

DIRECTIVAS DE TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE LAS PARTES BLANDAS DE LA CARA

Dr. GUILLERMO H. FOSSATI

El 50 % de los traumatismos de la cara, lesionan de una manera u otra las partes blandas de la misma, es decir, los tejidos que están situados delante del plano óseo. Las heridas del globo ocular forman un capítulo especial que no trataremos aquí.

En un traumatizado de cara, las lesiones de las partes blandas no configuran un problema menor, sino que a menudo el más importante, grave y difícil de solucionar de los problemas que presentan estos pacientes. Es difícil que un problema óseo no se solucione satisfactoriamente en un tiempo relativamente corto, si se cuenta con los medios necesarios, pero basta recordar que entre las partes blandas de la cara está el nervio facial y las numerosas y dolorosas operaciones que se realizan para corregir cicatrices y reparar pérdida de sustancia a ese nivel, para valorar la importancia del problema.

Una cicatriz afeante del rostro, es una lesión que repercute hondamente en el aspecto psicológico, social y económico del paciente.

Ninguna cicatriz se torna invisible, pero un tratamiento correcto de las heridas de la cara puede hacerlas tan inaparentes que acarreen un mínimo de desfiguración.

Todo traumatizado de cara es un traumatizado cráneo facial hasta demostración de lo contrario. Se eliminará el peligro de una complicación cráneoencefálica con una cuidadosa historia clínica desde el momento del accidente, el examen general prolijo, y una correcta vigilancia.

Entre las otras lesiones asociadas, deben tratar en primer lugar las lesiones que ponen en peligro inminente la vida del enfermo, generalmente por obstrucción de la vía de aire o por hemorragia.

Descartada la complicación cráneoencefálica y general, se procede al examen regional del enfermo, que esquemáticamente se divide en dos:

- 1º) Sector ósteoarticular.
- 2º) Partes blandas.

1º) SECTOR OSTEOARTICULAR

Frente a una fractura a reducir se dejan las suturas de las partes blandas para un segundo tiempo, para evitar la traumatización de la región suturada.

2º) PARTES BLANDAS

Balance completo de la herida: en enfermo llega por lo general cubriendo la zona traumatizada con algún tipo de apósito casero, para contener la hemorragia, dolorido y con una intensa preocupación por la posible desfiguración definitiva del rostro. En otros casos, se trata de un niño, que llegará excitado o dormido, pero que seguramente se negará a ser examinado.

Lo primero que se debe hacer es tranquilizar al enfermo y al ambiente familiar que lo rodea. Se pueden administrar analgésicos y en el caso de los niños se agregarán hipnóticos.

El examen deberá hacerse en sala de operaciones y en muchos casos se requerirá anestesia, regional o general, esta última es de elección en los niños.

Retirados los apósitos, la herida volverá a sangrar. Se colocan entonces pinzas "mosquito", tomando el vaso que sangra. Nunca estará justificado pinzar grosera y profundamente en la cara, con el peligro de englobar filetes del facial, con la consecuencia previsible.

El lavado cuidadoso de la herida, la remoción de cuerpos extraños, ayudará a visualizar claramente los tejidos lesionados.

Las fracturas y los cuerpos extraños opacos a los rayos X, se visualizarán con agudeza de radiografías, cuidadosamente realizadas en los enfoques necesarios.

Entre los elementos que pueden estar lesionados, tenemos:

a) *Piel*.— Puede presentar heridas lineales o anfractuosas, a bordes netos o a bordes contusos y más o menos desvitalizados. Puede haber erosiones que eliminan por fricción la epidermis y una parte más o menos profunda de la dermis.

En algunos casos existe el escalpe de una parte de la piel.

b) *Músculos*.— Ya sean los músculos de la mímica facial, muy superficiales o los músculos masticatorios, profundos. Es importante despistar su lesión para suturarlos. El músculo orbicular de los labios debe ser explorado muy especialmente.

c) *Nervios*.— El más importante es el nervio facial y sus ramas; para encontrar las lesiones hay que buscarlas, y para ello se debe conocer la distribución anatómica del nervio. En ciertas heridas punzantes el agente vulnerante ha seguido una trayectoria subcutánea a distancia de la zona de piel seccionada.

d) *Conducto de Stenon*.— En lesiones profundas de la mejilla debe buscarse la lesión de dicho conducto para repararla.

e) *Párpados*.— Deben examinarse cuidadosamente, así como la conjuntiva y el globo ocular. Siempre es conveniente la consulta con el oftalmólogo para despistar lesiones intraoculares.

DIRECTIVAS DEL TRATAMIENTO

Las directivas del tratamiento pueden presentarse de dos formas:

- I) Con criterio de emergencia.
- II) Tratamiento de elección.

I) CON CRITERIO DE EMERGENCIA

Se entiende por tratamiento de emergencia al que se realiza cuando el encargado de la asistencia no cuenta con un medio quirúrgico apropiado, no tiene los ayudantes o el instrumental que requiere, o no posee la experiencia necesaria.

En esos casos debe:

a) No considerar nunca la herida de cara como una lesión menor.

b) Realizar la exploración en sala de operaciones, con anestesia regional y en los niños, general.

c) Lavado cuidadoso de la herida, con agua jabonosa o una solución antiséptica débil. Desinfección de la piel vecina.

d) Balance lesional: estado de la piel, de los bordes de la herida y vitalidad de los mismos. Lesiones musculares. Lesiones nerviosas. Explorar el canal de Stenon. En caso de fracturas expuestas, balance de las mismas.

e) Hemostasis de los vasos que sangran, pinzando solamente el vaso y ligadura con catgut 000.

Terminado este tiempo y si las lesiones son importantes el ideal sería cubrir la herida con un apósito estéril y trasladar al enfermo a un medio apropiado para su tratamiento. Un plazo de varias horas sin suturar, habiendo realizado previamente una limpieza quirúrgica correcta, no es perjudicial. Este plazo nunca debe ser de días. El empleo de antibióticos es eficaz. Los antibióticos locales, particularmente los sulfamidas, no conviene emplearlos.

Si se procediera a realizar el tratamiento debe tenerse presente:

f) La resección a bisturí o tijera muy afilada, de los bordes de la herida y tejidos desvitalizados.

g) La reducción de las fracturas asociadas antes de suturar.

h) La sutura cuidadosa de los planos musculares subcutáneos, con catgut cromado 000, de manera de reconstruir el plano. Una sutura de piel correctamente realizada sin aproximar el plano músculo celular subcutáneo, determinará siempre una cicatriz patológica, deprimida y adherida a los planos profundos.

i) La sutura de la piel debe hacerse con: aguja curva lanceolada fina, material de sutura fino, 0000 o más. Puede ser algodón, seda, nylon, etc.

Las suturas intradérmicas no son necesarias y jamás debe realizarlas quien no las emplee habitualmente. Los cirujanos plásticos las emplean muy raramente.

E: éxito de la sutura lo da:

- 1) Enfermo totalmente tranquilo.
- 2) Cirujano con buen instrumental, bien asistido y *con tiempo*.
- 3) Puntos simples, ni muy cerca ni muy lejos del borde de la herida, pasados perpendicularmente a la piel u oblicuos, de manera de englobar algo más en los tejidos profundos que en la superficie, lo que evagina algo los bordes. Los labios de la herida deben ser perfectamente regulares y viables.
- 4) Puntos *sin tensión*, distribuidos regularmente a unos 4-6 mms. de distancia, anudados lateralmente.

j) Los apósitos serán de gasa envaselinada, plástico perforado, o no se utilizarán apósitos en los adultos. Los puntos se retiran a partir del cuarto día.

*Problemas especiales que se plantean
en el tratamiento de emergencia*

1) *Pérdidas de sustancia*.—Limpieza y apósito envaselinado. Cuando las pérdidas de sustancia son perforantes en cavidades (boca, fosas nasales) se regularizan los bordes y se sutura piel a mucosa. No se dejan áreas cruentas.

2) *Heridas que llegan a bordes anatómicos*.—Borde rojo de los labios, borde libre de la nariz, ceja, borde de párpado. Se comenzará la sutura por el afrente de dicho borde, empleando todo el tiempo necesario y haciendo el punto todas las veces que se requieran hasta que el afrontamiento sea perfecto. Los hilos de ese punto se cortan largos y se pinzan. Una ligera tracción de los mismos ayudará a completar la sutura.

3) *Pérdida de sustancia de párpados*.—Distribuir el remanente de tal manera que la córnea quede cubierta por conjuntiva para evitar la desecación.

4) *Heridas del nervio facial*.—Debe realizarse la sutura de las ramas seccionadas, lo que exige instrumental y técnica muy especializada.

5) *Herida del canal de Stenon*.—Sutura sobre tubo de poliétileno o nuevo abocamiento a la mucosa bucal.

II) TRATAMIENTO DE ELECCION

En el tratamiento de elección se deben solucionar todos los problemas sin dejar áreas cruentas. Las heridas se suturarán de acuerdo a los principios ya dichos, con el agregado que en las heridas que cruzan áreas como la mejilla o que pasan de una región estética a otra, conviene interrumpir la dirección de la sutura por medio de una o varias plastias en zeta. Esto se hará principalmente cuando se cruzan las líneas de elasticidad y tracción de la piel de Langer. Muy a menudo la sutura presentará irregularidades menores que se mejorarán con la abrasión quirúrgica de la zona, después de las tres semanas de la sutura.

En las suturas en varios planos se debe cuidar que la de plano profundo quede desencontrada con la de la piel, para evitar depresiones y tracciones.

El reposo de la región operada será cuidadosamente observado. En cara se puede lograr mediante bandas de cinta emplástica que cubren la cicatriz.

Escalpes.— Cuando la vitalidad de un colgajo de piel levantado en escalpe es dudosa, conviene eliminar las capas profundas de la misma y aplicarlas como un injerto libre de piel total.

Aunque el colgajo desprendido tenga buena vitalidad, debe tenerse en cuenta que las cicatrices semicirculares, llamadas en tapa de sótano, determinan áreas elevadas como almohadillas, desagradables estéticamente y que requieren retoques posteriores.

Pérdida de sustancia.— Cuando la herida se ha limpiado quirúrgicamente, pueden realizarse operaciones plásticas de urgencia: injertos de piel libre o colgajos rotados.

Debido al breve tiempo que disponemos, no podemos extendernos más, así que resumiremos lo dicho, de la siguiente manera:

- 1) Las heridas de las partes blandas de la cara son un problema grave por las dificultades que plantea y por las consecuencias que determinan en un enfermo las cicatrices afeables del rostro.
- 2) El momento adecuado para hacer el tratamiento de elección, o por lo menos para comenzarlo, es la urgencia.

- 3) Cuando no es posible hacer el tratamiento de elección existen normas generales de cuyo cumplimiento se desprende una buena evolución y una desfiguración mínima o nula del rostro.