

CONCEPTOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DE LAS QUEMADURAS DE LA CARA

Dr. GUILLERMO H. FOSSATI

Creemos que la razón de ser de nuestra ponencia es reunir en un estudio de conjunto los conceptos generales que guían el tratamiento de las secuelas de las quemaduras de la cara, para dar unidad a los diversos trabajos que tratan detalladamente los problemas particulares de cada área del rostro e ilustran los procedimientos aplicables en cada caso.

Una de las más graves afecciones que puede padecer el hombre es la quemadura profunda de la piel de su rostro. Esta lesión determina al curar espontáneamente una mutilación tal que, si bien generalmente no compromete su vida, altera en tal forma el aspecto y la función de la cara que finalmente puede resultar peor para el paciente que la pérdida de la vida.

La necrosis de los tejidos ocasiona pérdidas parciales o totales de diversas partes de la cara. La curación espontánea, por el doble mecanismo de la epitelización desde los bordes, más la retracción del lecho, lleva a la producción de cicatrices retráctiles. La movilidad y laxitud de los tejidos faciales, junto a la presencia de múltiples aberturas, permite retracciones especialmente marcadas, con deformidades monstruosas a nivel de las regiones palpebrales, boca, narinas, etc.

Mientras no se produce la epidermización de todas las superficies cruentas existe un proceso de fibrosis profunda que

acartonan los tejidos, con formación de cicatrices de tipo hipertrofico, de color rojo brillante y a veces ulcerada, aun en zonas donde la destrucción inicial no llegaba al espesor total del dermis.

De lo dicho resulta que una quemadura grave de la cara produce alteraciones importantes en:

- a) Integridad anatómica.
- b) Conservación de la función.
- c) Aspecto, o sea estética de la región.
- d) Esfera psíquica del paciente.

Por lo tanto, el tratamiento correcto y completo de las quemaduras profundas de la cara, constará de cinco capítulos fundamentales:

- I) Tratamiento inicial y prevención de las secuelas.
- II) Reconstrucción de las unidades anatómicas destruidas.
- III) Restitución de la función.
- IV) Reconstrucción facial estéticamente satisfactoria.
- V) Psicoterapia antes, durante y luego de concluido el tratamiento.

En la práctica, estos diferentes capítulos no se cumplen separadamente, sino que están presentes todos ellos en cada paso del tratamiento. Así, por ejemplo: frente a una destrucción del párpado, se plantea como problema de urgencia la conservación de la visión, en riesgo por la posible desecación de la córnea, perforación y panoftalmia purulenta.

El tratamiento será largo y azaroso, meses o años en que se practicarán múltiples intervenciones, mayores y de retoque, separadas por períodos de reposo, destinados a permitir a los tejidos transplantados a adaptarse y retraerse. Estos períodos son también útiles para la recuperación del paciente desde el punto de vista general, corrección de anemia, desnutrición, etc. y, desde el punto de vista moral, cierto desaliento acompaña a los períodos de internación.

TRATAMIENTO INICIAL
Y PREVENCIÓN DE LAS SECUELAS

El tratamiento inicial debe estar orientado a:

- 1) Salvar la vida.
- 2) Impedir la lesión ocular.
- 3) Evitar la infección.
- 4) Lograr lo antes posible la epitelización de las quemaduras de espesor parcial de piel.
- 5) Preparar las áreas con quemaduras de espesor total de piel para ser injertadas precozmente.

1) *Salvar la vida.*— Comprende todas las medidas de carácter general tendientes a impedir que el shock se produzca o bien a tratarlo cuando está presente.

2) *Impedir la lesión ocular.*— Inicialmente mediante el lavado cuidadoso con suero fisiológico y anestésicos suaves, realizando un prolijo examen del grado de la quemadura a nivel de la conjuntiva y la córnea. Luego se protegerá el ojo de la desecación e infección mediante la aplicación de ungüentos antibióticos. En las quemaduras graves con retracción de los párpados se planteará la tarsorrafia de urgencia, o bien el colgajo de conjuntiva protector de la córnea. En retracciones moderadas debe tenerse en cuenta que un paciente con un correcto reflejo de Bell protege mejor su córnea que el que no logra realizar la posición ocular de reposo.

3) *Evitar la infección.*— Si bien la cara se encuentra muy predispuesta a ser contaminada por las secreciones oculares, nasales y bucales, así como por las maniobras necesarias para la alimentación, es por otra parte especialmente resistente a las infecciones, siempre que se logre mantenerla libre de exudados y de maceración. La infección interfiere con la epitelización de las quemaduras superficiales e impide la injertación exitosa

de las profundas. Puede también ulcerar secundariamente zonas ya epitelizadas. Las condiciones generales del paciente influyen marcadamente en la infección debiendo despistarse siempre la anemia, hiperglicemia, hipoproteinemia, hiperazoemia, etc.

4) *Lograr lo antes posible la epitelización de las quemaduras de piel de espesor parcial.*— Evitando la acción contraria de la infección y del traumatismo. Dentro de los traumatismos debe considerarse a las curaciones agresivas. La forma habitual de curación de la cara es bajo costra, lo que si bien lleva normalmente a una correcta epitelización también es muy peligroso si interfiere la supuración, oculta a veces bajo costras de aspecto saludable. Curaciones retardadas se acompañan de cicatrices de mala calidad.

5) *Preparar las áreas con quemaduras de espesor total de piel para ser injertadas precozmente.*— Se logrará en algunos casos mediante la resección quirúrgica de las escaras y en otros esperando la lisis espontánea de la misma. En las quemaduras localizadas puede pensarse en aplicar primariamente injertos definitivos. Lo habitual en el gran quemado es la aplicación de injertos finos, con el fin de cubrir todas las áreas granulantes. Serán luego reemplazados por los injertos definitivos. Estos injertos no impiden, sino que atenúan las deformaciones faciales.

Terminado el tratamiento primario el paciente se encontrará totalmente restablecido desde el punto de vista general. Todas sus quemaduras estarán epitelizadas. No existirán focos infecciosos en la piel. En estas condiciones y en lo que a la cara se refiere, estará pronto para iniciar el tratamiento definitivo.

CAPITULO 11

RECONSTRUCCION DE LAS UNIDADES ANATOMICAS DESTRUIDAS

Aparte de la destrucción de la cubierta cutánea por acción del calor, es frecuente que ciertas zonas sufran procesos des-

tructivos más profundos, en particular la pirámide nasal y el pabellón de la oreja. Los párpados, labios y cuero cabelludo pueden también ser totalmente destruidos.

La reconstrucción de áreas anatómicas profundamente destruidas no se reparará con simples injertos de piel libre, sino que se requerirán plastias más complicadas, que mediante colgajos, logren la reparación de las estructuras perdidas. Los colgajos transportarán no solamente la cubierta de la región, sino la armazón de la misma. En el caso de órganos de esqueleto cartilaginoso y óseo, servirán de estuche para la inclusión posterior de un esqueleto rígido, ya sea de hueso, cartílago o materiales haloplásticos de inclusión como el polystan y la silicona.

En algunos casos se podrá recurrir a colgajos de vecindad al defecto, pero en quemaduras extensas se deberá recurrir a tejidos alejados de la cara, que se transportarán por medio de colgajos tubulares, etc., conducidos directamente, o por estaciones intermedias móviles como el brazo.

Las quemaduras producidas durante crisis de epilepsia son especialmente apropiadas para producir destrucciones profundas de tejidos.

En el caso especial del cuero cabelludo es importante destacar que los defectos de la línea de implantación del cabello son particularmente deformantes y deben ser siempre corregidos.

CAPITULO III

RESTITUCION DE LA FUNCION

La función más delicada de los diferentes órganos de la cara es sin duda la visión y para conservar la función de los globos oculares es necesaria, aparte de su propia indemnidad, la función perfecta de los párpados.

El párpado superior, con su constante movimiento cumple el doble papel de proteger y mantener la humedad de la córnea. Su función está unida por lo tanto a su capacidad para ascender y descender. El párpado inferior cumple un rol más modesto, de cincha que contiene y protege al globo ocular, al mismo tiempo que conduce las lágrimas del ángulo externo al ángulo interno del ojo, para llevarlas finalmente a las fosas nasales, a través de la vía lacrimal.

La pérdida de función del párpado superior lleva necesariamente a la pérdida de la función ocular. La pérdida del párpado inferior determina un lagrimeo permanente y molesto al paciente (epifora).

La reparación de los párpados es siempre la primera que se realiza en el paciente quemado.

El párpado consta anatómicamente de las siguientes capas:

- piel;
- tejido celular;
- músculo orbicular;
- tarso;
- músculo elevador;
- conjuntiva.

En las quemaduras térmicas la capa habitualmente interesada es la piel. Las quemaduras por cáustico afectan en especial la conjuntiva, palpebral y bulbar. Las quemaduras eléctricas pueden producir destrucción profunda de todos los planos.

Se entiende por función para la boca la conservación de su tamaño y movilidad, de manera de no interferir en la alimentación y articulación de las palabras.

La pérdida de piel a nivel de los párpados o de los labios lleva fácilmente a la eversión de los mismos (ectropión), acompañado por el cierre de las comisuras.

El ectropión de los párpados debe ser corregido precozmente, siendo siempre la lesión primera que debe ser intervenida.

Las deformaciones motivadas por las quemaduras de piel de labios o párpado se corrigen habitualmente mediante la aplicación de injertos de piel libre, de espesor variable según la región. En general los injertos de piel libre deben ser muy amplios, mucho mayores que la región que se quiere reconstruir, para que luego del proceso de retracción tomen la forma y tamaño deseado. Para la aplicación de injertos amplios se utiliza la técnica de McIndoe que consiste en aplicarlos sobre un molde de pasta Kerr del tamaño y forma conveniente. En ciertos casos se recurrirá a colgajos locales, colgajos a distancia o plastias en Zeta.

Las retracciones y pérdidas de sustancia de la pirámide nasal interfieren más raramente con la función, excepto en las retracciones graves de las narinas o en la pérdida completa de la pirámide nasal.

Más raras aún son las retracciones cicatrizales del conducto auditivo externo que interfieren con la audición.

CAPITULO IV

RECONSTRUCCION FACIAL ESTETICAMENTE SATISFACTORIA

La necesidad de un resultado estético satisfactorio es en la cara tan importante como lograr una función correcta de cada una de sus partes.

Debe tenerse en cuenta, desde el punto de vista estético, las siguientes regiones:

- párpados;
- pirámide nasal;
- labios;
- línea de nacimiento del cabello;
- pabellones auriculares;
- cejas;
- piel de las mejillas;
- piel frontal;

cada una de estas regiones integra un *área estética y funcional* perfectamente definida. Luego de realizada la reconstrucción cada área debe conservar su unidad. Las cicatrices de injertos y colgajos ubicadas en la unión de dos áreas vecinas tenderán a hacerse inaparentes.

Cuando el defecto a reparar ocupa una pequeña parte del área estética a que pertenece la reparación, será exclusivamente del defecto. Pero si la zona a corregir ocupa gran parte del área estética, puede ser conveniente para lograr un mejor resultado final la reconstrucción de toda la zona en una unidad, sacrificando las pequeñas zonas sanas remanentes.

Cuando se trata de rehacer la cubierta cutánea, debe tenerse en cuenta el aspecto de la piel normal de la zona para elegir un área dadora de injertos, similar al área receptora.

Cada zona de piel de la cara tiene un grosor determinado. es lampiña o pilosa, etc. La piel de los párpados es la más fina de la economía y se repara más perfectamente mediante amplios injertos de piel muy finos. La piel de las mejillas y mentón es más gruesa y resistente.

En el hombre debe cuidarse en lo posible la reconstrucción de las zonas pilosas de la barba mediante colgajos rotados de zonas pilosas, de manera de hacer finalmente menos aparente el defecto. La unión de la zona pilosa de la mejilla con la zona lampiña es buena para ocultar cicatrices.

En el hombre se debe realizar la reconstrucción de las cejas, ya sea mediante injertos libres de piel pilosa o colgajos pediculados o en isla. En la mujer puede recurrirse al artificio de pintar la línea de las cejas.

Cuando es imposible evitar cruzar áreas estéticas con cicatrices deberá recurrirse a ciertos artificios que las hacen menos aparentes, como son las plastias en Zeta múltiples para las cicatrices de mejilla y mentón o el pulido quirúrgico de las cicatrices.

Uno de los defectos más difíciles de tratar es la diferencia de color entre los injertos y colgajos en relación a la piel normal. El empleo de injertos tomados de áreas vecinas a la cara, el grosor de los injertos, la perfecta toma inicial, etc., son elementos que favorecen el resultado obtenido. Frente a una falta de correspondencia de color podrá recurrirse al pulido superficial de toda la cara, seguido de protección de las radiaciones solares o al empleo de cosméticos. El tatuado cosmético puede tener su indicación en problemas circunscriptos a pequeñas áreas.

Un horizonte promisor se presenta a la abrasión quirúrgica de los injertos seguida de nuevos injertos, finos, aplicados sobre la dermis.

CAPITULO V

SICOTERAPIA ANTES, DURANTE Y LUEGO DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO

La psicoterapia debe tenerse en cuenta desde que recibe a un paciente con quemaduras importantes. El miedo a perder la vida, a la desfiguración o a la incapacidad para el trabajo do-

mina al enfermo, quien debe ser tranquilizado a ese respecto. No son suficientes las drogas sedantes y los somníferos.

Luego debe efectuarse sobre el paciente que, recuperado desde el punto de vista general, pregunta sobre el futuro de su rostro y desea contemplarlo.

Se debe ser muy prudente para evitar el optimismo exagerado o la depresión y desmoralización del paciente.

Antes de hacer ver al enfermo el largo período de recuperación que le espera y las múltiples operaciones que requerirá se debe haber logrado una confianza absoluta en el cirujano. Cuando se ha logrado que el paciente tenga fe (como dicen los propios enfermos) en el médico, lo demás es fácil.

El único que puede actuar favorablemente sobre el paciente es el propio cirujano que lo opera, con la colaboración de sus ayudantes, anestesista y personal de sala. Nunca deben existir contradicciones entre lo que afirma el médico tratante y algún otro de los técnicos del Servicio. Esto lleva al paciente a la desconfianza.

Así como la conducción de la asistencia física del quemado necesita un elemento coordinador, que reúna todos los esfuerzos, también desde el punto de vista de la asistencia psíquica es necesario un elemento que dirija y coordine todos los esfuerzos en mantener alta la moral del paciente, sus ansias de curación y recuperación, así como su resistencia a los múltiples sacrificios que le esperan antes de lograr el restablecimiento completo.

La recuperación completa del paciente será cuando esté restablecido a su ambiente familiar y social, recuperado su trabajo o un trabajo equivalente, sin complejos de inferioridad, ni secuelas indelebles de traumas síquicos que lo disminuyan en su actuación.

BIBLIOGRAFIA

1. BROW and Mc DOWELL.— "Skin grafting", Lippincott Co. Third Edition, 1958.
2. SCHOFIELD, A. L.— Burns of the eyelids and their treatment. "Brit. J. of P. S.", VII: 67; 1955.
3. GONZALEZ-ULLOA, M., M. D. F. A. C. S.— Restoration of the face covering by means of selected skin in regional Aesthetic units. "Brit. Journ. Pl. S.", IX: 212; 1957.

4. WILFRED HYNES, F.R.C.S.—The treatment of scars by shaving and skin graft. "Brit. Journ. Pl. Sd.", X: 1-10; 1958.
5. MIR y MIR, L.—The Problem of Pigmentation in the cutaneous graft. "Brit. Journ. Pl. S.", XIV: 303-307; 1961.
6. EDGERTON, M. T. and HANSEN, F. C.—Matching facial color with split thickness skin grafts from adjacent areas. "Plastic and Reconst. Surg.", 25: 455-464; 1960.
7. BOWE, J.—Primary Exeision in third degree burns. "Plastic and Reconst. Surg.", 25: 240-247; 1960.