

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE LA CARA

Discusión

Dr. MOLLER.—Preguntan el Dr. Emilio Guidi y el Dr. Trochansky: Durante la cura al aire libre en las quemaduras de cara, ¿emplea alguna sustancia medicamentosa, pomadas, antisépticos, etc., mientras espera la evolución? La pregunta será contestada por el Dr. De Vecchi,

Dr. DE VECCHI. Creo que en general no se debe usar nada; la costra que se forma a las 24-48 horas, hace que toda pomada que se use sea inútil.

Hemos usado recientemente la pomada con tripsina, cuya ventaja sinceramente no he podido aquilatar, en las quemaduras parciales. En las quemaduras parciales y con costra, lo que puede estar indicado es hacer antibióticos por boca; pero no creemos que ninguna pomada pueda resolver absolutamente ningún problema; al contrario, puede ser perjudicial porque forma costra ella misma y el antibiótico rápidamente se inactiva y es inútil.

En general no usamos nada.

Dr. MOLLER.—Segunda pregunta formulada por el Dr. Trochansky: ¿Qué tratamientos e indicaciones se cumplen en las quemaduras de cara que no son de tercer grado en pacientes ambulatorios? Se refiere a quemaduras parciales.

La pregunta será contestada por el Dr. De Vecchi.

Dr. DE VECCHI.—Si parciales se refiere a partes de la cara, cuando son quemaduras zonales creo que no hay que indicar nada; cuando las zonas son grandes lo mejor es dejarlos internados. El gran problema del enfermo con quemaduras graves en el ambiente familiar, es la gente que pueda estar resfriada o infectada, que pueda a su vez infectar la zona quemada y hacerla profundizar

El enfermo con una quemadura de cara de relativa importancia, debe estar internado en un hospital o en un sanatorio, por lo menos la primer semana, hasta tener la noción realmente de cuál va a ser la evolución de la quemadura. No creo que haya en general ninguna indicación especial a hacer a estos enfermos.

Dr. MOLLER. - Tercera pregunta, formulada por el Dr. Emilio Guidi: En las quemaduras profundas de cuello, ¿qué directivas emplean para evitar en lo posible la retracción mento-torácica, aun luego de injertado?

Contestará esta pregunta el Dr. Fossati.

Dr. FOSSATI.—En las graves retracciones del cuello, el cirujano plástico se maneja con dos procedimientos. Por un lado, el recurso de rotar colgajos o llevar colgajos desde zonas distintas en los casos de quemaduras asociadas del tórax; colgajos de espesor total, con su tejido celular, en el cual la tendencia a la retracción en sí del colgajo es pequeña, siempre que se ubiquen las suturas entre los colgajos de uno y otro lado en forma conveniente para que no sean cicatrices verticales. En el caso de tratarse de cicatrices verticales, como vimos en la enferma presentada por el Dr. Bonavita, en un caso del Prof. Ardao, posteriormente deben hacerse retoques con lo que se logra hacer desaparecer la cicatriz del cuello.

Justamente está en la sala la enferma documentada por el Dr. Bonavita, y vemos que el cuello tiene una forma perfecta y no quedan rastros de aquella cicatriz retráctil luego de la corrección secundaria que vimos en el diapositivo. Pero cuando se hacen reconstrucciones con injerto, el problema es distinto. Los injertos tienen gran tendencia a retraerse. Entonces deben seguirse varias directivas.

En primer lugar, al liberar el cuello, se deben extirpar enteramente las cicatrices y su lecho fibroso. Esto crea un defecto de por sí muy grande. Al aplicar los injertos, estos injertos son de mediano espesor y es conveniente aplicarlos en dos sesiones. Es decir, en una primera sesión se intenta reconstruir la parte vertical o la parte horizontal del cuello, con un amplio injerto que desborde ampliamente la parte que se pretende reparar. Por ejemplo, si nosotros liberamos toda la cicatriz de la parte horizontal del cuello, el injerto va a invadir la parte vertical del mismo. Pero luego en su retracción va a quedar circunscrita a la zona que nosotros queríamos corregir. Y por otra parte, en el postoperatorio, mantenemos al enfermo con la posición correcta, algo extendida, de la cabeza, por ejemplo con una minerva de yeso.

Seis meses después se puede emprender la reconstrucción de la otra zona. Se resecan las cicatrices remanentes y se coloca otro nuevo gran injerto para reconstruir la parte vertical.

Nuestra experiencia en esta técnica es de un caso; es una técnica no muy popular, por otra parte, entre los cirujanos plásticos hasta estos últimos años. Se trata de un caso que fue operado con el Dr. Hugo Méndez en el Hospital de Mercedes, y se realizó en esa forma: un primer tiempo para la zona horizontal; un segundo tiempo para la parte vertical del cuello. Injertos de mediano espesor y tres, cuatro y cinco meses de postoperatorio con una minerva de yeso para evitar que el cuello se retraiga. Algunos autores han fabricado ciertos aparatos de plástico que mantienen el cuello extendido, de aplicación más sencilla para el enfermo, que pueden sacarse para hacer la higiene, etc.

Dr. MOLLER.—No habiendo más preguntas, queda abierta la discusión general del tema.

Dr. ARDAO.—Creo que las autoridades del Congreso y el Coordinador, deben encontrarse muy satisfechos por el desarrollo de la sesión de hoy, en la que con la experiencia que existe en nuestro medio, se ha tratado de reunir en diversos subtemas, un tema tan importante como es el tratamiento de la quemadura de la cara. Tema que ha sido enfocado especialmente hacia el tratamiento de las secuelas de las quemaduras.

Es evidente que todos estos trabajos constituyen en el momento actual una puesta casi al día, y se podría decir al día, del tema del tratamiento de las secuelas cicatrizales de las quemaduras de la cara.

El tema ha sido un tema bien escogido por las autoridades de la Sociedad de Cirugía Plástica. Hace unos años, no muchos, todos los que somos actualmente profesionales, nos hubiera parecido un tema fuera de lugar el de las quemaduras de la cara. Pero es evidente que el tema ha sido objeto de profunda investigación a partir de los últimos 20 ó 25 años, y especialmente, como se ha señalado aquí, a raíz de la experiencia de la segunda Guerra Mundial.

No es ocioso destacar una vez más el inmenso valor que aún no se ha proyectado suficientemente como para que sea señalado en todas partes, de la obra de un solo hombre; me refiero a Archibald Mackindoe. Neozelandés, cirujano distinguidísimo, hizo trabajos importantísimos en cirugía gástrica y del hígado en la Mayo Clinic. En 1932 ó 1933 fue a Inglaterra, y su obra realizada allí fue tan importante que se le consideró el máximo cirujano de la Royal Air Forces de aquel país. Fue él quien creó técnicas, quien logró importantísimos avances en el tratamiento de las quemaduras de la cara en especial. La quemadura de la cara fue en esta guerra mundial segunda, una enfermedad nueva, porque integraba junto con la quemadura de las manos, la quemadura del aviador. En una época en que no se conocían bien las directivas del tratamiento, ni se tenían equipos para colaborar desde diversos ángulos en la restitución de estos enfermos, Archibald Mackindoe, que trató más de 5.000 aviadores quemados, en los que realizó más de 30.000 operaciones, personalmente, desde el principio de la guerra hasta hace dos años —setiembre de 1960, fecha en que murió—, este gran cirujano inició una era para la cirugía plástica y dejó una gran obra, no sólo en el aspecto técnico, sino en tratar de modificar el espíritu del enfermo quemado, así como del público en general. Para estos enfermos quemados no hay lugar para la piedad; deben ser tratados y estimulados tanto en el tratamiento, en la superación al dolor, como en la superación de esa fe que es necesaria, punto en el cual insistió tan bien el Dr. De Vecchi, así como los Drs. Fossati y Bonavita.

Es a este hombre que se debe un concepto nuevo en la manera de tratar al enfermo quemado, especialmente al quemado del rostro. Nada hay tan alentador como explicarle al enfermo que necesita años de tratamiento, para recuperarse desde el punto de vista de la forma, desde el punto de vista de la función, a veces en pequeñas lesiones de la cara. Y en ese interés debe saber que tiene que sufrir muchas operaciones; operaciones seguidas de etapas de recuperación, fuera del hospital. Pocas cosas contribuyen más a edificar al individuo, cuando éste sabe que tiene que pasar por estas etapas de tratamiento o de intervalos, en las cuales debe él mismo tratar de recuperarse.

Sorpresivamente encontré que se encuentra entre nosotros una enferma, a la que se aludió en la presentación del Dr. Bonavita. No fue exagerado el Dr. Bonavita al hacer el elogio que formuló al espíritu de esa señorita, que pudo así ir superando las etapas tan largas de su tratamiento. Esta señorita, instrumentista de un servicio quirúrgico, sufrió una quemadura muy importante del rostro. Esta lesión fue hace 5 años, y ha sufrido 30 operaciones.

Me voy a permitir mostrar esta enferma, para que se vea lo que se puede ir logrando en el curso del tiempo, y es preciso que el enfermo colabore siempre. Según hemos acordado con la enferma, en enero iniciaremos la 31 operación.

(Muestra diapositivo).—La enferma fue vista por nosotros en el Hospital de Clínicas. Quiero destacar algunas cosas para que se vean los resultados que se han ido obteniendo. Esta enferma presentaba un extropion del párpado inferior del lado izquierdo, que motivó un injerto completo de acuerdo a la técnica que tan bien mostró el Dr. Fossati. El labio superior tenía la parte roja de la mucosa, adherida a la altura de la columela. En este punto se continúa directamente el labio rojo con la piel de la columela; faltan partes de las alas de la nariz. El labio inferior ectrópico, está evertido hacia afuera, y casi su límite está a la altura del mentón.

Por otra parte presenta una enorme cicatriz retráctil que hace una especie de sinfisis mento-torácica. La enferma vivía agobiada con la posición a que ello la obligaba. No entraré en los detalles de las diversas operaciones, sino que voy a mostrar los resultados obtenidos. Y esto fundamentalmente debido al conocimiento que ello tenía de lo que se le iba a hacer.

En un quemado de la cara lo primero a hacer es un plan de tratamiento. Así el enfermo sabrá que primero se le atenderá el párpado, después el labio o la oreja, etc. Esas etapas deben ser realizadas en forma sucesiva, y no de acuerdo a una ocurrencia del cirujano o al deseo del enfermo; tiene que serlo de acuerdo a ciertas directivas que son fundamentales. Hay algunas cosas que se deben reparar primero, en unidades anatómicas y funcionales, como señaló en esquema el Dr. De Vecchi y a lo que aludió el Dr. Fossati.

(Muestra la enferma).—Fíjense ustedes la diferencia que hay entre la reparación del cuello. Esta cicatriz corresponde al borde superior de la cicatriz al nivel del mentón. El Dr. Bonavita dijo muy bien que la cirugía de las cicatrices involucra tres principios de técnica operatoria sucesiva. Y no se puede pasar a la siguiente sin haber terminado la anterior. Primero, la resección de todos los tejidos patológicos; segundo, la reposición de las estructuras normales a su posición normal; y tercero, cubrir el defecto.

En algunas circunstancias como ésta, es decir, de sinfisis mentotorácica, se puede prescindir de ese primer tiempo que es la escisión de todos los tejidos patológicos, haciendo una incisión y retrayendo la cicatriz a su posición normal, es decir, sobre el tórax. Después no es difícil traer dos colgajos acromiotorácicos, y suturarlos oblicuamente, no en la línea media, un poco hacia el costado, a fin de evitar la reiteración de la brida.

De cualquier manera, quiero mostrar lo que se va logrando cuando el enfermo comprende que el tratamiento no se circunscribe a una operación o

dos; que la cirugía de las quemaduras es como las hipotecas, a largo plazo. Así es que la enferma puede colaborar. En un primer momento es difícil que comprendan, porque no han salido del estado emocional que le ha producido la quemadura. Pero después se van recobrando. El Dr. Fossati tiene en estos momentos una enferma, con lesiones bastante parecidas a las de esta enferma; y ya sabe que ahora se le tratará el párpado, luego la nariz, etc.

En cuanto a los trabajos presentados en esta reunión, han sido enfocados de manera muy correcta; habría lugar a hacer algunos comentarios sobre preferencias personales; por ejemplo, con respecto al injerto de piel total que mencionó el Dr. Fossati, para reconstrucción de párpado inferior, debo decir que creo que nadie lo hace actualmente. Pero es interesante también recordar cómo esta contribución de un oftalmólogo, el Dr. Wolfe —cirujano muy aventurero; fue cirujano de Garibaldi, estuvo en Salónica, fue oftalmólogo en Australia—, perduró, cuando reconstruyó un párpado cicatrizal con un injerto de piel libre tomado detrás de la oreja. Este procedimiento hoy lleva su nombre, y en una época precursora, antes de la antisepsia y antes de la asepsia, se puede afirmar que hizo un aporte muy importante.

Corresponde asimismo felicitar a las autoridades del Congreso y al Coordinador de la mesa redonda.

Antes de terminar quisiera formular una moción, que he redactado ya, a fin de ser presentada a la Asamblea final del Congreso.

Dice: "Renovar la exhortación de años anteriores a las autoridades de la Facultad de Medicina y al Ministerio de Salud Pública, para que estructuren y organicen un servicio especializado destinado a la docencia, asistencia e investigación en los enfermos quemados".

Pongo esta moción a consideración de esta mesa redonda, a fin de ser presentada en la reunión final del Congreso.

Dr. MOLLER. El Dr. Ardao, al iniciar sus palabras, expresó que felicitaba a las autoridades de la Sociedad de Cirugía Plástica por la elección del tema. Y realmente creo que fue muy oportuna esa elección. Pensamos que debía tomarse para esta mesa redonda un tema que tuviera un alcance no sólo limitado al grupo de cirujanos plásticos, sino que tuviera una repercusión mayor; y es que evidentemente esa repercusión la tiene el tema de quemaduras de la cara, principalmente en cuanto a que el tratamiento primario debe ser encarado con gran frecuencia por los cirujanos generales. Salvo en algún medio reducido de Montevideo, en el resto del país son los cirujanos generales y a veces el médico general el que realiza el tratamiento primario de esas quemaduras.

Y en relación con esto dividimos la mesa redonda en dos partes: una, que se refería al tratamiento primario, que tan bien expuso el Dr. De Vecchi destacando los aspectos fundamentales del mismo, y que queremos volver a recordar. Por ejemplo, la importancia que debe dársele siempre al estado de la vía respiratoria en los recién quemados. Recordamos que en los quemados por llama, aun cuando las quemaduras de la cara puedan no ser de gran importancia, existe la posibilidad de quemaduras de las vías respiratorias, pro-

ducidas por la inhalación de gases calientes, que quizá no sean capaces de producir una quemadura importante a nivel de la piel, pero que sí son capaces de agredir de manera importante la vía respiratoria y provocar a través del edema consiguiente un cuadro atípico, que puede no manifestarse precisamente en las primeras horas, sino luego de 12-24-48 horas. Este plazo de 48 horas es importante, puesto que es el momento en que en términos generales puede decirse que tienen lugar las mayores manifestaciones en relación con el edema.

El otro aspecto importante que nunca debe ser olvidado, y que ya fuera destacado por el Dr. De Vecchi y otros ponentes, es el cuidado de la parte ocular; es decir, la protección que debe dársele al órgano de la visión, que es de fundamental importancia; y al respecto entendemos que no es necesario extendernos más sobre el punto.

Terminado el aspecto del tratamiento primario de los quemados, entramos al aspecto de las secuelas. Y a través de la exposición del Dr. Fossati, que se refirió a los conceptos generales de su tratamiento, y algo más especialmente al tratamiento de las secuelas de las quemaduras a nivel de la región óculo-palpebral; y ese aspecto de las secuelas ilustran a quienes no están en el campo de la cirugía plástica, sobre las enormes dificultades que debe afrontar todo cirujano plástico cuando tiene que resolver estos problemas. Si nos referimos a un aspecto parcial, a la reconstrucción de la oreja, es evidente que ahí difícilmente puede lograrse un resultado perfecto; es más que difícil, es imposible obtener un resultado perfecto. Sin embargo, el esfuerzo a través del tiempo, la experiencia así como el aumento de los conocimientos, lleva a un perfeccionamiento en este sentido y seguramente se seguirá avanzando. Lo mismo al referirnos a las otras secuelas. Bastaría referirnos al tipo de quemaduras panfaciales, como el caso mostrado por el Dr. Ardao. Quien haya conocido en sus primeras etapas a esta enferma, debe concluir que lo logrado es realmente maravilloso, y ha sido el resultado de un esfuerzo en que se ha mancomunado la sabiduría y el esfuerzo del cirujano y el otro aspecto ya destacado, de la cooperación del paciente, que a veces resulta difícil de lograr, pero que en el caso ha sido magnífica. Cuando se aúnan todos esos hechos, los resultados son buenos. Y aquí lo han sido.

Otro aspecto que deseaba destacar, es la importancia —lo que también mencionó el Dr. Fossati— de la asistencia psíquica del paciente quemado de la cara, sobre todo. Si uno se pone en la situación de ese enfermo, es evidente que la situación que debe afrontar es terrible. Primero el temor a la pérdida de la vida; luego el miedo a la desfiguración consecuente, crean un estado psíquico especial. El enfermo sin duda se enfrenta a un panorama realmente poco alentador, en el sentido de que ve que algunas de sus perspectivas en cuanto a desenvolvimiento en la sociedad y en el trabajo, se verán profundamente alteradas. La misma convivencia social y familiar, el enfermo puede pensar o piensa que se verá afectada, si se mantienen las desfiguraciones que él presume. En ese sentido de la psiquis del paciente, debe dársele el mayor apoyo. Y debe lograrse a través del cirujano que lo atiende, con el que debe existir una absoluta compenetración en la larga lucha por la recuperación del punto de vista estético de la cara, así como del punto de vista fun-

cional, y mientras está en el hospital por el resto del personal, que debe apoyar permanentemente al paciente, relatando la recuperación de otros enfermos o mostrándole a enfermos tan o más gravemente quemados y el resultado obtenido, sea a través de fotografías o con la visión directa del paciente.

Si no se logra la colaboración del paciente y se despierta en él una fe profunda en su cirujano, lo que se pueda lograr no será tan bueno como lo ocurrido en el caso presentado por el Dr. Ardao.

Por último, queremos agradecer a los integrantes de la mesa redonda, así como al resto de los congresales, por la colaboración prestada.

Queda a consideración de los asistentes, la ponencia del Dr. Ardao. Si no hay observaciones, se entenderá que se aprueba por aclamación. (Apoyados.)

MESA REDONDA

UROLOGIA

TEMA.

COMPLICACIONES UROGENITALES
EN LOS TRAUMATISMOS DE LA PELVIS

COORDINADOR:

Dr. EMILIO A. BONNECARRÈRE