la reparación, se puede labrar una incisión en forma de *Z* amplia, obteniéndose dos *colgajos triangulares* que se disecan sobre el plano aponeurótico, se movilizan y se reaplican entrecruzados con respecto a su posición primitiva (1, 2).

Frente a una brida mediana de cuello puede intentarse su reparación mediante dos incisiones cruzadas en *X* que delimitan

tres colgajos: uno superior, que remodela la región suprahioidea, y dos laterales, que se cruzan en la línea media dejando un defecto en la parte inferior del cuello que es cubierto con piel libre (3, 4).

Muy frecuentemente, resecada una cicatriz mediana, pueden labrarse dos colgajos laterales acromiopectoriales a pedículo posterior que pueden ser llevados a entrecruzarse en la línea media dejando dos defectos laterales a cubrir con injerto libre (5, 6, 7, 8, 9, 10).

La piel de la región deltoidea, por su rica vascularización y características anatómicas, permite labrar colgajos llamativamente largos en relación a su ancho ( $1 \times 4$  ó  $1 \times 5$ ) que pueden ser rotados hacia la línea media como cubierta muy adecuada para defectos de esta zona. Es éste el llamado colgajo acromial o en charretera, método valioso en la reparación de cicatrices ánterolaterales de cuello extensas, con el cual se puede llegar a sobrepasar la línea media anterior para entrecruzarse a ese nivel con un colgajo similar del lado opuesto. No deben ser muy anchos para evitar la obtención de un cuello proconsular y es preferible que sean bilaterales para obtener una mejor simetría final. Para una mejor seguridad en su nutrición, cuando se manejan colgajos acromiales largos, es mejor diferirlos con una autonomización previa. Otro hecho ventajoso en su aplicación es el que el defecto puede ser cerrado muchas veces por simple aproximación de los bordes sin necesidad de recurrir al injerto libre de cubierta.

En otras oportunidades el defecto puede ser cubierto por un colgajo a doble pedículo cuando se cuenta con paño suficiente para ello como en el caso que se esquematiza, en el que el tallado y movilización de un colgajo bipediculado anterior permitiría cubrir un defecto alto del cuello aplicando un injerto libre en una zona de menor movilidad y menor exposición (11).

La piel posterior del tórax ha sido utilizada en colgajos rotados en varias oportunidades. La precaria irrigación de los tejidos en el dorso y la necesidad de rotarlos a veces hasta  $180^\circ$  sobre sus pedículos para cubrir un defecto anterior del cuello, obliga a autonomizarlos previamente para asegurar sus aportes nutricios. La región escapular proporciona paño suficiente para

una cubierta anterior del cuello, pero debido al exagerado espesor de la piel a este nivel y a su escasa elasticidad, los resultados estéticos y funcionales que se obtienen dejan mucho que desear.

Hemos dejado de exprofeso para el final la consideración de dos procedimientos que pueden ser aplicables en la reparación de grandes cicatrices del cuello. Uno, que tiene indicaciones muy especiales: el *colgajo tubulado*, y otro, que creemos no debe ser utilizado: el *injerto de piel libre*.

En lo que se refiere al colgajo tubulado o cerrado en oposición al colgajo abierto de vecindad, del que nos hemos ocupado previamente, creemos que solamente podría ser utilizado cuando se necesite una gran cantidad de tejidos de cubierta o cuando éstos no puedan ser obtenidos de la vecindad por falta de tejidos adecuados para movilizar.

El colgajo tubular permite traer al cuello piel de regiones distantes en varias etapas operatorias, ya sea por migración sucesiva del tubo o usando como transporte al miembro superior, pero su gran inconveniente es el elemento tiempo y la repetición de los actos quirúrgicos con los consecuentes gastos de hospitalización e incomodidad para el paciente.

Siguiendo las directivas del Servicio en que actuamos, no somos partidarios del injerto de piel libre en la reparación de las secuelas cicatriciales del cuello y vamos a explicar porqué.

En primer lugar, los resultados obtenidos por el injerto libre no siempre son buenos, porque la piel tomada del tronco o de una extremidad nunca desarrolla caracteres semejantes a la del cuello, aunque el transcurso del tiempo atenúa las diferencias de pigmentación y textura.

Desde el punto de vista cosmético nunca se obtienen mejores resultados que con el uso de los colgajos de vecindad, porque éstos llevan intactos sus elementos glandulares, mientras que la piel libre es mutilada en sus capas profundas en el momento de la toma y tanto el injerto de piel total tipo Wolfe, como el dermoepidérmico, se retraen en forma evidente posteriormente.

Los partidarios del injerto libre afirman que el cuello reconstruido por colgajos, en general, carece del ángulo normalmente formado entre las regiones supra e infrahoideas, ofrecien-

do entonces en su perfil el aspecto típico del llamado cuello de pájaro. Este inconveniente no existiría con el uso de los injertos libres de piel.

Sin embargo creemos que los colgajos de vecindad bien modelados y adaptados pueden obviar este defecto y que la frecuencia de esta malformación es atribuible más a defectos de técnica que al empleo de un método inadecuado.

#### BIBLIOGRAFIA NACIONAL.

- ARDAÑO, H. Comunicación personal. 1954.
- CIBILIS PUIG, J. P.—Retracción cicatricial por quemaduras de cuello y mentón con ectropion del labio inferior y su reparación. "An. 4º Congreso Latino-Americano de Cirugía Plástica", 480-483; 1947. Montevideo, Uruguay.
- KNAMBL, P. V.—Quemaduras en los niños. "An. 5º Congreso Latino-Americano de Cirugía Plástica", 214-300; 1950. Lima, Perú.
- PIETROPINTO, C. A.—La reparación de las cicatrices anteriores del cuello. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 20: 462-463; 1949.