

CIRUGIA REPARADORA

UTILIZACION DE LA PIEL DEL ABDOMEN PARA CORREGIR UN DEFECTO CERVICAL

Por el doctor *P. Gabarro* de la Facultad de Medicina de Barcelona.

El caso que vamos a presentar detallado, hemos tenido ocasión de seguirlo en todas sus fases estando en Inglaterra, en el servicio del doctor A. H. MacIndoe, uno de los discípulos predilectos del gran Cirujano Plástico Sir Harold Gillies.

Se trataba de una muchacha de 20 años que a consecuencia de incendiarse —(Fig. 1)— sus vestidos, sufrió extensas quemaduras de la piel del cuello, desde ambas regiones subauriculares hasta el mentón y descendiendo hasta el tórax hasta el nivel de la cuarta costilla. En el tórax la quemadura era relativamente superficial y aunque con alguna reacción queloidiana, la retracción no llegaba a tener importancia, aparte de la mala calidad estética de la piel.

En cambio, la parte submaxilar, desde el ángulo del maxilar inferior de un lado al otro, presentaba una cicatriz profunda, con reacción queloidiana y con importante retracción que no permitía la debida extensión de la cabeza sobre el tórax. Aparte de esta anomalía anatómica, desde el punto de vista estético la piel era francamente desagradable, mucho más tratándose de una muchacha joven y de buena presencia.

El plan adoptado para la reparación fué: transplantar la piel del abdomen previamente convertida en pedículo tubulado, al cuello, a través del puño de la mano derecha. Fueron necesarias, para ello, 6 operaciones.

Primera operación.

Consistió en levantar dos pedículos de piel tubulada —el “Tubed Pedicle Flap” creado por Sir Harold Gillies— en el abdomen, oblicuos, desde la región suprapúbica hasta los vacíos derecho e izquierdo, de dimensiones iguales, 20 cm. de largo por 7.50 cm. de ancho.

Para ello se incide la piel en los límites superior e inferior de un cuadrángulo de las dimensiones citadas. Luego se libra la piel

completamente de sus conexiones con los planos subyacentes. La incisión de la piel va directamente hasta el nivel de la aponeurosis muscular, con exclusión de la misma. En muchos casos la abundancia de tejido celular subcutáneo obliga a la resección de gran parte del mismo, dejando únicamente unos pocos milímetros de grasa subcutánea, los suficientes para mantener la integridad de los vasos dérmicos y para equipar esta piel con las condiciones de la piel cervical. En este caso el tejido celular subcutáneo era poco abundante y prácticamente no fué necesario resecar nada.

Una vez levantada la piel es enrollada sobre sí misma y sus bordes (Fig. 2), superior e inferior son suturados cuidadosamente, quedando, por tanto, toda esta extensión de piel, separada de la pared abdominal. Queda constituido el pedículo tubulado.

La piel abdominal fué despegada en una extensión de unos 6 centímetros y suturada directamente por debajo del pedículo. (Si el tamaño de la superficie cruenta, o la poca movilidad de la piel de la región no hubieran permitido una sutura directa, se hubiera cubierto el área cruenta con un injerto de Thiersch).

El vendaje, siempre importante, cubre toda las superficies suturadas, excepto el pedículo, para que sea posible observar su curso en todo momento. El curso post-operatorio fué sin complicaciones.

Segunda operación.

Inserción de ambos pedículos en la región carpometacarpiana de la mano derecha.

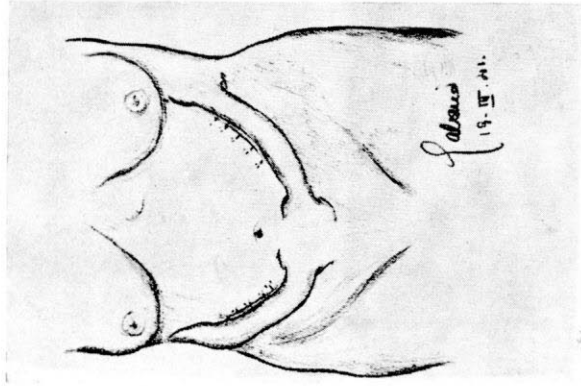
El primer tiempo consistió en preparar una superficie cruenta en el puño derecho, a propósito para recibir el extremo del pedículo. En el lado radial de la mano fué hecha una incisión de la piel con curva interior y un pedazo de piel fué levantado en forma de delantal, dejando una doble superficie cruenta: la de los tejidos aponeuróticos del puño en su lado externo y la cara inferior cruenta de la piel invertida hacia **adentro**.

Los dos extremos inferiores de los pedículos abdominales, fueron separados de su inserción y, previa resección del poco tejido cicatricial existente, fueron suturados al área anteriormente preparada en la región carpo-metacarpiana derecha. La mano, queda inmovilizada junto al **abdomen**.

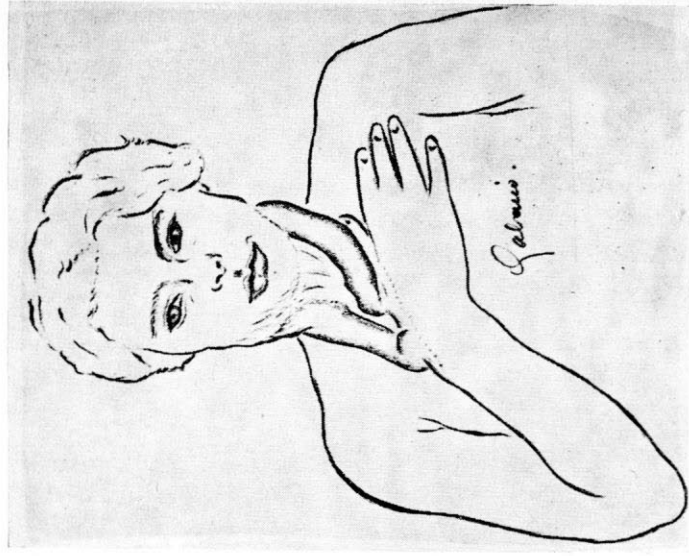
Curso post-operatorio. Una ligera hemorragia producida entre los dos pedículos fué seguida de una pequeña supuración y pérdida de algunos puntos de sutura, cicatrizando finalmente en buenas condiciones, pero quedando la inserción de los pedículos más separada que en un principio.



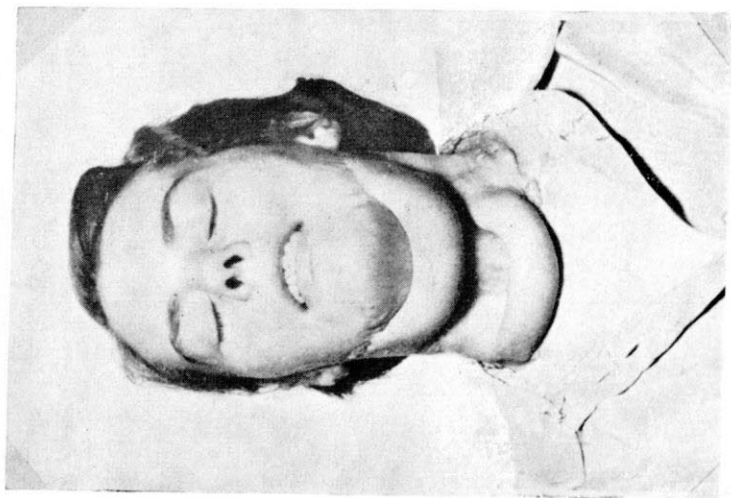
Cicatriz producida por fuego directo. — Estado de la paciente antes de iniciar la plastia de piel.



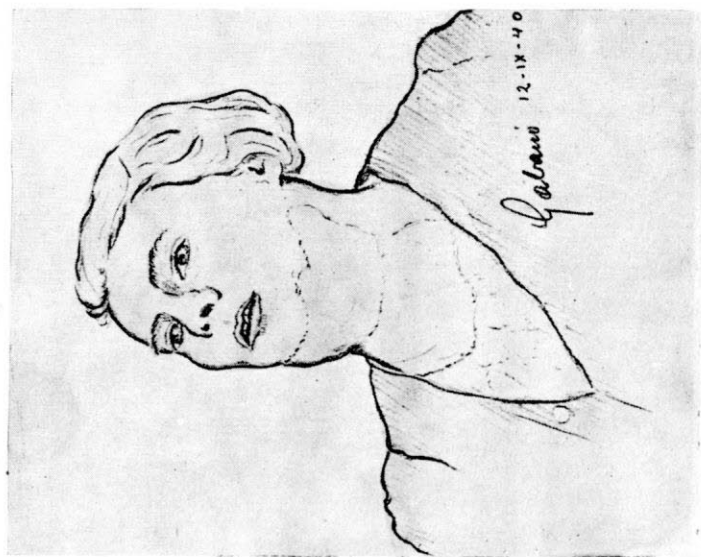
Después de la primera operación. Los dos pedículos de piel tubulada levantados en el abdomen. — Nótese la sutura de la piel abdominal, por debajo del pedículo, parcialmente visible.



Después de la cuarta operación. — Los dos pedículos tubulados insertados en el cuello y en el puño.



Después de la quinta operación. — Los dos pedículos de piel abdominal insertados por ambos extremos en el cuello.



Resultado después de la sexta operación.

Tercera operación.

Esta intervención podríamos llamarla biológica, ya que su objeto es aumentar el acúmulo de sangre que los pedículos reciben del puño, en forma indirecta, cortando la mitad de la inserción abdominal de cada pedículo. Los ingleses la llaman "Delay Operation" o sea operación retardadora. Como consecuencia de ello se produce un estímulo en los vasos procedentes del puño, lo que aumentará las garantías de supervivencia, en buenas condiciones del pedículo, una vez separado totalmente del abdomen.

La operación en sí consiste en cortar, transversalmente, la mitad de la inserción abdominal del pedículo y resuturar la piel separada haciendo un pliegue consigo misma, en forma que NO vuelva a unirse anatómicamente con su antigua inserción abdominal.

Cuarta operación.

Inserción de la parte alta de los dos pedículos en ambas regiones pre y sub-auriculares. La operación se hizo en tres tiempos.

1. Sección de la inserción abdominal de los dos pedículos quedando (Fig. 3), pendientes, únicamente, del puño. Abertura de esta porción del pedículo tubulado en unos 5 cm. de extensión.

2. Resección, en ambas regiones sub y pre-auriculares, de tejido cicatricial, dejando una superficie cruenta. En el lado izquierdo en la parte alta y en el lado derecho en la parte baja.

3. Sutura de los extremos de ambos pedículos en la superficies cruentas preparadas en el tiempo anterior.

Quinta operación.

Sección de la unión con el puño e inserción definitiva en el cuello.

Primero fué seccionada la unión de los dos pedículos con la porción carpo-metacarpiana. En la mano, el "delantal" de piel referido en la segunda operación, ya separado del pedículo, fué resuturado en su primitiva posición. El extremo pedicular fué abierto en unos 6 cm. y los tejidos cicatriciales existentes fueron resecaados. Seguidamente fué resecaada una nueva porción de cicatriz en las partes laterales del cuello, esta vez en la parte alta del lado derecho y en la parte baja (Fig. 4) en el izquierdo. Y finalmente los extremos libres de los pedículos fueron suturados en las superficies cruentas cervicales, quedando los dos pedículos paralelamente insertados, uno por encima del otro, abiertos y definitivamente implantados en sus extremos, aunque mantenidos todavía tubulados en su parte media.

Sexta operación.

Final de este período.

Primero los dos pedículos fueron desenrollados y su tejido cicatricial reseca. Después fué reseca la piel cicatricial del cuello desde el nivel mentoniano hasta la horquilla esternal. Los dos pedículos, ampliamente abiertos, fueron suturados en el área cruenta previamente preparada (Fig. 5).

Durante esta operación fué necesario vencer diferentes dificultades técnicas dependientes de lo delicada en sí de la región, de la dificultad en reseca el tejido cicatricial profundo sin lesionar ningún elemento anatómico esencial; la lucha contra la hemorragia con el deseo de obtener perfecta hemostasis con el minimum de ligaduras posibles; las dificultades del desdoblamiento de los pedículos vista su posición y su doble inserción lateral; y el deseo de reseca el maximum posible del tejido de reacción del pedículo sin lesionar ninguno de los vasos nutricios del mismo.

Estas dificultades son realmente los elementos que hacen difícil y atractivo, al mismo tiempo, la Cirugía Plástica, en general.

El curso post-operatorio fué bueno.

El resultado obtenido es anatómica y fisiológicamente correcto. Estéticamente no es absolutamente perfecto. Es necesario que transcurran unos meses para la perfecta adaptación de la piel a su nueva morada y entonces será el tiempo oportuno para reparar las cicatrices imperfectas o detalles de importancia secundaria. No es posible nunca obtener un resultado absolutamente perfecto, porque la piel trasplantada conserva siempre algunas de las características intrínsecas en cuanto a color y textura de la región de donde procede.

Basingstoke, 19 de marzo de 1941.

Dr. P. Gabarro