

# CIRUGIA PLASTICA: TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE CARA

## Preguntas y respuestas

Dr. MEROLA.—¿Qué conducta se sigue frente a la fractura abierta de la nariz?

Dr. MOLLER.—La respuesta en realidad participa de lo que ya ha expresado extensa y tan brillantemente el Dr. Fossati. El tratamiento de las partes blandas que recubren a la nariz participa del tratamiento general de las heridas de la cara y deben ser tratadas con igual cuidado, con sutura cuidadosa, previo acortamiento de los bordes. Si la herida especialmente, incluye el borde del ala de la nariz y toma la punta, este afrontamiento en esta zona debe ser especialmente cuidadoso. Digamos de paso que las fracturas expuestas con heridas a nivel de la nariz, son los medios que nos han permitido estudiar con mayor detalle la anatomía patológica de las fracturas nasales, puesto que muchas veces, este es un hecho un poquito difícil y complejo.

Dr. LEON CHERTKOFF.—¿Es frecuente que los traumatismos de cara, "per se", independientemente de la posible situación de coma por traumatismo craneoencefálico, exijan la realización de traqueotomía? Voy a pedirle al doctor Pietropinto que está relacionado con este problema para que nos conteste.

Dr. JAVIER PIETROPINTO.—Existe un concepto sostenido por algunos en el sentido de que la traqueotomía debe ser empleada, si se quiere generosamente, frente a los traumatismos de importancia, con traumatismo grave de cara; como condición prácticamente "sine qua non", hay autores que la reconocen previa a toda realización quirúrgica en la terapéutica propia del traumatismo; en otros aspectos surge a veces, la indicación precisa, tal cual fue el caso, en lo que puntualizábamos nosotros en aquellas fracturas de maxilar inferior, donde por comminución, o por fractura doble de la porción anterior, pierde conexión la inserción del elemento muscular que sostiene la lengua, y la caída de la lengua va a provocar obstrucciones respiratorias. He tenido vivencia en ese sentido, y por lo tanto afirmamos que en este otro aspecto es fundamental tenerla en cuenta. Aún mismo es necesario en los casos que el enfermo no esté en coma, pero a veces, la ignorancia o la falta de preparación del personal de enfermería, hace que la posición que el enfermo tiene en la cama sea la que precipite el accidente.

En función de esos aspectos, en el diagnóstico previo y primario, puede estar indicada la traqueotomía. Otras veces, la traqueotomía aparece como imposición imperiosa, a punto de partida de un déficit respiratorio que se inicia por el edema de todas las partes blandas, edema que muchas veces aumenta y que se hace bien visible, cuando el drenaje ha desaparecido o está obstruido por la sutura de la herida.

En resumen, puede seguirse, creemos, una conducta ecléctica. Cuando hay obstrucción, en los traumatismos de cráneo, con pérdida de conocimiento, es clásica esta medida terapéutica; en ausencia de esta pérdida de conocimiento, puede quedar el concepto ecléctico, y la experiencia de cada cirujano, inducirle a practicar la traqueotomía, como condición "sine qua non" o si no, la vigilancia de cerca en las primeras horas, y condicionar el empleo de la misma: es probable que la sistematización de la traqueotomía, en ciertos aspectos puede ser una medida exagerada; la conducta ecléctica, sopesando todos los aspectos clínicos, dará el balance.

Dr. FEDERICO LATOURETTE.—¿Cuándo se utiliza la vía externa, o intrabucal, en las fracturas del maxilar?

Dr. HECTOR ARDAO.—El 80 % de las fracturas en la práctica civil, son fracturas-disyunción maxilar-maxilar, y en ellas, la vía de reducción es la vía temporal; pero cuando la fractura es compleja, es decir, que además de la lesión del maxilar hay colapso del piso de la órbita, la vía de tratamiento es por el vestíbulo de la boca, abriendo el seno maxilar, y haciendo el taponamiento mediante gasa empapada en alguna sustancia antiséptica, levantando el piso de la órbita a través del seno del maxilar; no son muy frecuentes, pero es la orientación terapéutica actual. De manera que la vía intrabucal a través del seno maxilar, está reservada para la fractura con descenso del piso de la órbita.

Dr. FERRER.—¿Qué experiencia tiene el Dr. Ardao en el tratamiento quirúrgico de la fractura inveterada del maxilar superior, con incongruencia de la articulación intermaxilar.

Dr. ARDAO.—Es la clásica fractura de Green, fractura del tercio inferior del maxilar superior, pasando a la altura de los dientes, con desplazamiento que se realiza generalmente hacia atrás. Estas fracturas como todas las de los huesos de la cara, deben ser reducidas antes de los 10 días; y el tratamiento de estas fracturas hechas en estas condiciones es simple: la movilización por maniobras manuales dentro de la boca, del proceso dental trae como consecuencia el afrontamiento de las dos arcadas dentarias; tan pronto como se deja de hacer la maniobra de reducción, se reedita el desplazamiento, de tal manera que en estos casos, se debe ir al acto operatorio con un molde de los dientes, hecho por especialista; estas fracturas deben ser tratadas por el cirujano, y con un buen equipo, un buen laboratorio de mecánica dental, que le prepare prótesis adecuadas a la estructura del maxilar superior, una férula colada, de tal manera que hecha la reducción se aplique esa férula

colada, que es muy comfortable, hacer una fijación anterior a un casquete de yeso que queda unas tres semanas, y el mantenimiento de la fractura reducida mediante esa prótesis adecuada que sale hacia afuera por un vástago articulado al casquete de yeso.

Dr. FERRER.—La pregunta fue dirigida a la parte quirúrgica, cómo se procede.

Dr. ARDAO.—Es un problema muy serio la reducción de estas fracturas. En algún caso hemos recurrido a la conducta de Willis, de hacer la resección amplia de todo el macizo óseo del maxilar superior de un lado y otro, atravesado por un vástago metálico. Aquí está el Dr. Mernies, que tuvo un enfermo con traumatismo con hundimiento, en San José, hace seis años. Estos enfermos cuando se trata de una fractura inveterada es sumamente difícil la reducción y siempre quedan con una depresión en plato en la parte media de la cara; pero la única conducta adecuada, creemos, es la movilización amplia de un lado y otro, previo a la inyección de todas las cubiertas cutáneas de la cara por delante, y comprendiendo la nariz; es decir, despegar las partes blandas al esqueleto de la cara, y hacer la amplia movilización de los dos maxilares, una operación muy seria, y muy grave, y que no conduce nunca a un resultado realmente eficaz, no deja satisfechos; en los pocos años que hemos tenido oportunidad de tratarlo, no nos ha dejado satisfechos. El caso del doctor Mernies, era una persona que iba en automóvil, golpeó con el tablero, y además tenía fractura del cóndilo del maxilar.

Dr. ISAAC HOFFMAN.—Problemas inmediatos y tardíos de la destrucción del piso de la órbita.

Dr. ARDAO.—El problema de la reconstrucción del piso de la órbita, puede ser resuelto precoz o tardíamente. En general, estos enfermos concurren tardíamente, es decir, cuando se ha producido ya consolidación, y estas fracturas han hecho la eliminación del piso por necrosis, caída de fragmentos al seno maxilar, etc.; de manera que la reconstrucción del piso de la órbita, es casi siempre una intervención tardía; después de cicatrizadas las heridas, o de desaparición del complejo inflamatorio. Nosotros hemos tenido que tratar algunos casos, y lo hemos resuelto siempre, mediante una incisión a nivel del borde inferior de la órbita, utilizando para reconstruirla, homoinjerto tomado de la cresta ilíaca, comprendiendo la tabla interna del coxal. No sé si es visible (muestra una placa); este es el caso de un niño que tenía un traumatismo con herida con una diplopía; en este chico, como en todos los casos tratados, el levantamiento por vía subperióstica de la apófisis ascendente del maxilar y del malar, con los restos de la apófisis orbitaria externa, nos permitió ver una brecha por la cual bandeaba el nervio infraorbitario con la grasa; la brecha era de forma triangular, de manera que tomamos con esta incisión a nivel de la cresta ilíaca y a escoplo, una pieza ósea, comprendiendo la tabla interna del coxal a nivel de la fosa ilíaca, se obtuvo una lámina de hueso y se talló en forma adecuada, haciéndole una incisión en V para que permita el pasaje del nervio infraorbitario, y se obtuvo esta lámina de hueso

que tiene en su centro una ranura por la cual desciende el nervio, y a su vez, levantando la grasa periorbitaria, y a su posición original en la órbita. La reparación, entonces, secundaria; material, hueso esponjoso con la lámina compacta, la tabla interna del coxal, y tallado en forma adecuada a las dimensiones de la brecha en el piso de la órbita, por vía subperióstica y apoyándose en ellas, como pilares.

Dr. HOFFMAN.— El caso concreto era una herida de bala con destrucción completa primaria.

Dr. ARDAO.— En esas circunstancias, como no hay restos donde apoyarse, debería ser suturado el injerto con hilo de acero a la apófisis orbitaria externa del frontal, y a la parte interna si queda parte de la lámina ascendente del maxilar superior, también por un punto de hilo de acero; el establecimiento de una buena repisa para darle soporte al ojo.

Dr. LATOURETTE.— Cuando en las contusiones de boca o cara, existe simplemente herida de la cara mucosa, ¿se debe suturar las mismas, o hacer la limpieza y dejar que cierre por segunda?

Dr. FOSSATI.— Aunque clásicamente, y en muchos libros se dice que las heridas de las mucosas pueden dejarse sin suturar, y que evolucionan correctamente; esto tiene alguna limitación, particularmente en los casos en que los desgarros de la mucosa ocupan, por ejemplo, el vestíbulo, cosa que es muy frecuente, en los casos de una contusión de los labios desde adelante, o el costado, en la cual, hay un desgarró que toma la cara, parte del labio y llega a la parte de la encía; en ese caso si se deja sin suturar, y particularmente, cuando la herida es desgarrante, y con pequeños fragmentos, se pueden producir sinequias, con bordes que no corresponden, con la presencia posterior de bridas que limiten el movimiento de los labios, e impiden la colocación de prótesis; y exigiría posteriormente, en los casos más graves, si la pérdida de sustancia ha sido importante, y se ha perdido todo el fondo del vestíbulo, y se hace la sinequia de una parte grande del labio al borde gingival, se debe recurrir a técnicas más complejas, de liberación del fondo del vestíbulo y aplicación de injerto de piel sobre molde para dar la movilidad y libertad al labio, y para permitir el empleo de prótesis dentarias, por ejemplo, heridas lineales en la pared posterior de la mejilla, o del labio, siempre que no esté cerca del borde rojo, porque sino puede dejar deformación, y se pueden crear lesiones crónicas del tipo de la leucoplasia; es decir, que se debe ir a suturar las heridas, en los casos que pueda quedar como secuela una brida en el labio, una conexión en la profundidad del vestíbulo, o una zona irregular que el enfermo involuntariamente traumatiza repetidas veces, y puede dejar lesiones crónicas.

Dr. CERRUTI.— Técnica de la sutura del canal de Stenon.

Dr. FOSSATI.— Las heridas del canal de Stenon presentan dos localizaciones que diferencian el tipo y solución que puede darse. Cuando es la parte

del canal de Stenon que está situada por fuera del masetero, el hacer el nuevo abocamiento a la mucosa bucal es difícil y requiere elongar el canal, y abocarlo en un punto diferente, lo que no es correcto; en esos casos se puede cateterizar con un tubo de polietileno, como se hace en todos los conductos, y dejando el tubo permanente durante un cierto número de días, y retirarlo luego por el ostium de desembocadura. Cuando la herida es anterior se puede recurrir a la regularización del extremo proximal, y hacer un nuevo ostium con nuevo abocamiento a la mucosa bucal.

Dr. LATOURETTE.—¿Qué elementos orientan a despistar trastornos oculares en los traumatismos de la cara?

Dr. FOSSATI.—Entre los traumatismos de las partes blandas de la cara, está incluido el ojo; pero en nuestro relato no lo incluimos; pero las personas que son llamadas a tratar heridas de la cara, sea el cirujano plástico o el general, sabe siempre que existe una cierta frecuencia de trastornos oculares; y la conducta es hacer por rutina, por un oftalmólogo, un examen de ojos, sobre todo, fondo de ojo, y visión; si eso no lo hiciera, por lo menos debe realizar un estudio somero de la visión, y del campo visual rápidamente con el dedo; y eso puede despistar la existencia de desprendimientos de retina, o hemorragias, subretinianas. En otros casos, la lesión posterior es alrededor del nervio, y entonces, existen dos tipos de trastornos: unos que retroceden, por edema, por múltiples acciones; y otros que no retroceden, cuya causa es dudosa y que en los libros que la tratan, no es clara. A veces, no existen lesiones anatómicas del nervio, sino lesiones funcionales, que son definitivas, por las características propias de la biología del nervio. Un elemento que orienta es el estudio de los trazos de fractura: cuando éstos recorren la órbita y particularmente, cuando se dirigen hacia el orificio de salida del nervio; en esos casos, el cirujano se ve tentado a pensar que una liberación del nervio, inmediata, pudiera ser de utilidad; el único elemento que quiero agregar es que no está muy categórico en los libros que tratan de este accidente, por gente que tiene experiencia, que pueda existir la posibilidad de mejorar la situación con una operación sumamente grave, la zona de salida del nervio óptico.

Sr. COORDINADOR.—Para seguir con los reglamentos, corresponde cerrar la Mesa Redonda, comentando los distintos trabajos presentados. Pero debido a la amplia experiencia que tienen todos aquellos que hicieron uso de la palabra, vamos a hacer simplemente un pequeño comentario, sin entrar en detalles.

Con respecto a la presentación del Dr. Ardao, queríamos agregar lo que hemos dicho sobre los problemas oculares, que le contestamos al Dr. Latourette; y simplemente vamos a agregar que en algunos casos de traumatismos del piso de la órbita, se produce un fenómeno muy característico, en los días posteriores al traumatismo; las lesiones del piso de la órbita, a veces mínimas, producen una cicatriz que engloba el músculo recto inferior, y el enfermo presenta posteriormente una dificultad para elevar el globo ocular, es decir, que

tiene una visión correcta en la vida normal, pero cuando mira hacia arriba, hace una diplopía; en esos casos, se debe ir a la liberación quirúrgica del músculo, hasta llegar a la visión correcta.

Con respecto al trabajo de los Dres. Apolo y Moller, simplemente queremos recordar que muchos tratamientos de urgencia en las fracturas graves de la nariz, se siguen de una secuela que es la láterorrinia; es frecuente que a pesar de que el tratamiento sea correcto, el enfermo quede con una cierta desviación, que requiera posteriormente, una corrección quirúrgica; que en las fracturas envejecidas, es decir, en aquellas que ha pasado un largo tiempo entre el momento de la fractura con hundimiento y la consulta, las técnicas de movilización y reposición de estructuras, no siempre son posibles, y en muchos casos, hay que recurrir a remodelar los elementos de la nariz, con agregado de injerto que reconstituya la forma normal; y dentro de la parte de la remodelación quirúrgica de la nariz, es importante que la vía de aire sea permeable, previamente a la realización del injerto de hueso.

Con respecto al Dr. Pietropinto, destaco la importancia que tiene el equipo de un cirujano plástico y un cirujano dental, en el per y postoperatorio de las fracturas de maxilar.

El trabajo del Dr. De Vecchi no debe comentarse pues es la persona que tiene más experiencia en nuestro medio, y es el iniciador de este problema de las fracturas del cóndilo y toda su patología. Vamos a felicitarlo por la forma clara y objetiva de presentación que hizo, particularmente, por los esquemas que acompañaron las distintas fases del trabajo.

Y para terminar, queremos agradecer el honor que nos han conferido, al permitirnos presidir esta Mesa Redonda, y agradecer a todos los que han asistido a ella.

# 11º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

## SESION PLENARIA

Lunes 5 de diciembre. Hora 15

TEMA:

## CANCER DEL RECTO

RELATOR:

Dr. ABEL CHIFFLET

CORRELATOS:

- 1) "Caracteres lesionales en relación con el tratamiento quirúrgico":  
*Dr. Alberto Aguiar.*
- 2) "Radioterapia y quimioterapia": *Dr. Helmuth Kasdorf.*
- 3) "Aspectos urogenitales del tratamiento quirúrgico": *Dr. Julio Viola Peluffo.*

CONTRIBUCIONES:

- 4) "Carcinoide de recto": *Dres. Horacio Gutiérrez Blanco y Oscar Posadas.*
- 5) "Tratamiento quirúrgico radical del cáncer del recto con conservación del canal anal": *Dres. Eduardo Palma, D. Mendoza, L. A. Oronoz, F. Giuria, Fco. del Campo, R. Esperón, W. Portillo y E. Fernández.*
- 6) "Complicaciones urogenitales del cáncer rectosigmoideo por invasión directa": *Dres. G. F. Cottini, I. D. Suárez y R. Siano Quarós.*
- 7) "La vía sacral ampliada": *Dr. Felipe Carranza (contribución personal).*

DISCUSION