

## **EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE ALGUNAS HERIDAS DE LA CARA. ALGUNOS CONCEPTOS ESENCIALES.**

*Por el doctor Pere Gabarro, de la Facultad de Medicina de  
Barcelona.*

Vamos a tratar esta materia ateniéndonos a las normas observadas durante nuestros estudios en Inglaterra.

La cara y el cráneo, son las partes mejor irrigadas del cuerpo humano y, con ello, las que están en mejor estado de defensa contra las posibles infecciones de las heridas.

Además, la abundancia de cavidades en la cara hace que casi siempre haya un drenaje natural de las heridas, o en todo caso es fácil producirlo quirúrgicamente. Con ello los tejidos lacerados y las secreciones y exudaciones propias de las heridas, son de fácil evacuación.

Todo ello ayuda a combatir la posible infección secundaria y por ello podemos, y debemos seguir, en la cara, un tratamiento diferente de el de las otras partes del cuerpo.

Desde el punto de vista plástico y estético es de gran importancia una cura adecuada durante los primeros días o, en todo caso, antes de pasadas las dos o tres primeras semanas.

El cirujano que hace la primera cura, muchas veces tiene en sus manos la responsabilidad de la apariencia tardía del paciente.

En el tratamiento de las heridas de la cara hay que tener siempre presentes las dos esenciales estructuras: los tejidos duros que forman el armazón y los tejidos blandos apoyados o soportados por los primeros.

### **TRATAMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS (1)**

Hay que tener siempre presentes los siguientes principios:

Primero. Es necesario reponer, lo más pronto posible, los tejidos blandos en sus condiciones anatómicas normales.

Segundo. La superficie cruenta es un elemento anormal para la vida de los tejidos y su persistencia es una de las más importantes causas de infección y de reacción cicatricial y conjuntiva de los tejidos.

La exposición de unos casos nos será más informativa.

*Caso N° 1.* Se trataba de un herido de bala o fragmento de metralla en la parte anterior del maxilar inferior. Aparte de producir la fractura del mismo —de cuyo tratamiento aun siendo esencial no nos ocuparemos ahora— las lesiones de las partes blandas ponían en peligro la vida del paciente, por la enorme hemorragia y parecían haber infringido al paciente deformidades irreparables.

Recibimos el herido en pleno "shock". Debajo del vendaje apareció un enorme coágulo de sangre en la región de la boca. La operación de limpiar los coágulos fué delicada, pero finalmente los tejidos estaban al descubierto y apareció una enorme cavidad que ocupaba desde debajo las alas de la nariz hasta la región sub-maxilar, con aparente destrucción de ambos labios y con las mejillas abiertas, hasta en su mitad en el lado derecho. El proyectil, después de chocar con el maxilar inferior, había producido efectos explosivos. Colgajos de tejidos blandos de estructura difícilmente reconocible, pendían desde la nariz hasta la horquilla esternal. La lengua estaba parcialmente partida en dos pedazos, con su punta amputada.

Resecamos cuidadosamente los tejidos totalmente esfacelados o sueltos, pero respetamos, casi podríamos decir con cariño, todos los tejidos que aunque pálidos o cianóticos por su defectuosa vascularización, mantenían su continuidad con los tejidos sanos y, por consiguiente, con posibilidades de supervivencia.

Previo la hemostasis de los vasos importantes, empezamos la reconstrucción animados de las mejores intenciones, pero con escasa confianza.

En la lengua resecamos un pedazo completamente esfacelado, suturamos los dos fragmentos y reconstruimos la punta como nos fué posible, teniendo gran cuidado en dejarla recubierta con la mucosa lingual. Quedó la lengua reducida a  $4\frac{1}{5}$  de su tamaño normal, pero con apariencia anatómica correcta.

Hicimos unos puntos de aproximación de los diversos colgajos, guiándonos en gran parte con pedazos de mucosa labial y, con sorpresa, vimos que nos era posible reconstruir una boca aunque de menores dimensiones que la normal. Ya "in mente" el plan de reconstrucción, empezamos suturando la mucosa bucal, rehaciendo en lo posible la cara interna de las mejillas, el suelo de la boca, el surco buco-lingual y gingivo-labial, esforzándonos en no dejar ninguna superficie cruenta. Suturemos siguiendo los planos anatómicos normales, músculos y tejido celular donde eran reconocibles y finalmente rehicimos totalmente su orificio bucal.

Aún con la imperfecta boca obtenida, habíamos conseguido: a) Reponer los tejidos viables en posición correcta, b) Suprimir la hemorragia con la sutura de las superficies cruentas entre sí, y c) Disminuir las posibilidades de infección y de posible reacción cicatri-

cial, con la casi total desaparición de las superficies cruentas internas y externas.

En los días inmediatos aparecieron ligeros esfacelos que no llegaron a alterar el conjunto de las suturas que curaron rápidamente de segunda intención. El resultado ulterior fué satisfactorio.

*Caso Nº 2. (Fotos Nos. 1 y 2).*

Con este caso, que tuvimos ocasión de seguir en el servicio de Sir Harold Gillies, el gran apóstol de la Cirugía Plástica, queremos presentar otro aspecto de la cuestión.

Se trataba de una muchacha herida por un fragmento de metralla de una bomba aérea, con orificio de entra delante del músculo esterno-mastoideo derecho y por debajo del ángulo del maxilar inferior. El orificio de salida era en la mejilla derecha, con efectos explosivos en la piel y que dejaba un boquete desde la comisura derecha de la boca hasta unos dos centímetros por debajo de la órbita y a unos tres centímetros del lóbulo auricular. Gran cantidad de tejidos superficiales habían desaparecido, pero se conservaba la integridad de la mucosa bucal. Había, pues, una pérdida de piel considerable.

Fué operada inmediatamente de ingresada en el servicio, a las pocas horas del accidente. Después de la asepsia de la herida, los colgajos lacerados, colgantes, fueron suturados en posición normal entre sí, y a los tejidos blandos subyacentes, donde la falta de piel no permitía otra cosa.

Al cuarto día parte de las suturas estaban esfaceladas con ligera infección y presencia del estreptococo hemolítico. Tratado con ligeros antisépticos, al octavo día presentaba una herida clínicamente limpia.

Al undécimo día, o sea tres días después de la aparente asepsia clínica, fué aplicado un injerto de Thiersch encima de la superficie cruenta, suturados sus bordes a los de la herida y con presión local encima del injerto. El injerto tomó bien y en pocos días la superficie cruenta había desaparecido totalmente.

El resultado obtenido puede calificarse de excelente habiéndose conseguido: a) Aprovechar todos los tejidos viables y en posición correcta. b) Desaparición rápida y total de la superficie cruenta y, con ello, gran disminución del tejido cicatricial, ya dependiente de la inevitable ligera infección de las superficies cruentas y consecuen- te proliferación conjuntiva ya dependiente del largo tiempo de cicatrización y pobreza de los tejidos de reparación.

Este resultado, satisfactorio de momento, es considerado temporal y la paciente está citada para comparecer dentro de 4 ó 6 meses cuando el período de probable reacción cicatricial se considera habrá terminado y por tanto sus tejidos estarán en las mejores con-

diciones de vitalidad posibles. Entonces podrá apreciarse si es necesaria una nueva y estética reparación, que será la definitiva.

Cuando se trata de heridas cortantes, regulares, prácticamente asépticas —o mejor dicho todavía no infectadas— el injerto puede hacerse inmediatamente después del accidente, en la primera cura, casi siempre con buenos resultados.

Este injerto de Thiersch aplicado encima de la superficie cruenta en estas condiciones, lo llamamos **VENDAJE DE PIEL**, que es evidentemente el mejor y más científico vendaje para una superficie



1

Herida por metralla de bomba.  
Estado de la herida después de la  
operación efectuada como primera  
cura.



2

Caso Nº 2.

La misma herida después del injer-  
to de Thiersch.

Caso facilitado por Sir Harold Gillies.

cruenta. Y aunque a veces falle aparentemente, siempre es un buen estímulo biológico para la mejor y más rápida epidermización.

*Caso Nº 3.* (Fotos Nos. 3 y 4).

Este caso es obtenido de la práctica civil, aunque creemos que las enseñanzas que de él pueden obtenerse son igualmente aplicables en casos de heridas de guerra. Nos lo facilita Sir Harold Gillies.

Una mujer fué mordida en la nariz por un perro alsaciano, que se llevó y tragó el tercio anterior de la nariz, en su punta. Llevada urgentemente a la sala de operaciones, el mismo día le fué hecha una plastia de la nariz con un colgajo pediculado frontal de base superficial —método indio— atendiéndose a las normas estrictas de Cirugía Plástica con un resultado tan excelente que a las cuatro se-

manas la enferma pudo volver a su casa con su nariz en perfecto estado y la sonrisa en los labios.

Nótese, en la adjunta fotografía, una cicatriz frontal que sigue el borde del colgajo frontal que fué usado.

En los tres casos citados, el tratamiento, aunque variado se atiende en el fondo a los dos principios anunciados al principio del artículo.

*Tratamiento de las lesiones de los huesos o tejidos duros.*

La reparación única de los tejidos blandos, por perfecta que fuera aparentemente, siempre será incompleta si no tuviéramos en cuenta las lesiones cartilaginosas u óseas ocurridas.



3.



4.

Este precepto sube de punto en el tratamiento de las heridas faciales, porque los huesos de la cara tienen más complejas funciones que los de las demás partes del cuerpo.

Podemos resumir estas funciones en:

- a) Función soporte, para los tejidos blandos y para la inserción muscular.
- b) Función modelante, para mantener íntegras las cavidades donde se alojan los órganos de los sentidos y la forma externa general.
- c) Función soporte para mantener ciertas actividades vitales, por ejemplo, respiración, masticación, etc.

La importancia de la primera cura o de las de los primeros días queda realizada por el hecho de que la reducción de las fracturas

faciales es muchas veces fácil en un principio. En todo caso siempre es muchísimo más sencillo el tratamiento inmediato que el tardío.

Sin esta reducción inmediata o pronta, los tejidos blandos, sin el soporte adecuado, se deformarán y contraerán adherencias y producirán retracciones que podrán ser un obstáculo serio, ya para futuras intervenciones, ya para resolver los problemas esenciales de forma y función.

Unos casos aclararán los conceptos.

### *Fracturas de los huesos nasales.*

La forma nasal depende especialmente del soporte óseo de los huesos nasales que ocupan su mitad superior. La mitad inferior está modelada por los cartílagos nasales.

Lavater, en su famoso estudio sobre la Fisionomía dice "Una buena nariz es de incontestable peso en el balance de la fisionomía; nada hay que pueda superarla en importancia".

Cualquier deformidad de la nariz cambia completamente las facciones. La belleza o el ridículo pueden depender de una fractura o del oportuno tratamiento en manos del cirujano.

Aparte de la forma, las funciones fisiológicas nasales son, en principio, dos: 1. El sentido del olfato, residente en la mucosa nasal y 2. La función de vía respiratoria.

El aplastamiento óseo puede alterar tan profundamente la función de vía respiratoria, por oclusión total o parcial de la abertura anterior de las fosas nasales, que llegue a constituir la principal preocupación del enfermo, que ve dificultada no solamente su respiración sino que también, y por ello mismo, le dificulta y modifica el habla.

Sin tener presentes estos aspectos de la función nasal el tratamiento de las fracturas nasales no será adecuado. Por otra parte, en gran número de casos son fracturas fáciles de reducir en los primeros momentos, conociendo la técnica apropiada.

### *Fracturas del Soporte Malar.*

El Soporte Malar está formado por el hueso malar y sus conexiones con los huesos frontal, maxilar superior y temporal.

Esta fractura produce usualmente el hundimiento de los fragmentos y su movilización hacia afuera y abajo. De aquí la importancia de esta fractura. Los síntomas de ella podemos resumirlos en:

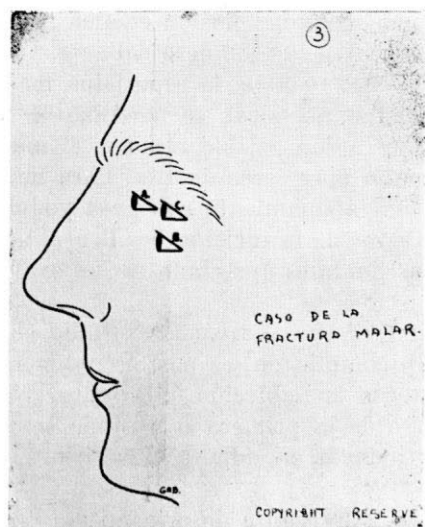
- a) Deformidad aparente de la parte alta de la mejilla y, con ella, de la fisionomía general de la mitad de la cara afectada.
- b) Trastornos en los músculos en él insertados, o en el nervio sub-orbitario.



1



2



3

c) Deformidad de la cavidad orbitaria y posibles trastornos en la visión.

Estas fracturas, aunque veladas en un principio por el usual hematoma y la tumefacción consiguiente, son casi siempre fácilmente diagnosticables clínicamente y pueden verse con certeza con el auxilio de una buena radiografía.

Un caso que nos facilita el doctor A. Mac Indoe de Londres es particularmente ilustrativo.

El paciente sufrió una fractura del bloque malar izquierdo con lesiones en la rama ascendente del maxilar y de la parte frontal anexa del hueso temporal del mismo lado.

La lesión temporal obligó a una operación descompresiva. Cuatro meses más tarde fué puesto en manos del citado cirujano para el debido tratamiento de las lesiones malares.

Había una gran depresión malar, y la base de la órbita estaba caída y en rotación externa.

La operación remarcable, practicada por este hábil cirujano, estaba en gran manera dificultada por las alteraciones anatómicas y las retracciones cicatriciales. La operación consistió en: Una primera incisión intrabucal en el lado izquierdo siguiendo el surco gingivo-lavial, que le permitió llegar a la zona sumida. Con el escoplo libertó el malar de su consolidación incorrecta. Aunque el hueso malar fué movilizado hacia arriba, el ojo y otros tejidos de la cavidad orbitaria no ascendían, por impedírsele un fragmento súpero-externo de la órbita irregularmente consolidado.

Fué practicada una segunda incisión encima mismo de la deformidad supraorbitaria y resecado el hueso saliente. Un fragmento lateral de la órbita impedía, todavía, la reposición malar. Fué practicada una tercera incisión temporal, se movilizó el fragmento lateral, y solamente entonces fué posible reponer el malar en su posición anatómica normal o muy cerca de ella. Para mantenerlo en posición fué necesario un taponamiento con gasa yodofórmica a nivel del seno maxilar, a través de la incisión bucal.

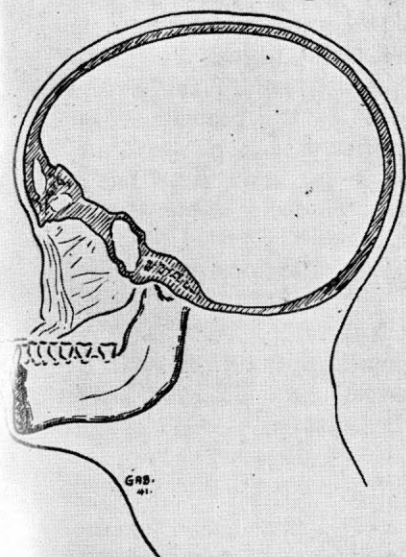
El resultado conseguido es apreciado con el examen de las fotografías adjuntas.

Una vez más diremos que el mismo resultado obtenido a través de una operación tan complicada, es posible obtenerlo con menores dificultades si se intenta la reducción ósea inmediatamente después del accidente o dentro de la primera o segunda semana a más tardar, cuando no hay todavía, ni adherencias firmes, ni retracciones cicatriciales.

Otro aspecto muy interesante de este mismo caso es el cambio ocurrido en las perturbaciones visuales. Desde el momento de la fractura apareció diplopia o visión doble, la cual desapareció después de la reducción malar.

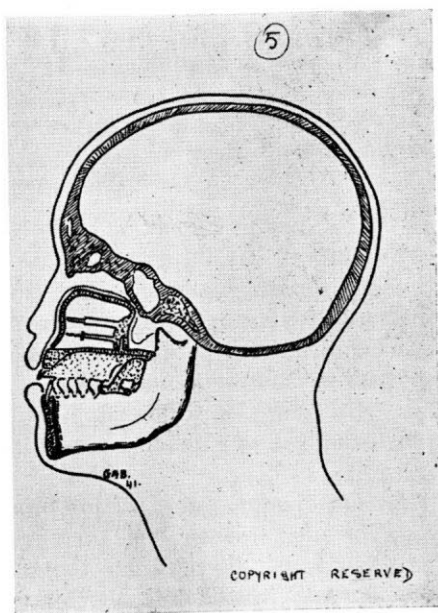


Perfil original.

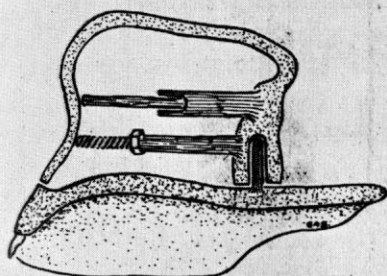


COPYRIGHT RESERVED

Resultado final conseguido.



COPYRIGHT RESERVED



Detalle del aparato de Mr. Kelsey Fry.

Del conjunto de los diversos documentos hemos podido construir el adjunto esquema en el cual A. representa el nivel exacto del ojo izquierdo antes del accidente (es la posición actual del ojo derecho); B. es el nivel del mismo ojo izquierdo después del accidente; y C. es la posición del mismo después de la reposición malar.

Nótese que el nivel horizontal de A y C es prácticamente el mismo aunque con diferencia de profundidad y que la profundidad de C. es igual a la de B. Si en la posición B. había diplopia que ha desaparecido en la posición C. hay que deducir que el factor diplopia, por lo menos en este caso, dependía de no estar los dos ojos al mismo nivel horizontal, ya que cuando el ojo izquierdo C. ha sido puesto al nivel del derecho, la diplopia ha desaparecido.

Además, encontrándose A y C a diferente profundidad y sin diplopia parece demostrarse que esta perturbación visual era independiente de la profundidad relativa de los dos ojos.

### *Pérdidas de los huesos.*

Tánta es la importancia de los huesos en la apariencia humana, que cuando, por las razones que sean, fragmentos importantes de huesos o huesos completos han desaparecido, es norma aceptada que hay que tratar de obtener un soporte artificial equivalente al óseo, ya en forma temporal o permanente, para ser substituídos —si es posible— más tarde, por injertos adecuados.

Sin ellos, los tejido blandos —que tienen tendencia a tomar la posición de línea más corta— no se mantendrían en posición correcta.

Son ejemplos de ello, los “inlay” nasales, con su doble vulcanita; los aparatos usados para mantener los labios en posición correcta después de pérdidas importantes en el maxilar superior o inferior; los “inlay” de la barbilla para obviar defectos congénitos o pérdidas óseas que desfiguran enormemente.

Un ejemplo final y seguramente uno de los más complejos en su concepción y más notables por su sencillez de realización nos ha sido facilitado por el distinguido odontólogo londinense Mr. Kelsey Fry. Un perfil monstruoso es cambiado por uno suficientemente correcto después de una operación para libertar los tejidos blandos, seguida de la aplicación del aparato que se ilustra.

### BIBLIOGRAFIA

- Barsky*. —“Plastic Surgery”. London y Filadelfia,  
*Fry W. Kelsey*. —“Treatment of injuries to the jaw. Royal College of Surgeons. London, 1916-1920.  
*Guillies, Sir Harold*. —“Plastic Surgery of the Face”. London, 1920.

*Gillies, Sir Harold.*—"Plastic Surgery of the Face". London, and their repair. London, 1934.

*Gillies, Sir Harold.*—"Reconstruction Surgery. The repair of superficial Injuries, Surgery, Gynaecology and Obstetrics". 15 de febrero, 1935.

*Gillies, Kilner.*—"The tretment of the broken nose. Lancet 1927. London.

*Gillies, Kilner y Stone.* — "Fractures of the malar-zygomatic compound. British Journal of Surgery. 1927.

*Gillies, Sir Harold.*—"Prosthetic appliances as an aid to Surgery in facial restorations". "The Britissh Dental Journal" 2 octubre 1835.

*Kock.*—"The immediate treatment of compound injuries. Surg. Gy. y Obs.". Mayo de 1939.

*Larater.*—"Essays on Physiognemy". London, 1850.

*MacIndoe, A. M.*—"The treatment of old traumatic bony lesions of the face. Surg. Gynec. y Obs." 15 de febrero de 1937.