

## TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE QUEMADURAS

### Preguntas

Dr. PRIARIO.— ¿Conoce casos de cáncer originado en un injerto de piel?

Dr. JULIAN FERNANDEZ. — No se conocen casos de epitelomas en los injertos de piel. Precisamente una de las profilaxis de la cancerización de las cicatrices es la extirpación de ésta y el injerto de piel. Si alguna vez ha existido la cancerización de algún injerto es por la extirpación parcial de algún epiteloma, es decir, que no se ha hecho técnicamente el trabajo indicado.

Dr. DELGADO (Argentina).— ¿A qué edad de la cicatriz se observó el cáncer?

Dr. NEGRIN.— En estos dos casos que presentamos, transcurrieron aproximadamente unos veinte años de producida la quemadura hasta la malignización de la cicatriz. Según las estadísticas este período es muy variable, como ya dijimos, y va desde dos o tres años hasta sesenta años de producida la quemadura. Lo que interesa, como dijimos, es la antigüedad de la cicatriz, y no la edad del sujeto.

Dr. DELGADO.— ¿Hubo antecedentes traumáticos o inflamatorios previos al desarrollo del cáncer?

Dr. NEGRIN.— En el primer caso hubo trastornos de tipo traumático sobre la cicatriz, que era en la región abdominal, y a nivel de la región inguinal, es decir, traumatismos ocasionados por cinturones, etc., capaces de desarrollar un factor traumático predisponente al desarrollo del cáncer.

En el otro caso que presentamos, en la cara, no hubo, al parecer, ningún factor que incidiese sobre la producción del tumor a ese nivel.

Como también dijimos, siendo una quemadura de tipo superficial, tenía elementos epiteliales capaces de degenerar, y eran aquéllos que provenían de los epitelios remanentes de las glándulas sudoríparas y sebáceas que son muy profundas a este nivel.

Dr. MURGUA DE ROSO.— En el tratamiento profiláctico de secuelas, ¿hay experiencia sobre tratamiento con rayos infrarrojos?

Dr. NEGRIN. — De eso no tengo experiencia.

Dr. ARDAO.— Tampoco tengo experiencia al respecto.

Dr. RICARDO B. YANNICELLI.— El tratamiento general de quemados con corticoides, ¿ha disminuido por sí mismo en forma evidente las secuelas?

Dr. DE VECCHI.— Creo que más importante que el tratamiento con córticoesteroides, lo que ha disminuido las secuelas, es el tratamiento correcto de quemadura aguda.

Es indudable por lo que se refiere al tratamiento de las secuelas hay que ponerse de acuerdo con lo que pretende el sujeto quemado. Por ejemplo, un trabajador con un queloide fibroso de la mejilla, desde el punto de vista estético no le interesa, y le basta que se le resuelva el problema del dolor y de la picazón.

No creo que haya todavía en el mundo experiencia suficiente sobre córticoesteroides como para poder decir así, de una manera absoluta, si realmente la aplicación en gran escala de córticoesteroides es capaz de resolver definitivamente el problema de las secuelas.

Creo que más que el problema de los córticoesteroides, sigue siendo el tratamiento correcto de la quemadura aguda lo que interesa más en el sentido de disminuir las secuelas.

Lo que hacen los córticoesteroides es acelerar la maduración de la cicatriz; en algunos casos, resuelven el problema de la secuela; y en otros casos, ponen al sujeto con más rapidez en condiciones de poder ser intervenido y corregir su caso.

Por ejemplo, estamos recordando una enferma tratada en el Centro de Cirugía Plástica, donde fue necesario, de un lado, hacer un injerto por un queloide, pero el tiempo, los masajes y los córticoesteroides locales, a base de pomadas, fueron suficientes como para disminuir un tanto el queloide del otro lado, y prácticamente quedó su problema resuelto.

Creo que es un arma muy interesante, y con la cual hay que defenderse. No creo que se pueda así de plano decir que son suficientes como para resolver el problema de todas las secuelas.

Dr. RICARDO B. YANNICELLI.— ¿Vieron los relatores alguna vez alguna transformación maligna de cicatriz de quemadura en niños?

(Nadie conoce casos de transformación maligna de cicatriz de quemadura en niños.)

Dr. RICARDO B. YANNICELLI.— ¿Conocen algún caso de quemadura en piel con nevus pigmentario? ¿Su evolución tiene algo a señalar?

Dr. CORREA ITURRASPE.— No conozco ninguna quemadura que accidentalmente haya recaído sobre un nevus pigmentario. Pero conozco sí quemaduras que intencionalmente, con un equivocado concepto terapéutico, han recaído sobre ellos. Vale decir, que he visto nevus pigmentarios que han sido tratados mediante procedimientos cauterizantes, térmicos en algunos casos y eléctricos en otros, y los hemos visto porque el enfermo ha llegado a nosotros con una diseminación melanomatoso por la lesión irritativa.

Cuando se trata un nevus debe hacerse la extirpación completa del mismo. Los procedimientos caústicos, tanto químicos como físicos, y entrarían entre ellos las quemaduras terapéuticas, no ofrecen garantías de ser completos, y por lo tanto debajo de la cicatriz puede quedar parte del nevus, que sufriría la influencia irritativa de estos tejidos fibrosos vecinos a él, y pueden ser entonces causa de una degeneración maligna.

Pero éstas son, como digo, lesiones de quemaduras provocadas intencionalmente, y no accidentales.

Es de presumir que una lesión accidental podría desencadenar los mismos trastornos que una inadecuada terapéutica nos produce.

## Discusión

Dr. MURGITA DE ROSO. Hice la pregunta sobre el tratamiento con rayos infrarrojos, porque si bien evidentemente el tratamiento de las secuelas corresponde a la cirugía plástica, el tratamiento de la profilaxis corresponde a los que tomamos al enfermo desde el comienzo de la quemadura.

Hay que decir la verdad; en el momento actual los quemados, todavía, se atienden muy mal.

Tuve oportunidad de recibir, en una de mis guardias, un niño recién nacido, procedente del Hospital de San Ramón, al cual, por error, se le introdujo en un baño de agua hirviendo. El niño llegó con una quemadura que tomaba más del 60% del cuerpo; era una enorme flietena que iba desde la parte posterior de la cabeza hasta la parte inferior de las piernas tomaba los brazos casi en su totalidad, y en el abdomen se extendía hasta los flancos.

Al recibir el niño hicimos el pronóstico de una quemadura mortal, y no sabíamos realmente qué tratamiento hacer. Tratamos de hacerle lo menos posible. Lo colocamos en una cama con campos estériles, y habiendo tenido conocimiento de que en un hospital de San Pablo se utilizaba el tratamiento con rayos infrarrojos tres veces al día, primero con un minuto, luego con dos y tres hasta llegar a diez minutos, comenzamos al día siguiente con ese tratamiento. No se le puso ningún apósito. Se le puso un arco para que recibiese moderadamente calor indirecto. Se le hizo primero una descubierta y se le pasó plasma; posteriormente se le puso una sonda gástrica para darle alimentación y antibióticos por boca. El niño hizo un estado de uremia que llegó casi al coma. En los días siguientes se recuperó, se restableció, y posteriormente curó sin haber tenido ninguna supuración, ninguna infección en toda esa amplia zona de cicatriz, a pesar de que las deyecciones podían haberlo contaminado.

Sin embargo el tratamiento no es de aplicación corriente porque necesita un personal que esté permanentemente en condiciones de atender al niño; necesita material estéril —que es muy difícil de obtener—, sábanas, campos, etcétera, pero sin embargo creemos que la experiencia es interesante porque el niño curó sin secuelas de ninguna clase. A pesar de que tenía zonas en los antebrazos que eran quemaduras de tercer grado, se hizo la regeneración completa de la epidermis, y el niño curó y fue dado de alta al mes, aproximadamente, en perfectas condiciones.

Esto no se ve en la evolución común de los quemados, aun en quemaduras de segundo grado y con agua hirviendo —como fue en este caso—, por lo cual había hecho la pregunta acerca de la experiencia que podría haber en esta materia.

Dr. RICARDO B. YANNICELLI. *Agradezco al colega argentino Dr. Carlos Iturraspe, la contestación que dio a la pregunta que hice relacionada con la coincidencia del nevus y quemaduras, contestación que ha sido muy fructífera. También agradezco al Dr. De Vecchi la contestación que me dio. Yo tengo la misma opinión a través de nuestro Servicio, donde se atienden niños quemados.*

También agradezco la colaboración que me han prestado muchos de los relatores, el Dr. Ardao, el Dr. De Vecchi, el Dr. Cibils, que no está presente aquí.

Nosotros tenemos la misma impresión: la incidencia de los corticoides por ahora es evidente en cuanto a tratamiento general: modifica el terreno en que cicatriza la quemadura, favorece la rapidez de la cicatrización e incide también favorablemente en cuanto a la eliminación de secuelas más o menos graves.

De manera que también por las cifras de mejoría se ve que han mejorado los resultados. Creo que la menor mortalidad se debe en gran parte a la terapéutica antiinfecciosa y a los corticoides empleados de una manera sistemática, aunque prudente.

No tenemos todavía los medios necesarios para poder decir que tratamos las quemaduras con lo mejor que se puede disponer ahora. No hemos tenido la posibilidad de inaugurar un pequeño Servicio de Quemados. Eso debe ser tratado después. Entre nosotros, los uruguayos, podemos esperar que en este momento de transición política podamos conseguir una tregua para que se traten esos problemas. En un momento en que se está hablando del turismo, y de si se van a abrir o no los casinos, podemos pedir, si se hace una reunión de las Cámaras, que se resuelvan algunos problemas urgentes de Salud Pública.

Agradezco mucho, pues, lo que hemos aprendido todos a través de los relatos tan sustanciosos de los colegas uruguayos y argentinos.

Dr. JOSE SUAREZ MELLENDEZ.— No voy a agregar nada a lo expuesto en el día de hoy. Sólo quisiera expresar que hemos aprendido enormemente con esta mesa redonda y con la exposición que han hecho todos los relatores.

Corresponde felicitar al coordinador y a los relatores por la brillantez que ha tenido esta mesa redonda y por la puesta al día del tema de las secuelas de quemaduras.

Evidentemente, la escuela uruguaya de cirugía plástica va tomando cuerpo rápidamente en nuestro ambiente, y creo que ya es una realidad. Recuerdo que hace dos años hemos realizado también una mesa redonda para el tratamiento agudo del quemado, que me cupo el honor de coordinar.

En aquel momento cumplí con el deber de exponer el deseo del Congreso Uruguayo de Cirugía en el sentido de que se organizaran en el país, en el Ministerio de Salud Pública y en la Facultad de Medicina, los Centros de Quemados.

Han transcurrido dos años y todavía no hemos podido ver cristalizar ese deseo de todos los cirujanos uruguayos, deseo que ya se remonta a muchos años, puesto que tengo entendido que desde hace más de treinta años era una aspiración manifestada por el Prof. Lamas, cirujano de nuestro país.

Tengo la esperanza de que en el correr de este año y en los comienzos del próximo, podremos cristalizar y culminar este deseo de la cirugía uruguaya, y podremos obtener en el Hospital de Clínicas el Centro de Quemados a cargo de la Facultad de Medicina.

En ese sentido vamos a contar con la colaboración de todos los cirujanos plásticos de nuestro medio, y esperamos tener, también, la colaboración y las informaciones respectivas de los cirujanos plásticos argentinos que nos han hecho el honor de concurrir hoy a esta sesión.

En consecuencia, yo exhorto a los colegas a que apoyen, incluso, el plan de organización que surgirá en la mesa redonda que se desarrollará en este mismo Congreso, para considerar la ponencia en favor de la creación de los Centros de Quemados en el país.

Con esto doy término a mis breves palabras, y expreso nuevamente al Coordinador y a los Relatores mis felicitaciones por las hermosas exposiciones que nos han obsequiado. Y termino diciendo que espero que no tengamos que lamentar en un próximo Congreso de Cirugía, que todavía no contemos con el Centro de Quemados.

La única manera de lograr que las secuelas de quemaduras disminuyan, como se ha dicho en las exposiciones científicas de hoy, es brindando a los pacientes el tratamiento correcto, con la debida dedicación de personal técnico y especializado, en las primeras etapas de la quemadura.

Ha quedado plenamente demostrado esta noche que las secuelas de las quemaduras tienen como causa primordial, el mal tratamiento cumplido en la primera etapa.

Dr. JULIAN FERNANDEZ.— En apoyo de las palabras del Dr. Suárez Meléndez, respecto a las secuelas que acabamos de ver de los quemados, y situadas en todas partes del organismo, donde las quemaduras dejan las secuelas que han desfilado por los diapositivos, quería insistir en la necesidad, no sólo de crear Centros de Quemados, que siempre quedarían circunscritos a los cirujanos plásticos, que ya conocemos el tema —o pretendemos conocerlo— y debido a eso hacemos la profilaxis desde los primeros momentos, sino de hacer una propaganda dirigida a todos los cirujanos y a todos los colegas médicos, para que tengan un conocimiento absoluto de la profilaxis de todas

estas secuelas. Así como se hace la propaganda de la lucha contra el cáncer, y la propaganda para evitar las complicaciones de la hidatidosis, creo que debemos organizar, contando con el apoyo de los Poderes Públicos, de los Profesores y Servicios de la Facultad, una verdadera e intensa propaganda para inculcar a todos los médicos lo decisivo y elemental que es suprimir y evitar las secuelas de quemaduras, que son verdaderamente desastrosas. Ello se puede subsanar con sólo conocer el manejo del dermatógeno a su debido tiempo.

Aprovecho, de paso, como miembro de la delegación de médicos argentinos, para agradecer todos los conceptos que se nos han dirigido, tal vez exagerados por el cariño que siempre nos hemos tenido los uruguayos y argentinos.

### CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. HECTOR A. ARDARO - Coordinador - De acuerdo con las disposiciones reglamentarias, tengo que cerrar esta reunión. Nos sentimos satisfechos de los resultados logrados. El interés de los relatos y de los acontecimientos, da pauta de lo que se ha logrado.

El enfermo quemado es motivo de preocupación en todo el país por parte del profesional médico general, de los cirujanos, y de las autoridades, especialmente del Ministerio de Salud Pública que está de construir un Centro de Quemados. También de la Facultad de Medicina que quiere organizar un servicio de enseñanza y asistencia en el Hospital de Clínicas.

Después de la guerra 1939-45 el advenimiento en nuestro país de los Bancos de Sangre y Plasma por un lado y de los antibióticos por otro, ha permitido salvar la vida a muchos quemados que antes sucumbían de shock, toxemia e infección.

Como consecuencia, una determinada cantidad de quemaduras graves - quemaduras de quince, veinte, veinticinco, treinta por ciento de piel quemada - logran salvación y pasan a integrar el conjunto de lisiados cicatriciales. Esta es una de las causas por las cuales se encuentra gran número de groseras lesiones cicatriciales que constantemente ingresan a los servicios quirúrgicos en busca de solución para su problema.

Pero el progreso que ha significado para el quemado el advenimiento de tales medidas del tratamiento general, no se ha acompañado del correspondiente progreso en la técnica del tratamiento local. En este aspecto hay mucha confusión.

Demasiados enfermos que superan la fase inicial son condenados, desgraciadamente, a las secuelas de quemaduras, ¿por qué?. Porque en nuestro medio todavía no ha entrado el concepto del tratamiento del quemado agudo en la forma que ha sido señalada por la Dra. Murguía y por el Dr. Julián Fernández.

Desde que un área cruenta, desde que una quemadura con pérdida completa de piel se cubre con piel, esa área cruenta, ese tejido de granulación deja de formar cicatriz. Es lamentable, pero todavía existe, demasiado difundido, el concepto de que en el quemado, cuando el área cruenta está granulada y

limpia, habiendo pasado dos, tres, seis meses, y no termina de epitelizar, recién debe ser enviado ese enfermo al cirujano, llámese plástico o como se quiera, pero que sea capaz de manejar un instrumento cortante y de hacer un injerto de piel libre.

El injerto de piel libre, hecho precozmente, antes de la tercera o cuarta semana, cuando el tejido de granulación no se ha vuelto fibroso, evita muchas de estas secuelas cicatriciales, y éste es el primordial concepto que se debiera difundir. El segundo concepto es que el injerto no previene todas las secuelas cicatriciales. Por otra parte, se debe tener presente que el injerto no resuelve el problema del quemado grave. El problema terapéutico de un quemado grave no es un problema de técnica de injertos. Es un problema muy complejo, y debe ser encarado en un servicio especializado. El tratamiento del quemado no es la tarea de un cirujano, es la obra de un equipo.

Nosotros estamos muy atrasados. El Dr. Fortunato Benaim, que estaba recién asistiendo a esta reunión, es un distinguido cirujano argentino, que dirige el Instituto Nacional de Quemados, adonde le llegan quemados de las diversas regiones de su país. En el nuestro, que es más chico y con mayores facilidades de transporte, hay que crear un Centro para el tratamiento de todos los quemados graves.

Es necesario desterrar el concepto de que el quemado grave en las primeras horas no se puede transportar. Se puede transportar sin riesgo, y debe ser transportado a un lugar donde pueda ser atendido eficazmente del punto de vista general y local.

En nuestro medio, como lo señalaba el Dr. Suárez Meléndez, es preciso, y lo deseamos fervientemente, la instalación de un Centro de Quemados.

Esperamos que ésta sea la última vez que en un Congreso Uruguayo de Cirugía estemos clamando para que las autoridades de la Facultad de Medicina y Salud Pública organicen un Servicio de Quemados. En San Pablo y en Buenos Aires, existen Servicios de Quemados. En Montevideo existen esbozos, pequeñas organizaciones, que están tratando de solucionar, bajo el apremio de las circunstancias, el problema urgente del quemado grave. Y este problema del quemado grave es un problema de todos los días en el Hospital de Clínicas. En ese Hospital enorme, se mueren enfermos quemados que no se debían morir, por falta de organización.

El problema de las secuelas, que se ven actualmente en número creciente, con el curso de los años debe ser atenuado y disminuido en todo lo que en realidad es posible disminuir, mediante el tratamiento correcto en las primeras fases, en las primeras semanas.

Muchas gracias a los que han asistido y alentado esta reunión, y a los señores correlatores, a quienes agradezco el entusiasmo con que han encarado sus temas.

# 9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

---

## MESA REDONDA

### SECCIONAL DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Miércoles 10 de diciembre

Ocupan la Mesa los doctores Víctor Armand Ugón, José L. Bado,  
Carlos E. Ottolenghi y Anibal Sanjinés

## COXA VARA

COORDINADOR:

Dr. JOSE L. BADO

PONENTES:

- “Condrompatía conjugal de la cadera del adolescente”: *Dr. Jorge Garcia Novales.*
- “Estudio estadístico y clasificación”: *Dr. Néstor Castiglioni.*
- “Estado actual de conocimiento etiopatogénico de la condrompatía conjugal del adolescente”: *Dr. Esteban Nin Vivó.*
- “Estudio clinicorradiológico”: *Dr. Carlos R. Cuculic Arrieta.*
- “Tratamiento de la condrompatía conjugal”: *Dr. José D. Paladino.*
- “Secuelas. Manifestaciones clínicas. Tratamiento”: *Dr. Daniel Rossi Stajano.*

PREGUNTAS

DISCUSION