

LA CIRUGIA PLASTICA DE URGENCIA EN LAS HERIDAS DE LA CARA

Dr. GONZALO CACERES NEGRI

En una herida de la cara será preocupación fundamental la obtención de una reparación lo más anatómica y funcional posible, a la vez que reduciendo a su mínima expresión la cicatriz residual con el fin de restituir al rostro la armónica expresión de su individualidad. Los resultados a lograr están directamente relacionados con una serie de factores, algunos de los cuales son dependientes de la magnitud de la lesión y de su situación topográfica, y otros del momento en que se encara el tratamiento y de la técnica empleada. Estos dos últimos aspectos son de la exclusiva responsabilidad del cirujano y en ellos insistiremos.

El conocimiento público que se tiene sobre la importancia de las lesiones de la cara, el temor a la cicatriz llamativa con toda su importancia social y psicológica futura, y la organización de medios asistenciales de urgencia en varias instituciones de medicina colectivizada de nuestro medio, han hecho cada vez más visible su alta frecuencia. En una sola institución mutual se tratan promedialmente dos heridas de cara diarias en su Servicio de Urgencia. La incidencia es elevada si se compara con las lesiones de otras áreas corporales y explicable tal vez por la situación expuesta de la cara y su carencia de cubierta protectora.

Los agentes etiológicos son muy variados, pero el automóvil ocupa un lugar estadístico preponderante. En los EE. UU., en el año 1961, el 72% de las personas que sufrieron accidentes automovilísticos presentaron heridas de la cara.

MOMENTO DE LA REPARACION

El tratamiento de las heridas de la cara debe ser encarado con criterio de urgencia. Esto no significa que la herida deba ser tratada de inmediato, posponiendo medidas de orden general que puedan ser necesarias. Asegurar una vía de aire adecuada

al herido y el tratamiento del shock o la hemorragia aguda, son emergencias que deben solucionarse previamente. Pero, en cuanto las condiciones generales del paciente lo permitan, *la herida de cara debe ser reparada en los plazos más cortos, preferiblemente dentro de las seis u ocho horas de producido el accidente.*

Cuanto más precoz sea la reparación, menor será la formación de edema, menor la fibrosis subsecuente y menor la cicatriz resultante. Las posibilidades de infección disminuyen. La manipulación de los tejidos lesionados es técnicamente más fácil sin edema y sin retracciones. La tranquilidad y el confort que se brinda al enfermo también son mayores cuando se procede de este modo.

Las heridas complejas, con mucho tejido desvitalizado y sucias por las características del accidente, deben ser cuidadosamente lavadas, debridadas y reparadas *en los plazos más cortos posibles* para prevenir la invasión microbiana y mejorar rápidamente el aporte circulatorio de porciones parcialmente desprendidas y de dudosa vitalidad, aprovechando al máximo el gran aflujo sanguíneo que tienen las partes blandas de la cara en comparación con otras regiones del organismo.

Frecuentemente se plantean problemas de momento operatorio en heridos de la cara que, por demora de la consulta o por condiciones generales deficitarias o por graves lesiones asociadas, llegan al cirujano plástico pasados los plazos establecidos. Es necesario saber que la reparación primaria en estos casos puede ser hecha con éxito aun cuando hayan pasado hasta uno o dos días desde el momento del accidente. En estas circunstancias se debe actuar bajo protección antibiótica y operatoria; deben resecarse los bordes de la herida en forma económica como se debe actuar siempre en la cara, pero con un margen de seguridad adecuado.

Si el enfermo presentara lesiones asociadas que por su gravedad obligaran a diferir la sutura de la herida, ésta debe ser lavada diariamente, irrigando profusamente el área lesionada con soluciones detergentes tipo Cetavlon o similares y protegida con antibióticos locales y generales hasta el momento de la reparación secundaria. En algunos casos puede ser útil como solución de emergencia la aproximación de los bordes de la herida con algunos puntos bien situados, a la espera del momento indicado.

PREOPERATORIO

Establecido el control de la vía de aire y del shock, los dos elementos de emergencia que primero deben ser considerados en todo herido de la cara, se debe combatir el dolor, prevenir la infección y hacer la terapia antitetánica.

El dolor, sumado al nervosismo que provoca en el paciente, el saberse portador de una herida de la cara que puede ser desfigurante, hace necesaria la sedación medicamentosa antes de la intervención. Usamos un sucedáneo de la morfina, la meperidina (Demerol) en dosis de 75 a 150 mg. por vía subcutánea o intramuscular junto con Largactil, 1 amp. de 25 mg. y un potencializador de la acción analgésica de los narcóticos como lo es el fenergán a la dosis de 50 mg. Cuando el elemento psíquico es dominante en el herido, complementamos esta medicación con algún barbitúrico por vía oral tipo Seconal (0,2 gr.).

Consideramos de gran importancia la sedación preoperatoria del herido porque, salvo casos excepcionales, actuamos en la intervención con anestesia local y la colaboración de un enfermo tranquilo es de invalorable ayuda, disminuyendo el sangrado de áreas tan vasculares como la cara y permitiendo la exploración prolija y la sutura meticulosa. Nos preocupamos de mantener el enfermo semisentado en todo lo posible, no sólo para preservar su vía de aire, sino para prevenir la congestión de los planos traumatizados.

La protección antibiótica la logramos con penicilina, estreptomicina, cloramfenicol o tetraciclinas según los casos y la prevención antitetánica se hace en la forma habitual.

Son de importancia los cuidados preoperatorios de enfermería. La cara debe ser afeitada en el hombre y los cosméticos quitados en la mujer. No conviene afeitar la línea del pelo que puede servir de guía en el acto operatorio y nunca deben afeitarse las cejas, teniendo en cuenta que posteriormente su crecimiento demora más de seis meses y en general se recuperan en forma defectuosa, dejando un llamativo signo de desfiguración, especialmente en el hombre.

ANESTESIA

De acuerdo al diagnóstico clínico y radiológico y al estado general del paciente, procedemos a la elección de la anestesia. La mayoría de las heridas de la cara de la vida civil pueden ser tratadas con anestesia local. Sin embargo, cuando la herida es compleja, con grandes avulsiones, a veces involucrando posibles lesiones de elementos importantes como el nervio facial, el canal de Stenon o la vía lacrimal, puede estar aconsejada la anestesia general con intubación. La lógicamente poca colaboración del niño en el acto operatorio, hace casi imperativo en ellos el uso de un anestésico general que elegimos en prolijo estudio del paciente con la colaboración del anestesista experimentado.

LIMPIEZA DE LA HERIDA

Con el enfermo semisentado en la mesa de operaciones y con buena luz, procedemos a la desinfección y lavado del área operatoria. Cubrimos la herida con una compresa o gasa empapada en Cetavlon o suero fisiológico para proteger su contaminación mientras hacemos la asepsia de las áreas vecinas con una solución detergente, no irritante o con agua jabonosa. Protegemos las conjuntivas oculares con algún colirio y con gasas empapadas en suero. Algunas veces la bencina, el éter y el alcohol pueden ser necesarios como solventes cuando se está frente a materiales no extraíbles por el agua y los detergentes habituales.

Cuando no se actúa con general, se procede a la anestesia de los bordes de la herida con procaina o lidocaína al 2%, a la que adicionamos epinefrina al 1% en la proporción de 0,5 c.c. en 20 c.c. de la solución anestésica con fines hemostáticos y de prolongación de la acción anestésica. Es necesario recordar que ni la anestesia local ni la vasoconstricción se logran de inmediato y que hay que saber esperar un plazo prudencial antes de ir al manipuleo de los tejidos lesionados.

Es entonces cuando encaramos el lavado prolijo de la herida, separando ampliamente sus bordes con ganchos o retractores e irrigándola profusamente con detergente y suero. Se hace la hemostasis con electrocoagulación y se retiran todos los tejidos necrosados y cuerpos extraños que puedan encontrarse. Hay que ser económico en la resección de tejidos en la cara, teniendo en cuenta que su profusa vascularización permite salvar gran cantidad de material que en otras partes del organismo estaría irremediablemente condenado a la necrosis. Aun partes completamente separadas de la cara pueden ser reaplicadas con éxito en determinadas circunstancias. Cuando en la historia del accidente existe el antecedente de la rotura de vidrios, sus restos deben ser meticulosamente buscados y extirpados y, cuando la herida está sucia con alquitrán, grasas, aceites o impurezas del camino, como se ve en los accidentes callejeros, se debe lavar con solventes tipo bencina y éter, recordando que su presencia puede dejar tatuajes sumamente desfigurantes del rostro.

TECNICA QUIRURGICA

Por las razones expuestas, la conservación de tejidos es de fundamental importancia en el resultado exitoso de una reparación en la cara. Si no hay pérdida apreciable, como sucede en las heridas cortantes habituales, la sutura podrá hacerse borde a borde sin tensión.

Cuando existan pequeños defectos podrán emplearse distintos procedimientos plásticos menores, como las transposiciones o deslizamientos de colgajos vecinos. Hemos empleado el injerto de piel total para cubrir un lóbulo nasal parcialmente amputado cuando no hemos contado con el material desprendido.

Todas las manipulaciones deben hacerse con una técnica estrictamente atraumática, usando instrumental delicado y material de sutura adecuado. Usamos la seda 5 ó 6-0 en piel y el catgut más fino posible en la profundidad y en las ligaduras vasculares cuando no se electrocoagula. Se debe suturar por planos sin dejar espacios muertos en la profundidad y reparando los músculos separadamente, en especial los masticatorios, que son frecuentemente alcanzados en forma parcial por el agente cortante, se obtiene una buena recuperación funcional.

Para lograr un afrontamiento uniforme de los bordes de una herida irregular, es conveniente comenzar la sutura con puntos ubicados en lugares anatómicos precisos, como pueden serlo el borde rojo de un labio, el margen de un párpado, el contorno de la nariz, la línea del pelo, la dirección de una ceja o la situación de una arruga natural visible.

Cuando los planos profundos han sido aproximados adecuadamente, los bordes de piel deben contactar sin tensión y sin tracción. En estas condiciones los puntos en piel serán sólo para mantener el afrontamiento y nunca para forzarlo. Hacemos *puntos separados* tomando apenas 1 ó 2 mm. en cada margen de la herida, en la cantidad y separación necesaria para conseguir la mejor aproximación. Si el punto isquemia el borde, hay tracción, la herida está técnicamente mal reparada y la cicatriz será viciosa. Realizando la sutura por planos se consigue eliminar la tensión a nivel de la piel y los puntos pueden ser retirados precozmente sin peligro de dehiscencia, evitando las marcas que dejan indefectiblemente cuando son anudados a tensión o cuando se dejan por tiempos prolongados.

En heridas lineales de bordes cortantes netos usamos la *sutura intradérmica*, de técnica algo más compleja, pero que, teóricamente al menos, proporciona resultados más satisfactorios. Generalmente la hacemos con nylon 5-0 que puede ser extraído con facilidad al cabo de varios días. Hemos hecho intradérmicas con acero inoxidable muy fino, siguiendo la experiencia de algunos autores, pero no hemos encontrado diferencias en los resultados y sí mayores dificultades en la técnica.

Es útil el uso de las *bandas adhesivas plásticas porosas* (sterile strips) para el afrontamiento de muy pequeñas heridas, en especial en los niños, cuando se desea evitar un riesgo quirúrgico que no guarda proporción con la índole de la lesión.

Las hemos usado también para disminuir la tensión en la cicatriz cuando se sacan precozmente los puntos en heridas ubicadas en regiones funcionalmente muy móviles.

Los cierres de heridas con *adhesivos plásticos* aún están en etapa de experimentación, teniéndose la impresión que el metil 2-cianocrilato, un monómero que al polimerizarse provoca una firme unión química y mecánica de las superficies en contacto, será de gran utilidad futura.

Siempre que sea posible, la herida de cara suturada debe ser cubierta por un vendaje algodónado, discretamente compresivo. Finalizada la intervención, lavamos con suero fisiológico o agua oxigenada toda el área operatoria y pasamos éter en la piel vecina para secarla, previniendo su maceración por los líquidos usados en el lavado y desinfección previos. Colocamos tulgrás en la cantidad justa para cubrir la herida, retirando todo exceso de grasitud que pueda contribuir a macerar la piel dando campo propicio a la infección. Luego gasa, algodón y vendaje con venda de gasa, comprimiendo lo suficiente para eliminar cualquier espacio muerto, disminuir el edema y prevenir la pequeña hemorragia local.

Junto a los orificios naturales: boca, narinas y ojos, no ponemos curación porque las secreciones naturales la empapan y la humedad macera y favorece la infección de la herida. Colocamos simplemente una lámina de tulgrás y dejamos al aire, que rápidamente seca y forma una costra protectora.

Heridas del nervio facial

El traumatizado de cara puede presentar una parálisis en el territorio del nervio facial y ésta puede ser debida a la contusión o a la sección del nervio. En el primer caso, descartada la compresión orgánica que pudiera ser causada por el fragmento óseo de una fractura concomitante, la recuperación del nervio puede ser obtenida una vez que el edema y el hematoma retrocedan y nunca está indicada la exploración quirúrgica inmediata.

En la herida de cara, el nervio puede ser seccionado en sus ramas de origen, en la región parotídea o en sus ramas terminales. No es necesario ni práctico identificar y suturar estas últimas. Habitualmente hay en estos casos un espontáneo retorno de la función en estas finas ramas terminales al cabo de un tiempo. Sin embargo, las ramas principales, cuando seccionadas, deben ser suturadas cabo a cabo en el momento de la reparación de la herida con las mejores probabilidades de éxito. Los cabos proximales del nervio son liberados por disección prolija y los cabos

distales individualizados, cuando sea necesario, con la ayuda de un estimulador eléctrico. Hacemos la sutura con seda 7-0 enhebrada en pequeña aguja curva que nos permitirá aproximar los extremos con puntos sin tensión en la vaina del nervio.

Heridas del canal de Stenon

Si la sección del Stenon no es diagnosticada y reparada en forma inmediata, se produce fatalmente la fistula salival hacia el interior de la boca o hacia la piel. La primera eventualidad es perfectamente tolerada y no requiere tratamiento posterior, pero la fistulización cutánea del Stenon es una de las complicaciones más desagradables y molestas de las heridas de cara no correctamente tratadas en la urgencia.

Sospechada la lesión del Stenon por la localización de la herida, sus cabos deben ser buscados y suturados. La compresión manual de la parótida permite localizar el cabo proximal por el punto de salida de la saliva y el cabo distal, si no es encontrado fácilmente en el área lesionada, puede ser cateterizado en forma retrógrada con un tubo de polietileno fino introducido a través del orificio de desembocadura del canal de Stenon frente al segundo molar superior. Este mismo tubo permite cateterizar también al cabo proximal y sobre él realizar la sutura con seda 6-0. El extremo del tubo debe fijarse a la mucosa bucal en su desembocadura y se deja por una semana para asegurar la permeabilidad del conducto.

Cuando técnicamente no puede realizarse la sutura cabo a cabo, es posible a veces llevar el extremo proximal del conducto a desembocar en el interior de la boca en una región vecina a la normal. Se provoca así la fistula interna quirúrgica con buen resultado funcional.

Heridas de la vía lacrimal

Es ésta una complicación frecuente de las heridas de párpado vecinas al cantus interno, que pueden lesionar cualquier parte del sistema lacrimal: puntum, canaliculo o saco.

Si el canaliculo está seccionado junto al margen palpebral por dentro del puntum, lo cateterizamos con una seda trenzada fina enhebrada en aguja curva que introducimos en forma retrógrada a través del puntum para, pasando por el saco lacrimal, hacerla aflorar en piel. Anudando sus extremos exteriormente, logramos el afrontamiento y la permeabilidad mantenida del canaliculo que completamos con puntos de seda 7-0 en el margen palpebral. El catéter de seda se mantiene por una semana.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Cuidamos de mantener siempre elevada la cabeza del enfermo, tanto al retirarlo de la sala de operaciones como en su lecho, para evitar la congestión circulatoria local. Hacemos por vía oral antibióticos de amplio espectro e indicamos enzimas antiinflamatorias que actúan logrando una mayor rapidez de cicatrización por resolución precoz del edema local. Usamos el Tromasin de Warner-Chilcott, extracto de enzimas proteolíticas de la *Carica papaya* a la dosis de 20.000 unidades (2 tabletas) cada 4 horas por vía sublingual en las primeras 24 horas, para continuar posteriormente con 10.000 unidades (1 tableta) cada 4 horas durante cinco días consecutivos.

Inspeccionamos la sutura en las primeras 24 horas, levantando uno de los bordes de la curación. Cualquier punto que isquemie es soltado para mejorar el aporte circulatorio y si hay coágulos, éstos son evacuados.

La primera curación la realizamos a los dos o tres días, momento en que los puntos cutáneos pueden ser retirados si la aproximación de los planos profundos ha sido adecuadamente efectuada. En regiones muy móviles preferimos esperar unos días más, antes de correr el riesgo de una posible dehiscencia de la herida. Quitamos la curación hasta el tulgrás, al que humedecemos con suero fisiológico o agua oxigenada y desprendemos suavemente traccionando en la dirección de la herida, tratando de no dañar la delicada epitelización que ya ha comenzado en su etapa de cicatrización. Lavamos con solución detergente y dejamos expuesta la herida, sin peligro de contaminación posterior. Producida la cicatrización, aconsejamos masajes suaves del área con alguna crema evanescente y favorecedora de la circulación, para disminuir el edema local.

RESULTADOS ALEJADOS

Con cuidados meticulosos las heridas cicatrizan por primera intención, no requieren en general ningún ajuste quirúrgico posterior. Sin embargo, si la cicatriz no ha quedado bien situada, funcionalmente puede estar sometida a tracciones que la hipertrofien y requerir algún tratamiento plástico posterior que sólo será encarado luego de transcurrido un plazo nunca menor de los tres meses de producido el accidente. Recién es posible, transcurrido ese lapso, juzgar los resultados definitivos obtenidos por la sutura primaria.

Un problema común es la queja de los pacientes por las marcas de los puntos de sutura. Estas se evitan procediendo de acuerdo con las reglas técnicas indicadas, con el uso de materiales delicados, con el retiro precoz de los puntos y aplicando al

máximo el control evolutivo de la cicatriz. La no observancia de las reglas establecidas, lleva a la necesidad de reseca "a posteriori" la cicatriz con sus tejidos vecinos y realizar una nueva sutura en las mejores condiciones posibles.

RESUMEN

Se hace un estudio del tratamiento de urgencia de las heridas de la cara, recalando la importancia de la reparación primaria correcta de las estructuras involucradas.

Se hacen consideraciones sobre la técnica de sutura en general y en lo referente a las heridas del nervio facial, del canal de Stenon y de la vía lacrimal. Se analizan los resultados.

BIBLIOGRAFIA

- ARDAO, A. R. La reparación primaria de las heridas del canal de Stenon. "Rev. de Cirug. Plást. de Urug.", año IV, N° 3: 21; 1963.
- CACERES NEGRI, G. E. "Suturas en cirugía", 1958. Publicación Clínica Prof. Chifflet.
- CACERES NEGRI, G. E. La sutura de las heridas de la piel. "Rev. de Cirug. Plást. del Urug.", año IV, N° 1: 7; 1963.
- CONVERSE, J. M. "Reconstructive Plastic Surgery". W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1964.
- CRICKELAIR, G. F. Facial Scars in Puerto Rican Women. "Plast. and Reconstr. Surg.", 33: 556; 1964.
- DAVIS y col. Surgical Anatomy of the Facial Nerve and Parotid Gland Based Upon a Study of 350 Cervicofacial Halves. "Surg. Gin. and Obst.", 102: 4385; 1956.
- DINGMAN, R. O. and GRABBE, W. C. Surgical Anatomy of the Mandibular Ramus of the Facial Nerve Based on the Dissection of 100 Facial Halves. "Plast. and Reconstr. Surg.", 29: 226; 1962.
- DINGMAN, R. O. The Management of Facial Injuries and Fractures of the Facial Bones. Converse: "Reconstr. Plast. Surg.", 397; 1964.
- FOMON, S. "Cirugía plástica y reparadora". Labor, 1943.
- GEORGIADIS, N. New Concepts in the Management of Facial Trauma. "North Carolina Med. Jour.", 22: 11; 1961.
- KAPLAN, G. A Technique of Nonsuture Wound Closure with a Plastic Tissue Adhesive. "Plast. and Reconstr. Surg.", 37: 139; 1966.
- KAZANJIAN, V. H. y CONVERSE, J. M. "Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara". Editorial Mundí, 1952.
- MARINO, H.—"Tratamiento de las heridas". El Ateneo, 1947.
- RUSH, J.—Heridas maxilofaciales. "An. de Cir.", 11: 2-71; 1952.
- VAZQUEZ, A.—La nota anatómica. El nervio de Jaffé. "Rev. de Cirug. Plást. del Urug.", año V, N° 1: 40; 1964.
- ZAYDON, T. J. and BROWN, J. B.—"Early Treatment of Facial Injuries". Lea and Febiger, Philadelphia, 1964.