

MESA REDONDA
SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA
Y REPARADORA

TEMA:

URGENCIA EN CIRUGIA PLASTICA

COORDINADOR: *
Dr. HECTOR A. ARDAO

PONENTES: *

La cirugía plástica de urgencia en las heridas de la cara. *Dr. Gonzalo Cáceres Negri.*

Tratamiento de urgencia de los traumatismos faciales. *Dr. Guillermo H. Fossati.*

Micronatía, fisura de paladar, malformación de orejas, asfixia, síndrome de Pierre Robin. *Dr. Jorge De Vecchi.*

Recubrimiento cutáneo de urgencia en las lesiones traumáticas de mano. *Dr. Germán Möller Leal.*

Las fracturas nasales requieren la intervención inmediata del cirujano plástico. *Dr. Enrique Apolo.*

DISCUSION

* La exposición del Coordinador y los Ponentes fueron publicadas en el Tomo I, pág. 253 a 292.

URGENCIA EN CIRUGIA PLASTICA

Discusión

Dr. ARDAO.—Hay una pregunta para el Dr. Cáceres, que dice así: ¿qué conducta práctica se sigue frente a una mordedura de perro, desde el punto de vista de la prevención rábica?

Dr. CACERES.—Es una pregunta muy interesante, especialmente en este momento en que estamos viviendo un recrudecimiento de la epidemia rábica, sobre todo con los casos que han aparecido en estos días en la frontera de Rivera con Brasil. Indudablemente que las directivas a seguir son variables de acuerdo al caso clínico, pero fundamentalmente tenemos que grabar que la conducta que se sigue ante un mordido frente al peligro de la transmisión de la rabia es exactamente igual a la que se sigue frente al tétanos, es decir, ante la menor duda se debe ir a la vacunación y al tratamiento seroterápico, siempre que el cirujano tenga dudas. Nosotros nos hemos referido a las mordeduras en la cara, ustedes saben que el virus rábico se difunde fundamentalmente por vía nerviosa y son la cara y el cuello las zonas más peligrosas por la proximidad a centros nerviosos. La Organización Mundial de la Salud tiene una clasificación con las zonas más peligrosas: cuello y cara, luego le siguen manos y pies, luego miembros superiores y después el resto del organismo, es decir, que ante una mordedura en la cara es necesario pensar en la posibilidad de la transmisión de la rabia, la rabia enfermedad incurable que solamente puede ser prevenida por el tratamiento, entonces la localización de la mordedura es un factor fundamental a tener en cuenta. El tipo de herida, cuando la herida es desgarrante con grandes espacios abiertos con posibilidades de difusión, es otro factor a tener en cuenta para la posibilidad de vacunación, eso en cuanto al herido; ahora, en cuanto al animal mordedor y digo animal mordedor porque son animales mordedores no solamente el perro, sino que puede serlo también transmisor de rabia el gato, la rata, y las ardillas. En cuanto a las ardillas, en nuestro medio se ha visto poca transmisión por ese medio, ningún caso se conoce en nuestro país. La rata cuando muerde tiene una característica especial, muerde al individuo que va a la ratonera, porque la rabia en la rata tiene la característica de paralizarla totalmente y la rata rabiosa se queda en su ratonera, de manera que el sujeto es mordido solamente que vaya él a la ratonera y la mordedura frecuente de rata que se ve en nuestro medio, que es la que se ve en los cantegriles en general, no es bajo ningún punto de

vista contagiosa, desde el punto de vista de la rabia, porque es la rata que muere y desaparece, ésta no está infectada y no es necesario tomar ninguna medida. El perro y el gato sí presentan problemas cuando muerden, pueden presentarse distintas circunstancias, puede ser que el animal mordedor halla muerto o desaparecido, que se hace en esos casos animal muerto o desaparecido mordedor, es igual a vacunación antirrábica. La vacunación antirrábica es ineludible en los casos que el animal ha muerto o ha desaparecido, es decir, que hay que comenzar de inmediato con ella a razón de 2 cm. de vacuna antirrábica por vía subcutánea diariamente, inyectada en las regiones centrales del organismo, es lo que aconsejan por la escasez de elementos nerviosos. Generalmente se hace preesternal y esa inyección de 2 cm. de vacuna antirrábica se da durante 14 días seguidos para luego hacer un refuerzo a los 10 días siguientes y un tercer refuerzo a los 20 días posteriores. En ese interín puede iniciarse la seroterapia antirrábica, si el médico tiene dudas en cuanto a las posibilidades de contaminación, si la herida es una herida grave de cara, fundamentalmente de cara opuesta, pero siendo la herida en cualquier parte del organismo con perro desaparecido o con perro muerto, debe iniciarse de inmediato la vacunación antirrábica. Ahora, en el caso del perro muerto, se agrega a eso el envío de la cabeza del perro o bien del cerebro al Instituto Antirrábico para iniciar los estudios correspondientes que consisten en la búsqueda en el cerebro de los corpúsculos de Negri que durante mucho tiempo se ha dicho que son patognomónicos de la rabia, pero que actualmente se ve que pueden encontrarse en otro tipo de contaminación animal, la llamada enfermedad de la joven edad que también produce los corpúsculos de Negri. De cualquier manera, en el Instituto Antirrábico se hace la búsqueda de los corpúsculos de Negri y se hace la reacción de la... cuyos resultados pueden ser obtenidos alrededor del octavo día. Si el enfermo está vacunado y si antes de los ocho días nos indican a nosotros, nos confirman la presencia de que el perro estaba rabioso, se inicia en ese momento la seroterapia, si es que clínicamente no se nos ha aconsejado usarla previamente. En el caso de que el animal mordedor esté vivo, es aconsejable como siempre, de acuerdo con la localización de la herida, iniciar la vacunación y poner el animal en observación. Los plazos que se establecen como observación del animal son de cinco días, pero la O.M.S. ha resuelto estirar ese plazo hasta diez días para mayor seguridad. ¿Qué puede suceder en esos diez días?, puede suceder que el animal se enferme, que presente síntomas de decaimiento o estado grave de excitación o bien puede ser que muera. En esos casos se puede hacer diagnóstico clínico de que el animal estaba rabioso y entonces en ese momento se inicia la vacunación antirrábica.

De manera que, como síntesis, yo diría que el tratamiento antirrábico preventivo debe encararse con el mismo concepto que nosotros encaramos el tratamiento preventivo del tétanos, vacunación y seroterapia cuando las circunstancias lo aconsejan.

Dr. ARDAO.— Ha llegado una pregunta que dice así: ¿el trasplante del pulpejo de dedo del pie, prende con frecuencia o siempre? La Mesa se permite

solicitar que conteste esta pregunta el Dr. Inzaurrealde que está aquí presente y tiene un trabajo sobre esto y experiencia publicada.

Dr. INZAURREALDE.—Lástima que no he traído los dispositivos para esto, pero con mucha frecuencia se puede afirmar que prenden en un 95% según un estudio que hicimos allá por el año 1962 sobre 117 casos. Actualmente, en el Servicio de Cirugía Plástica del Banco de Seguros, llevamos realizados alrededor de 500 trasplantes de pulpejos en un dedo, dos o en tres dedos, hay casos de tres dedos en la mano y en un 95% el trasplante de pulpejos prende con el gran valor funcional de que este pulpejo se reinerva al cabo de un año o dos años y no sólo el aspecto estético del dedo, la conformación, ha vuelto al dedo que no se ha cortado, sino la sensibilidad del pulpejo que es muy importante para la pinza digital.

Dr. ARDAO.—Al Dr. Fossati se le envía la siguiente pregunta: para hacer una traqueostomía de urgencia en un paciente asfíctico. ¿en qué posición aconseja poner al paciente?

Dr. FOSSATI.—Cuando hemos hecho una traqueostomía en un paciente en esas circunstancias, hemos preferido colocar al paciente en posición semisentada con la cabeza deflexionada, lo que nos permite una amplia exposición del cuello y simultáneamente al estar la cabeza deflexionada se puede hacer con confort oxigenoterapia durante el período de esta pequeña intervención. Se realiza, además está decir, con anestesia local.

Dr. ARDAO.—Al Dr. Fossati también le llega esta pregunta: ¿qué alcance da al concepto de que las radiografías no son necesarias para el diagnóstico de la fractura de los huesos de la cara?

Dr. FOSSATI.—Hago mucho énfasis en este punto porque la rutina en general, es la inversa, siguiendo un concepto de la traumatología general en que la radiología es una maniobra semiológica y de las más importantes. Es muy frecuente que cuando ingresa un traumatizado de cara, lo primero que se haga es pedirle placas y, sin embargo, no se le hace el examen clínico correspondiente que permite prácticamente siempre hacer el diagnóstico preciso de las fracturas que presenta. No se precisa traumatizar al paciente, ni buscar crepitaciones, ni hacer maniobras dolorosas, sino que la simple palpación buscando focos dolorosos, pero no especialmente dolorosos, me refiero no especialmente molestos para el paciente por maniobras extraorales o intraorales, unido al estudio de zonas de anestesia.

Hay nervios faciales que pasan a través de estos orificios óseos que son, por otra parte, lugares de elección de las fracturas, y la anestesia en territorios determinados orienta y diagnostica la fractura, como en el caso de la anestesia del hemilabio superior en la fractura del malar, la sufusión, particularmente la sufusión subconjuntival, que orienta (si es de las características debidas) hacia la fractura y diagnostica la fractura del malar, en

fin, las deformaciones, si se saben ver, sobre todo si se puede ver al paciente en el primer momento, son suficientes para hacer un diagnóstico prácticamente siempre de las fracturas de la cara.

La radiografía conserva su valor porque de la magnitud de la fractura, puede ubicar el desplazamiento de un cóndilo, puede dar el documento médico-legal fundamental, posteriormente, pero no debe nunca hacerse un estudio radiológico antes de hacerse un estudio clínico, que da, que puede hacer el esquema completo de la fractura. Además, como ya dijimos en el trabajo, al correr de las horas aparece un complejo secundario importante que empieza a enmascarar los signos, y entonces, si nosotros esperamos la placa para que después venga el especialista y la examine, cuando llega el momento de examinar la cara, la misma ya no es tan clara en sus expresiones como era en el momento del ingreso, así que menos placas y fundamentalmente estudio clínico de la cara. No nos olvidemos que las placas hay que hacerlas porque hay que descartar los traumatismos craneanos, fracturas de cráneo, etc., tampoco nos vamos a ir al otro lado, pero queremos hacer énfasis en que la clínica permite hacer diagnóstico de las fracturas de los huesos de la cara.

Dr. ARDA.— También para usted Dr. Fossati, la siguiente pregunta: conducta frente a traumatizado de cráneo que presenta fracturas de la cara.

Dr. FOSSATI. En ese sentido, lo más interesante a recalcar es que ese enfermo se atiende siempre en equipo con el neurocirujano y en nuestra experiencia hemos visto que el neurocirujano nos anima siempre a realizar algunas maniobras correctoras, no sólo de las heridas, sino de las fracturas, una vez que él tiene al paciente bien catalogado, a pesar que su proceso está en curso, es decir, que en un traumatizado un traumatismo craneano no invalida todo el tratamiento facial; de manera que después a los ocho, diez o quince días, cuando el paciente se recupera de su estado conmocional, etc., hemos perdido la oportunidad de lograr una cantidad de reducciones y de ventajas que habíamos obtenido en el primer momento. Es verdad que al paciente con un traumatismo de cráneo no le vamos a hacer en general, una anestesia general, no le vamos a hacer una gran sedación profunda que enmascare signos que son importantes para la clínica, pero con la anestesia local con pequeñas maniobras podemos realizar muchas correcciones útiles y una (detalle interesante) puede ser la fractura del malar. Nosotros hablamos hoy de la vía de Gillis o la vía temporal, hablamos de la vía vestibular, pero maniobras mucho más sencillas como con un simple gancho, permiten levantar un malar hundido con maniobras totalmente atrumáticas porque el gancho es percutáneo, toma el hueso y lo tracciona y a veces no se logrará un 100% en un enfermo grave, pero se lleva el hueso a una posición tal que luego, a los quince, veinte o veinticinco días se puedan realizar movilizaciones complementarias y obtener resultados que nunca se habrían obtenido si se dejara al paciente evolucionar sin tratamiento.

Dr. ARDA.— Otra pregunta para usted doctor: ¿qué se hace cuando el fracturado de la cara es visto tardíamente?

Dr. FOSSATI.— Cuando el fracturado de la cara es visto tardíamente, y eso es muy frecuente en nuestro medio, nosotros creemos que es conveniente dejar pasar el primer período en el cual existe un gran complejo secundario, un gran edema, sufusión, fragilidad tisular, infiltrado de tejidos y son tejidos fácilmente lacerables; esto un poco me lleva a contestar a aclarar bien un concepto que el Dr. Apolo nombró al comienzo de su disertación. Nosotros no creemos, por ejemplo, que en el caso de las fracturas nasales sea mejor dejar el tratamiento para una etapa ulterior, el tratamiento inicial, en el mismo momento de la fractura es el óptimo, es el equivalente casi a una fractura como la que realizamos nosotros en las rinoplastias cosméticas para modificar la forma de los huesos de la cara, los huesos de la región nasal, pero lo que es importante saber es que si hay otros factores, como es imposibilidad de reunir un buen equipo, como es un traumatismo grave de otra región, que exige cierta vigilancia o el caso que plantea la persona que pregunta en el sentido de que el paciente ya nos es remitido tardíamente, no hay un gran problema en dejar pasar tres, cuatro o cinco días poniendo al paciente en buenas condiciones, semisentado, una dieta pobre en sodio, en hacer inclusive diuréticos e inclusive haciendo algunas drogas antiinflamatorias, en las cuales nosotros no creemos mucho, pero que de todas maneras puede ser un buen colaborador o un colaborador o un colaborador más. Creemos más en el drenaje postural y en otras medidas, hasta llegar a un momento en que los tejidos vuelven a su posición normal, no normal, pero cercana a la normal y entonces a los tres, cuatro, cinco, seis, siete días podemos hacer una reducción en condiciones suficientemente buenas para obtener buenos resultados. Esto es para la nariz, es para el malar, es para los maxilares, con una excepción, el maxilar superior en las fracturas graves del tercio medio de la cara en que está todo el macizo central en posición llevado hacia atrás. Esas fracturas consolidan muy rápidamente y esas fracturas sí exigen que rápidamente se coloque una fracción de todo el macizo central hacia adelante porque hay múltiples encajes óseos que hacen que en una semana pueda realmente lograrse una consolidación difícil de tratar, pero no es lo mismo para la mandíbula, para el malar y para la nariz, que hasta en el plazo de un mes se pueden movilizar en general sin dificultad o con poca dificultad los fragmentos óseos.

Dr. ARDAO. — Dr. Möller, la siguiente pregunta: ¿en qué momento el cirujano plástico debe integrarse al equipo que trata un politraumatizado?

Dr. MÖLLER.— Entiendo que la pregunta se refiere a un politraumatizado grave. El cirujano plástico, yo entiendo que se debe integrar desde el primer momento a ese equipo, en el sentido de ver el enfermo, de diagnosticar y de plantear la terapéutica que él debe resolver. Pero en el politraumatizado grave evidentemente el problema dominante puede ser diverso, es decir, puede haber un traumatismo craneoencefálico que domine la situación o el traumatismo torácico o el traumatismo abdominal a través de una hemorragia intra-abdominal, de un problema de orden respiratorio importante, de manera que en realidad el momento en que comienza a actuar el cirujano plástico estará

supeditado a la entidad de las demás lesiones que presenta dicho traumatizado. En ese sentido, por ejemplo, si existe un problema concomitante determinado por el traumatismo facial, por el cual fue llamado el cirujano plástico, que pone en peligro la vía de aire o hay una hemorragia a ese nivel, eso está poniendo lógicamente en peligro la vida del paciente y toma dominancia y debe realizarse posiblemente concomitantemente con los otros tratamientos. Es muy frecuente que nosotros actuemos conjuntamente con otros cirujanos en el mismo acto quirúrgico, procedamos, es decir, un cirujano general u otro cirujano especializado actúa en su esfera y nosotros concomitantemente actuamos en la nuestra.

Dr. ARDAO.—Estando presente acá el Dr. Carlos Bortagaray, conocido cirujano que actúa intensamente en el Hospital de Salto, deseamos oír su opinión también respecto al punto: ¿en qué momento el cirujano plástico debe integrarse al equipo que trata a un politraumatizado?

Dr. BORTAGARAY.—Le agradezco al Dr. Ardao el haberme gentilmente cedido el uso de la palabra en este tema, en esta pregunta que la voy a contestar como cirujano del Interior, porque yo creo que actuamos en distinto medio o con distintos recursos.

Yo creo, y lo sostuve en el año 1950 en el 1.º Congreso de Cirugía que justamente lo presidió el Dr. Héctor Ardao, que todo cirujano general debe saber nociones de cirugía plástica, debe conocer los principios elementales de la cirugía plástica, para la sutura, los materiales de sutura, las heridas de cara, sobre todo.

De manera que si nosotros, los cirujanos del Interior, tenemos que conocer esos elementos, tenemos que actuar como cirujanos plásticos frente al politraumatizado, frente a lo más elemental; después de todos los relatos que se han hecho ayer y hoy en general, sobre el politraumatizado y la cirugía plástica, creo que hay que hacer un balance de las lesiones y en realidad bajo mi punto de vista tratar de subsanar lo que uno pueda hacer y si no hacer el traslado del enfermo a medios especializados, siempre que sean lesiones mucho más importantes que necesiten precisamente el concurso del especializado. Lo ideal sería lo que se ha propuesto acá y lo que se ha hecho acá, de que siempre esté dentro del equipo un cirujano plástico, frente a una lesión en que se necesite precisamente su concurso, heridas de cara, heridas que necesiten colgajos, trasplantes, etc. Esto bajo mi punto de vista; le agradezco al Dr. Ardao y lo felicito por el resultado de esta reunión tan brillante.

Dr. ARDAO.—Al Dr. De Vecchi: criterio para separación de la lengua y tiempos menores y mayores en que lo ha realizado.

Dr. DE VECCHI.—Es evidente que la separación de la lengua hay que efectuarla lo más tardíamente posible y eso por dos razones: primero, porque mientras que la lengua esté pegada al labio, está asegurada la vía de aire al niño, por lo menos son más remotas las posibilidades de la caída del tronco

de la lengua sobre la epiglotis y de ahí sobre la glotis, obstruyendo la vía aérea y, en segundo lugar, nosotros creemos que la fijación en labio provoca un aumento en el desarrollo del maxilar inferior. De acuerdo con lo que se sabe en este momento, el maxilar inferior se desarrolla fundamentalmente a partir de los cóndilos; el cóndilo del maxilar es el punto de osificación fundamental que asegura el desarrollo del maxilar inferior en longitud, así como colabora también el borde posterior de la rama montante; ahora, la lengua pegada al labio obliga al niño a efectuar un movimiento especial con el maxilar inferior que está permanentemente excitando al punto condíleo y toda vez que nosotros hemos hecho esta operación en el verano y que los niños han transitado con la lengua pegada al labio en el invierno, que, como todos ustedes saben, en este país hay raquitismo y que la dentición es mucho más tarde y hemos podido tener hasta once meses una lengua pegada al labio, cuando hemos separado la lengua del labio, el maxilar inferior ha estado mucho más desarrollado que lo que ha estado en otros chicos en los cuales se han podido tener sólo hasta el séptimo u octavo mes; el más precoz de separación, nosotros lo hicimos al octavo mes y el más tardío al onceavo mes.

Ahora, ya que el Dr. Fossati me pregunta esto, voy a aprovechar para decir una cosa que se me olvidó; en nuestro criterio y en ese sentido el Dr. Apratto, con quien hemos estudiado mucho estos chicos, está de absoluto acuerdo, frente a todo retromentonismo importante en el niño chiquito sin fisura de paladar y sin crisis de cianosis, nos parece que en este momento de la cirugía es imprescindible fijar la lengua al labio, porque es el único procedimiento que asegura, desde el punto de vista del futuro del niño, un incremento en el desarrollo del maxilar inferior, en una edad que nunca más se va a volver a repetir. Después nosotros con Apratto, vimos dos micronacias, los dos de clientela privada; uno tenía un mes y medio y otro tenía dos meses y medio; esos dos chicos sin ningún síntoma funcional, pero sí por la micronacia se les fijaron la lengua al labio y el de dos meses y medio fue el que tuvimos hasta los once meses el labio pegado a la lengua, y ese niño tiene en este momento un maxilar inferior prácticamente normal, es decir, que yo creo que ensanchando las indicaciones de la fijación de la lengua al labio, un cirujano plástico frente a un niño con una micronacia importante, aunque no tenga trastornos funcionales, no tiene el derecho de escamotearle al niño en el primer año de su vida, la única posibilidad segura de un desarrollo de maxilar inferior normal, y si ustedes miran alrededor y en gentes que conocen, son innumerables los sujetos con mentón de pájaro, es decir, con una micronacia por un hipodesarrollo del maxilar inferior, que se hubiera podido evitar seguramente si el pediatra, bien informado, hubiera indicado la fijación de la lengua al labio. Es de las tantas indicaciones operatorias de nuestra especialidad y cada vez serán más a medida que se conozcan mejor los problemas.

Dr. ARDA.— Para el Dr. De Vecchi, a continuación, la siguiente pregunta: en el síndrome de Robin, ¿no podría estar indicada la fijación transitoria con dos o tres puntos de lengua a labio para resolver el problema urgente, dejando al plástico la solución más especializada días o semanas después?

Dr. DE VECCHI.— Esa es una pregunta muy importante y muy práctica; nosotros siempre aconsejamos (sobre todo a médicos de campaña que nos han venido con estos chicos) que es útil pasar un punto de seda gruesa o de hilo grueso en la base de la lengua y simplemente, sin fijarlo al labio, dejando el hilo salido para afuera; si ustedes tienen la lengua agarrada por un hilo grueso, el tronco de la lengua agarrada por un hilo grueso, tienen asegurada en cualquier momento la vía de aire, porque ustedes tiran de ese hilo grueso que no va a rasgar la lengua y el niño empieza a respirar inmediatamente. Nosotros hemos hecho la experiencia en la Puerta de hospital, tomando simplemente la lengua con una gasa, tirándola para afuera y la respiración mejora inmediatamente. En el hospital donde trabaja Convairs (en EE. UU., en el Manhattan), en todos los niños anestesiados existe la obligación reglamentaria de mandarlos a los cuartos de recuperación con un punto pasado a través de la lengua y la nurse se lo quita cuando está completamente recuperado.

Dr. ARDA●.— Al Dr. Apolo le rogamos si quiere pasar a contestar la siguiente pregunta: ¿qué tipo de anestesia utiliza habitualmente en el niño?

Dr. AP●LO.— Es una pregunta de orden práctico; para tratar una fractura nasal en el niño hay que dormirlo siempre, y la voy a contestar, sobre todo, dirigido al médico práctico, al médico rural que no dispone de anestesista. Cuando es una fractura simple, se puede hacer un pequeño rash anestésico como lo diré en seguida. Cuando es una fractura complicada, con una herida expuesta o conminuta, debe ser hecha siempre una anestesia general, y en los centros que disponen de anestesistas lo mejor es confiar siempre la anestesia al anestesista. Según el tiempo que se va a necesitar, el anestesista indicará el tipo de anestesia. En los casos corrientes y comunes (y la respuesta va dedicada a los médicos que trabajan en el Interior, que no disponen de anestesista), yo les voy a decir que durante muchos años utilicé un rash anestésico muy útil, que es el de sedar al niño, por ejemplo, primero con un barbitúrico que se da por vía bucal, si el niño es muy pequeño por vía rectal a razón de 7 a 10 miligramos por kilo de peso; se puede utilizar el seconal o el embutal, y a la hora el niño está semidormido; claro que eso no es suficiente para reducir una fractura de la nariz ni para suturar, a veces, una pequeña herida. Durante mi práctica, muchas veces suturé pequeñas heridas de la cara sólo con esa anestesia. Se hace el sedante y después se utiliza un producto muy noble a veces se critica, sobre todo para las anestесias generales, pero que en mi práctica durante quince años yo lo utilicé, no sólo para reducir estas pequeñas fracturas y para suturar pequeñas heridas de la cara, sino para operar centenares de casos de amígdalas y vegetaciones, y es el trilene; uno seda al niño con el barbitúrico una hora antes y luego le hace unas bocanadas de trilene, producto muy noble; yo nunca tuve un accidente. Esto sobre todo para los médicos que no disponen de anestesia, este rash anestésico hecho con el trilene, puede dar (cuando uno está preparado y tiene los elementos a mano) para suturas pequeñas heridas de cara, como lo hice durante mucho tiempo.

Dr. ARDAO.—Corresponde ahora abrir la diseusión general sobre los temas tratados. Cada uno de los expositores (por una sola vez) tiene el lapso de dos minutos para hacer uso de la palabra... Si nadie hace uso de la palabra, vamos a terminar la sesión haciendo un breve comentario, de acuerdo con lo que dispone el reglamento, para el cual disponemos de cinco minutos.

Debemos decir que estamos muy satisfechos con la sesión realizada hoy y agradecemos a los señores ponentes el trabajo, el esfuerzo realizado a fin de darle a esta Mesa Redonda un carácter a tono con la entidad de los Congresos Uruguayos de Cirugía. Además, agradecerles a los señores asistentes la colaboración que han prestado y la atención a las exposiciones.

Entrando a considerar cada uno de los trabajos, debemos decir que cuando la Sociedad de Cirugía Plástica resolvió presentar el tema para esa Mesa Redonda de las urgencias en cirugía plástica, consideramos que desde el punto de vista doctrinario había dos clases de operaciones de urgencia a cargo del cirujano plástico: las operaciones de orden estricto, de carácter estricto plástico, que son las que realiza habitualmente el cirujano plástico en cualquier sector, en cualquier campo de las especialidades médicas, inclusive en cirugía plástica, como pueden ser, por ejemplo, los problemas del cierre de cobertura cutánea, el cierre de cualquier herida y otro tipo de operaciones urgentes, que son aquellas de carácter no práctico precisamente, y que todo cirujano debe saber realizar porque puede enfrentarse a ella; como es, por ejemplo, la traqueostomía, que se ha mencionado hoy y en el mismo orden de concepción, la transfusión sanguínea que es un procedimiento quirúrgico que debe saber realizar frente a un shock que se avecina o que se instala; el cirujano plástico también debe saber indicar y realizar una transfusión sanguínea.

Dentro de lo que se ha expuesto hoy, se puede sacar una conclusión: los trabajos presentados son muy completos, exponen el tema al día, enfocando el tratamiento ideal o lo mejor, a cargo de los mejores servicios y de los mejores especialistas, y las preguntas que se han dirigido a la Mesa tienen todas ellas el carácter o el interés del cirujano que busca una solución práctica para distintos problemas. Así, con la colaboración de unos y otros, se ha logrado el mayor éxito de esta Mesa Redonda.

Del trabajo del Dr. Cáceres, me voy a referir solamente, sobre las heridas de cara, a un solo aspecto que él señaló, de la anestesia local. En la inmensa mayoría, por no decir en todas las operaciones plásticas de las que ocasionan las variedades de las heridas de la cara, pueden y deben ser realizadas precozmente y hacerlas con anestesia local con cualquiera de los procedimientos y de las drogas que están en uso. La anestesia general no es una buena anestesia para las emergencias quirúrgicas traumáticas. A los elementos que señalaba el Dr. Cáceres, el desconocimiento de la patología de ese individuo, las condiciones de urgencia en que es llevado, no permiten un control muy completo del estado del enfermo. La frecuencia (como señaló) sobre todo de los accidentes de carretera, que son los que gravan y que dan mayor interés al tema, esto en personas que vienen a la Puerta del hospital con el estómago lleno, no solamente de alcohol, sino a veces de sangre, de alimentos, etc., de manera que

frente a esto y a las posibilidades de que se esté instalando una complicación de una entidad mayor que requiera una atenta colaboración, ya sea en el sector torácico o abdominal, es preciso que el cirujano del Interior, especialmente, comprenda que puede realizar el tratamiento urgente en las primeras horas o en los primeros momentos con anestesia local y cualquiera sea el tipo de la herida que enfrenta en la cara.

En lo que se refiere al Dr. Moller, respecto al problema de cobertura cutánea en la mano, estamos completamente de acuerdo acerca de la necesidad del cierre primario (el cierre primario y precoz),, es• ahorra cicatriz desde que una herida de la mano o de cualquier parte que se cubre con piel, deja de formar tejido de cicatrización, es decir, deja de formar tejido de granulación que posteriormente transforma el tejido en cicatriz, es lo que en la mano precisamente constituye el cáncer del movimiento. Si hay rigidez por cicatriz, es una mano que difícilmente podrá recuperarse. No es solamente la cicatriz de una herida abierta lo que conduce a una invalidez por rigidez cicatrizal; nosotros tenemos la multiplicidad y ligereza de los movimientos de los dedos y de la mano porque habitualmente los realizamos, y una mano que tiene un dedo herido y que no se moviliza, puede conducir a una rigidez por falta de movimiento de los otros dedos y una invalidez superior a la que hubiera significado hacer la amputación del dedo correspondiente, es decir, que ese dedo enfermo contagia de invalidez al resto de las articulaciones de los dedos y esa mano difícilmente será recuperable. En el problema de reparación, el Dr. Moller señaló, con toda precisión, los diversos esquemas y los tipos en uso en los Servicios organizados. En el primer aspecto que él señaló, de la pérdida del pulpejo de la extremidad de los dedos, lo acompañamos en cuanto al uso del pulpejo digital de los dedos del pie como trasplante libre; es fácil, sencillo y puede realizarlo cualquier cirujano en cualquier ambiente. No estamos convencidos de que esto pueda realizarse en ambientes del Interior cuando se trata de grandes pérdidas de revestimiento cutáneo, en la mano, el cierre primario de las heridas, especialmente en los traumatismos con heridas desgarrantes, ya sea colgajo o con avulsión total de la piel; requieren técnicas, aparataje y elementos que solamente en Servicios organizados se pueden encontrar o a cargo de cirujano especialistas. En estos casos la selección de procedimientos requiere experiencia, por otra parte, porque el cirujano tiene diversos procedimientos para resolver, el problema del cierre por injerto libre, por colgajo rotable, colgajo cruzado, colgajo abdominal, etc. Estos enfermos que tienen grandes defectos, en suma, requieren la asistencia de especialistas en cirugía plástica.

El Dr. Fossati al tratar los traumatismos de la cara, ha hecho énfasis en uno de los problemas más importantes y en un capítulo que es nuevo dentro de la especialidad: el tratamiento de los traumatismos de la cara, abiertos o cerrados, con fractura o sin fractura, han dejado ser del dominio del traumatólogo y del ortopedista. Desde hace unos veinticinco años, desde la Segunda Guerra Mundial, en donde se crearon unidades de cirugía plástica en traumatismo maxilofacial, algunas unidades inglesas y canadienses tenían esa designación (número tanto, número tal), es decir, que el traumatismo de la cara.

bajo la palabra mandíbula o de cirugía maxilofacial y plástica, es y traduce la incorporación del traumatismo de la cara al campo de la cirugía plástica y el abandono por parte del cirujano general. Esto ha traído como consecuencia cambios muy notables en la concepción terapéutica de las fracturas de la cara, el aparataje, la concepción hasta del punto de vista de la clasificación anatómica de la fractura. Cualquier texto de patología de los que hemos estudiado, nos enseñaba los trazos de fracturas o fracturas de huesos por huesos separados, como se estudian en los huesos de los miembros. Las fracturas de la cara se estudian por regiones, del tercio superior de la cara, del tercio medio, del tercio inferior y hay fracturas, sobre todo en el tercio más complejo, que es el tercio medio de la cara, en donde se involucran varios huesos, como pueden ser el palatino, el malar, el esfenoides, la apófisis cigomática del temporal, la apófisis malar, de la apófisis frontal externa del hueso frontal, etc., del hueso lacrimal, del unguis, la rama ascendente de la fosa piriforme del maxilar superior; es decir, que las fracturas de Le Fort, las clásicas fracturas de Le Fort, no son fracturas solamente de un hueso, son fracturas de varios huesos; los diversos tipos de fracturas, fractura 1, fractura 2, fractura 3, que ya se estudiaban antiguamente, traducen esa multiplicidad de huesos en el trazo de fractura. Estas fracturas, por otra parte, constituyen una entidad muy particular, no están sujetas a desplazamientos por las acciones musculares, son fracturas en general con colapso y con disyunción de la síntesis o de las líneas de sutura, como se encuentran, por ejemplo, centradas alrededor del malar o alrededor de los otros huesos, y estas fracturas tienen una particularidad y es que con el colapso, el desplazamiento, traen como consecuencia callos periósticos a expensas del hematoma que se forma alrededor, y en pocos días, al cabo de diez, doce o quince días, pueden volverse fracturas irreductibles.

En el problema de la fractura de la cara y especialmente cuando se trate traumatismo asociado con otros sectores, debe tenerse en cuenta (y esto principalmente el médico práctico, el médico que trata estos accidentes de carretera) sobre todo la dificultad del diagnóstico de esta fractura, el trauma que contusiona la cara y que provoca un hundimiento del malar, por ejemplo, lo mismo que un hundimiento nasal; al cabo de media hora o tres cuartos de hora, el hundimiento desaparece frente a la tumefacción y al hematoma, y esta fractura, si no se piensa en ella y si no se busca por la sintomatología clínica y por la sintomatología radiológica, puede pasar desapercibida y recién (como sucede muy frecuentemente) van al especialista al cabo de quince, dieciocho, veinte y treinta días, en momento en que es imposible hacer una reducción cruenta de esta fractura. La refractura, por intermedio de palancas o de instrumentos, nunca se hace a nivel del mismo sitio en que se hizo la fractura con aplastamiento; se arrancan otras estructuras, de manera que frente a la fractura envejecida de la cara en general, el concepto es tratar de reconstruir la forma de la cara si no hay algún trastorno funcional y otras veces el trastorno funcional cuando se involucran órganos importantes como es en la cavidad orbitaria el globo ocular, en la cavidad nasal. La presencia de nervios, como puede ser la fractura del etmoides con anosmia, las lesiones a nivel

de la parte del maxilar con el maxilar superior en las fracturas que dejan denervado el territorio del infraorbitario, esas lesiones quedan de manera definitiva.

Al Dr. De Vecchi, naturalmente que él tiene una competencia muy especial. Muy bien presentada su exposición sobre un síndrome que es alarmante, es el síndrome descrito por Robin, de la crisis de cianosis y obstrucción respiratoria producida por un complejo de malformación congénita que en el momento actual eso constituye un síndrome de entidad anatómica de carácter variable. Hay pequeños síndromes de Robin, hay síndromes medianos, hay síntomas muy complejos; el 80% de estos síndromes no tienen fisura palatina. Hay otros que tienen lesiones importantes a nivel, por ejemplo, de la lengua, la propia lengua es hipoplásica, otras veces es aumentada de tamaño. Pero el hecho concreto es el concepto terapéutico frente a este complejo lesional congénito de etiología indeterminada, no es sólo la ptosis de la lengua, no es sólo la hipoplaxia, la micronucia y el retromentonismo, no es esto más la fisura palatina, no es esto más lesiones en el conducto auditivo preauricular, pero el concepto se ha ido ensanchando y hoy lo vemos que es algo más que una lesión compleja del primer arco branquial.

El Dr. De Vecchi nos ha informado que ha comprobado lesiones neurológicas en un alto porcentaje de los casos; de manera que si bien del punto de vista de la etiología, de las consecuencias y de la influencia que puede tener una hipoplasia y ubicación posterior del maxilar inferior, llevando la lengua a ocupar un sitio indebido entre los polos del palatino, hay una solución que él preconiza y que yo creo debe ser tenida en cuenta frente a los retromentonismos sospechosos de que puedan tener crisis asfícticas, las cuales matan a los niños y debe pensarse en la fijación sobre todo cuando provoca ese desarrollo, ese estímulo al desarrollo del maxilar inferior.

Por último, el maestro Dr. Apolo nos ha hablado de una fracturita de la nariz: nos ha dado su experiencia en una forma tan amplia, tan sencilla y tan convincente, que yo podría decir que la fractura de la nariz es la fractura más frecuente del organismo humano, que es la fractura menos diagnosticada, que es la fractura que se diagnostica sin examinar al enfermo con las manos, se diagnostica mirando al enfermo, y que es la peor tratada; y si es la fractura (y esto es lo asombroso) más fácil de diagnosticar y más fácil casi siempre (en las fracturas hay grados) de reducir, el médico que frente a un hundimiento, a un aplastamiento de un hueso propio de la nariz, no introduce una tijera de Mayo y levanta ese hueso fracturado, no cumple con lo que debiera de hacer en el primer momento. La fractura de la nariz es grave, con sus consecuencias del punto de vista de las secuelas respiratorias y de las secuelas psíquicas; de manera que merece esta fracturita, como decía yo, este pequeño elemento que está en el eje estético de la cara, una atención mayor que la que se le presta habitualmente, no solamente entre el público en general, sino entre los médicos en general.

Damos las gracias a todos por la atención que nos han dispensado.