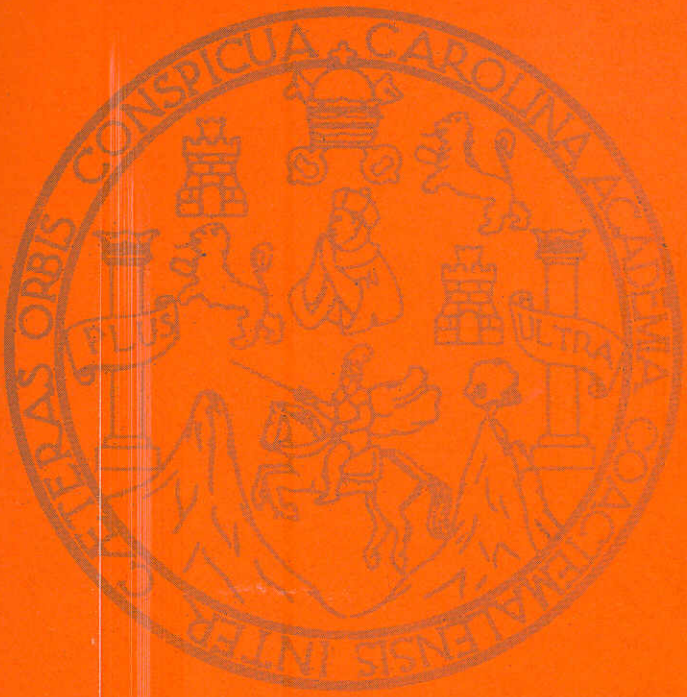
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" PLASTIAS MAS IMPORTANTES EN CARA, REVISION DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR "

ARTURO TOBAR RODRIGUEZ

PLAN DE TESIS

1.) INTRODUCCION

2.) OBJETIVOS GENERALES

3.) OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.) JUSTIFICACIONES

5.) MATERIAL Y METODOS

6.) RESEÑA HISTORICA

7.) GENERALIDADES

8.) MATERIAL INVESTIGADO

9.) MATERIAL FOTOGRAFICO

10.) CONCLUSIONES

11.) RECOMENDACIONES

12.) BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Desde tiempos atrás el ser Humano ha venido preocupándose de la estética de su figura, principalmente de la del rostro, siendo así como han evolucionado varios sistemas para corregir los defectos con que se ven afectados a través de los años, ya sea por razones de tipo congénito o bien adquirido.

Dichas correcciones han sido necesarias llevarlas a cabo por el efecto que tales anomalías llegan a producir en la psicología del Individuo que las presenta.

Es aquí donde la cirugía Plástica, (Reconstructiva y cosmética), presta valiosos servicios al hombre, por lo que él la ha desarrollado progresivamente, hasta al avance actual.

Es una especialidad poco difundida en nuestro medio. Vemos que aún dentro del mismo cuerpo médico, se ignora la magnitud de sus posibilidades quirúrgicas.

SE DIVIDE EN:

A) Reconstructiva
B) Estética

RECONSTRUCTIVA:

Es este el campo más extenso de la cirugía, -muy variado-, y es aún más desconocida, por lo que muchos pacientes dejan de recibir sus beneficios o los reciben muy tarde, como es el caso de deformidades congénitas: ausencia de las orejas; labio leporino, paladar hendido etc., reconstrucción de pérdidas de piel, tanto por accidentes como secundarias a algún otro tipo de padecimiento orgánico, corrección de cicatrices, tratamiento de pacientes quemados, reconstrucción de nariz, párpados, injertos de piel, etc.

Primordialmente lo que se busca en este tipo de cirugía

es devolver su función a las partes afectadas, por ejemplo: al - Individuo al cual se le quita todo el labio inferior, por un tu - mor canceroso, y se le hace otro que le sirva para mantener la integridad de la boca: comerc, hablar etc., o en las heridas de guerra, necesitándose reponer o reconstruir las pérdidas de teji dos, aunque en ocasiones no sea posible obtener un resultado - estético completamente aceptable, a pesar de ser un factor que siempre es deseable y está implícito en el estudio y el planea - miento de los procedimientos quirúrgicos que el cirujano Plásti co efectúa a todo paciente que requiera de dichos procedimien tos.

ESTETICA:

La cirugía estética, cosmética o de belleza, es aquella - tendiente a mejorar los rasgos externos del paciente, tanto fa - ciales como del resto del cuerpo; así como hacer las operacio - nes de rejuvecimiento facial: Rinoplastía (que en ocasiones se acompaña de la aplicación de injertos de huesos, aplicación de Implantes para mejorar tamaño o contorno), corrección de ore - jas (muy prominentes), del mentón (aumento con prótesis, barba partida), para hablar solo de algunos de los procedimientos uti lizados en cara, tema central del presente trabajo.

Mucho se ha distorsionado la realidad de la cirugía plásti ca en el cine, las telenovelas, las novelas, etc. La realidad es que esta especialidad no ofrece milagros, aunque sí excelentes resultados. Por otra parte, es imposible que no deje cicatrices, ya que la cicatriz es la respuesta natural del organismo en el proceso de curación de todo tratamiento; lo que sucede es que por utilizarse técnicas especializadas, muy finas, las cicatrices son poco visibles y en muchas ocasiones llegan a desaparecer. Después de lo mencionado, espero que el lector se forme una - IDEA, aunque general, un poco más real e integral, de lo que- es la Cirugía Plástica.

OBJETIVOS

GENERALES:

1.) Tema de gran interés; diariamente se presentan infi- nidad de casos a los servicios de emergencia, de diversas Institu ciones y servicios Hospitalarios que cubren los requerimientos - de salud en el país. Casos que deberían haber entrado en el do minio de la cirugía Plástica y reconstructiva.

2.) Especialidad de gran beneficio para la humanidad, - ya sea para corregir todas aquellas anomalías, tanto congénitas como adquiridas del Individuo, y tratar de colocarlo si no com- pletamente, al menos ponerlo en condiciones físicas y estéticas de presentarse al dinamismo de la vida y a sus semejantes.

3.) Tratar de demostrar a través del presente trabajo, la gran importancia de la cirugía Plástica y reconstructiva y lo - poco conocida y practicada en nuestro medio.

ESPECIFICOS:

1.) El papel que desempeña influye en el estado psíqui co, físico y estético del enfermo.

2.) Afecciones que antes se consideraban irreparables, han sido restablecidas en un mayor porcentaje, por medio de - una operación plástica o reconstructiva en el término de poco - tiempo.

3.) Tiene la maravillosa ventaja de no ser mutiladora, - sino por el contrario, reparadora y funcional.

4.) La imperiosa necesidad que hay en los servicios de emergencia de contar con un cirujano Plástico como asesor.- Hay heridas y diferente patología propia de la especialidad que podrían tratarse con técnicas especializadas, como son tratadas por un cirujano general y con mejores resultados para el porvenir del enfermo y la creación de conocimientos básicos para los estudiantes de medicina, para que en día no lejano pongan al servicio los conocimientos adquiridos.

JUSTIFICACION

Muchos agentes pueden causar traumatismos fáciles, cuya intensidad va desde las simples abrasiones y contusiones, hasta complejas pérdidas de tejido. Las pérdidas masivas de tejido blando con destrucción esquelética suelen acompañarse de grandes traumatismos en otras regiones. Por otra parte, las quemaduras y otras irritantes físicos y químicos causan distintos grados de alteración en los tejidos blandos que requieren, generalmente, tratamiento especializado. La finalidad del tratamiento es la rápida recuperación de la función y la restauración del aspecto. Con el fin de obtener los mejores resultados, es preciso tener un conocimiento profundo de la anatomía y fisiología de los tejidos afectados. Sin embargo, idéntica importancia tiene la motivación idealística que lleva a reparar los daños con el mayor grado de perfección. Esto debe ser llevado a cabo sin prisa y en las mejores circunstancias, tomando muy en cuenta aquella regla básica de la Cirugía plástica que dice "La primera cicatriz es la mejor", con la certeza de que un tratamiento primario, poco afortunado, con grandes cicatrices y distorsión fácil puede ser imposible de reconstruir más tarde.

MATERIAL Y METODOS

1.) Para la elaboración del presente trabajo se revisaron todos los diagnósticos de egreso del archivo del Hospital Militar, de enero 1966 a enero 1976.

2.) Archivos personales del Dr. César Mishaán Pinto que incluye material fotográfico de casos interesantes.

3.) Revisión del total de fichas clínicas encontradas los diagnósticos relacionados con el tema del presente trabajo de tesis.

4.) Se efectuó la revisión en número de 444 papeletas, tomándose únicamente 167; el resto se descartó pues no cubrían los parámetros de la investigación, o había error diagnóstico.

5.) Con los elementos clínicos se elaboró una ficha, que permitió obtener valores numéricos, para la elaboración de cuadros estadísticos.

6.) Lectura de diferentes publicaciones de la especialidad, para contar con conceptos actualizados.

BREVE RESEÑA HISTORICA

En una comunicación real al Colegio de Médicos Sir Winston Churchill decía: "Cuanto más lejos miramos hacia atrás, más lejos vemos hacia adelante". Las ideas, luchas y esfuerzos de quienes han precidido, constituyen los fundamentos sobre los cuales se ha creado la especialidad de la Cirugía Plástica.

Nada más cierto que lo anterior, ya que ahondando en la historia de la medicina, vemos que los Hindúes antiguos realizaban esfuerzos por reconstruir la punta nasal que según leyes de la época se cortaba a los ladrones y mujeres adúlteras, y en esta forma hemos encontrado más y más listas de los diferentes esfuerzos desarrollados por los pioneros de esta especialidad por tratar de corregir las diferentes deformidades de los individuos.

Con todas las limitaciones que conlleva la falta de anestesia, equipo quirúrgico, material de sutura, desconocimiento de la asepcia, falta de antibióticos, etc. Todos estos esfuerzos sirvieron de base para el gran desarrollo que significó el aparecimiento de Sir Harold Gillies en la escena de la cirugía plástica y reconstructiva.

Durante la Primera Guerra Mundial, podemos considerarlo conjuntamente con sus colaboradores, como el punto de partida de la cirugía plástica moderna. De aquí en adelante se multiplicaron y se asociaron esfuerzos por difundir y superar cada vez más esta especialidad, hasta llegar a obtener las técnicas actuales con los beneficios cada vez mayores que puedan brindarse a los pacientes que necesitan de ella.

GENERALIDADES

Siendo la idea básica al elaborar una tesis profesional - de que ésta llene una función podríamos llamar docente, he considerado conveniente extenderme un poco en lo que respecta al tema de Generalidades de la Cirugía Plástica, debido a que son estos los problemas más frecuentes a los cuales se enfrenta un - médico en una sala de urgencias, siendo por lo tanto necesario- que tengan un conocimiento más directo sobre los procedimien - tos comunes que tendrán que realizar con pacientes que presen- ten lesiones que podríamos llamar de menor intensidad, pero no por esto en ocasiones, de tremendo significado e importancia en las lesiones de partes blandas de la cara que con tanta frecuen - cia se presentan en los servicios de emergencia.

HERIDAS

Los colgajos de piel aplastados o torcidos sobre sí mismos deben ser extirpados para evitar las dificultades posteriores en - el riego sanguíneo. A veces conviene colocar suturas apoyadas en los fragmentos móviles, para dejarlos en las mejores condicio nes de tensión y prevenir los trastornos vasculares antes de em - prender el tratamiento definitivo.

MOMENTO EN QUE DEBE PROCEDERSE A LA REPARACION - DE LAS PARTES BLANDAS.

El tratamiento de los traumatismos que afectan a los teji dos blandos de la cara raramente trata de salvar la vida y por - tanto, pueden diferirse hasta haber resuelto otros problemas más graves. Ello puede dificultar más las maniobras, pero los resulta dos que se obtienen son mejores, si se ha pospuesto el tratamien- to más de 24 horas.

El llamado período dorado puede prorrogarse gracias a -

las excelentes condiciones de riego en la cabeza y cuello; sin embargo, no se ha de olvidar que a medida que se difiere más, pueden ser imperativas modificaciones tanto en el cierre local como en el tratamiento postoperatorio. Las suturas profundas - deben emplearse al mínimo en los cierres tardíos. En el post - operatorio se usan como método sistemático los vendajes húmedos.

En los casos en que un neurocirujano, cirujano torácico - o cirujano general proceden a un tratamiento de importancia - vital, debe efectuarse al mismo tiempo el cierre de las heridas faciales para aprovechar la anestesia. La sutura debe ser rápida y lo menos traumática posible. En tales condiciones, las - técnicas más rápidas y efectivas consisten en el mínimo desbridamiento, la colocación de suturas profundas que eliminan los espacios muertos y las suturas contínuas.

En las situaciones angustiosas, lo más importante es el cierre rápido, y el cirujano debe limitarse únicamente a poner en contacto los tejidos, en espera de una reconstrucción secundaria más eficaz.

En los enfermos comatosos en situación desesperada deben realizarse las suturas en el lecho con o sin anestesia local. -- Por otra parte, si hay alguna posibilidad de que mejoren las - condiciones del enfermo de tal forma que pueda procederse, - dentro de las 24 ó 36 horas siguientes, a una reconstrucción - más completa, debe posponerse la operación colocando en las heridas vendajes húmedos a discreta presión y protegiendo con antibióticos durante el tiempo de espera.

DIAGNOSTICO PRECOZ

Puesto que el plan de tratamiento debe ser precisado - precozmente, es indispensable valorar la importancia de la herida en 3 zonas específicas, en que es necesaria la colaboración de otros especialistas. Los cirujanos plásticos son los que suelen decidir cuándo se necesita un oftalmólogo, un dentista o un neurocirujano. Las heridas de la córnea o de todo el globo exigen los servicios del oftalmólogo; los traumstismos de - los huesos de la cara necesitan de la colaboración del odontólogo; y ni qué decir tiene que las fracturas del cráneo con hundimiento y lesiones cerebrales exigen la atención de un neurocirujano. Sin embargo, es imperativo que estos traumatismos - sean reconocidos rápidamente, de tal forma que están disponibles en el momento adecuado los especialistas necesarios. En todos los traumatismos importantes de los tejidos blandos de estas zonas puede haber daños en los huesos faciales y craneales y practicarse estudios radiográficos sistemáticos, y tras haber - limpiado la herida, y mientras el paciente está todavía anestesiado, hay que comprobar la integridad de las estructuras.

ANESTESIA

La elección de anestesia depende en gran parte del tipo de cirugía proyectado, de la opinión del cirujano, y de las condiciones del paciente. Es regla general el empleo de anestesia local siempre que sea posible, para causar el mínimo de riesgos.

ANESTESIA LOCAL:

Tanto las intervenciones amplias como las prolonga- - das, pueden ser perfectamente efectuadas bajo anestesia local si se ha empleado la adecuada premeditación. Esta debería - ser suministrada 45 ó 60 minutos antes de la operación, para -

dominar propiamente la angustia del enfermo. La elección de esta premedicación depende de las preferencias individuales, tanto de cirujano como del anestesista.

Los productos empleados para la anestesia local, son también cuestión de gustos, lo más indicado es la Lidocaina, ya que es muy seguro y efectiva. Si se le añade Epinefrina, se prolongará su acción en el tiempo, y la anestesia es más completa. Otras pequeñas cantidades de Lidocaina serán inyectadas durante la misma operación, con el fin de bloquear los plexos nerviosos infraorbital, alveolar, lingual, maxilar o cervical.

El uso de anestesia local con Epinefrina ejerce también un efecto hemostático, que disminuye la pérdida de sangre.

Se ha de prestar una gran atención a la cantidad total de drogas que se usan. Una cuidadosa historia sobre antecedentes de reacciones alérgicas a cualquiera de ella. Si no obstante, llegaran a producirse, debe tenerse a mano, para combatirlas, oxígeno vasopresores y miorrelajantes.

ANESTESIA GENERAL

La anestesia general está indicada cuando van a practicarse al mismo tiempo otros procedimientos quirúrgicos, cuando hay que proceder a reparaciones muy extensas, y en los niños con laceraciones del paladar blando o de la fosa amigdalina, que se producen tan frecuentemente cuando caen con algo en la boca.

LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA

Los siguientes factores constituyen la base del tratamiento de una herida no complicada.

1. Preparación minuciosa de la herida
2. Exploración en profundidad y evaluación diagnóstica definitiva.
3. Desbridamiento inteligente.
4. Sutura cuidadosa.
5. Postoperatorio concienzudo.

LIMPIEZA DE LA HERIDA

Las heridas deben ser preparadas para su repación de forma cuidadosa y sin apresuramientos. Si va a emplearse anestesia local, debe infiltrarse en los tejidos justamente momentos antes de lavar la zona con agua y jabón. Después de haber quitado los coágulos y los cuerpos extraños, la herida es copiosamente irrigada con solución salina a la temperatura ambiente. No obstante, si se exigen técnicas especiales, no se iniciarán hasta después de la limpieza total de la herida. La posibilidad de necesitar la zona postauricular o el cuello como regiones donadoras de injertos, debe ser muy tenida en cuenta al colocar los campos.

Debe explorarse cada herida en profundidad, valorando a cielo abierto todas las anfractuosidades y cavidades. Los cuerpos extraños suelen ser múltiples y hallarse en profundidad: hay que extraerlos sistemática y metódicamente a no ser que vaya empeorando el estado general del enfermo, caso en el cual sólo se extraen los grandes, pero sin olvidar que ello aumenta considerablemente los riesgos de infección. Cualquier zona de huesos descubierta debe ser reconocida para eliminar una posible fractura. Debe garantizarse la vitalidad de los márgenes y fragmentos de la piel, así como de las pérdidas de

tejido, mediante un inteligente desbridamiento, del que dependerá en gran parte su futuro. Las pérdidas de tejido pueden evidenciarse sólo tras haber colocado los puntos claves, permitiendo el cierre de la herida sin tensión.

DESBRIDAMIENTO

En los grandes traumatismos, el desbridamiento debe ser conservador, sobre todo en las zonas más importantes, como labios, nariz, orejas, cejas y párpados. Todas ellas son estructuras altamente especializadas y muy difíciles de reconstruir. En caso de que la piel aplastada o destrozada se halle rechazada hacia atrás a poca distancia de las regiones de la frente, mejillas y mentón, deberá ser desbridada cuidadosamente y lavada a presión, con el fin de eliminar las incrustaciones. Todos los tejidos no viables deben ser extirpados.

ALGUNOS TRATAMIENTOS DE LOS DIVERSOS TIPOS DE TRAUMAS, ABRASIONES Y CONTUSIONES

Las contusiones no complicadas requieren un tratamiento mínimo si se ha demostrado que no hay fracturas en la zona subyacente. Los hematomas masivos de la frente y mejilla suelen asociarse a contusiones de estas zonas y requieren a veces aspiración aséptica y vendajes compresivos.

La extirpación completa de todos los cuerpos extraños es de primordial importancia al tratar las abrasiones. Para los vendajes son preferibles en estos casos las gasas impregnadas en un producto soluble en agua más que las basas grasas. Las abrasiones completas con grandes pérdidas de tejido blando y dejando al descubierto un hueso desprovisto de periostio suponen un grave problema. El conseguir el cierre perfecto de la herida puede exigir difíciles técnicas de resultado incierto. Si el estado general del paciente no aconseja recurrir a una cirugía de importancia, puede emplearse una cubierta biológica temporal (p. ej. un injerto de piel), e incluso apósitos húmedos, hasta que pueda procederse a la operación definitiva.

LACERACIONES SIMPLES

Las laceraciones simples suelen tratarse en la sala de urgencias con anestesia local. Algunas de estas laceraciones ofrecen gran enseñanza para las técnicas de sutura, de preparación de las heridas, exploración y desbridamiento. A pesar de la sutura más cuidadosa, si las laceraciones no son paralelas a las "líneas de tensión de la piel", no se obtienen resultados satisfactorios; esto es especialmente cierto en los niños. El resultado final suelen ser unas cicatrices hipertróficas, y en estos casos no suele estar indicada una plastia primaria en Z. destinada a cambiar la dirección de la cicatriz.

Deben eliminarse todos los espacios muertos en las profundidades de una herida y efectuar el cierre suturando por planos. Si hay graves destrucciones, es mejor dejar la menor cantidad posible de material de sutura. El músculo, la fascia y el tejido celular subcutáneo deben ser aproximados con algunas suturas. Algunos puntos claves al empezar la sutura de la piel son el borde del bermellón, los bordes alares o el hélix y la curva de las cejas, por lo cual se recomienda no rasurar nunca las cejas, por ser éstas un punto de referencia muy importante. La piel debe cerrarse con puntos sueltos de seda 6-0 o nilón, con puntos claves verticales dispuestos donde sea necesario.

Las suturas profundas de tipo subdérmico eliminan la posibilidad de malformaciones, aunque suele ser preciso emplear algún tejido suplementario en los puntos claves; para este tipo de suturas es ideal el nilón 5-0 con aguja atraumática. Las suturas intradérmicas largas deben ser cortadas muchas veces, porque son difíciles de quitar, y si cambia la dirección de la herida, hay que hacerlas en varios tiempos, empezando una donde

acaba la otra.

Si la aproximación de los bordes de la herida produce cierta tensión puede evitarse la eversión haciendo unas pequeñas incisiones por debajo. En la cara deben practicarse inmediatamente debajo de la dermis, dejando cierta cantidad de grasa adherida a la piel. Cuando es preciso desbridar más ampliamente los bordes de la herida, estas incisiones subdérmicas tendrán que ser más profundas también, para evitar cualquier tensión en la herida. Los bordes de la piel deben manejarse suavemente con instrumentos especiales, y nunca aplastados por la acción violenta de cualquier pinza. La clave de una sutura correcta radica en colocar los tejidos de forma simétrica y evitando que exista más afrontamiento en profundidad que en la superficie. Las pequeñas discrepancias en el nivel de la piel se compensan cambiando la tensión de las suturas y haciendo los nudos alternativamente en los dos bordes. La lividez de los bordes de la piel es inadmisible e indica que los puntos están demasiado apretados: en teoría las suturas deben ser quitadas al quinto día. El objetivo, en definitiva, es obtener una unión limpia por primera intención, sin pinzamientos y sin que los puntos dejen marcas.

HERIDAS DE LAS ESTRUCTURAS ESPECIFICAS

Párpados

Las laceraciones de los párpados exigen una aproximación minuciosa y gran habilidad en las heridas perforantes. El cierre se hace en tres planos: lámina conjuntivatorsal, músculo y piel. Las suturas cuidadosas con puntos claves de aproximación dan resultados muy satisfactorios. Las pérdidas de piel deben repararse mediante un injerto de piel. Las pérdidas pequeñas se reparan con un injerto de piel de espe-

sor total tomado de la región postauricular. Si lo que falta es menos de la cuarta parte del espesor total de un párpado en dirección horizontal, debe procederse a su cierre inmediato. Las pérdidas más grandes exigen procedimientos complicados.

Los fallos en el diagnóstico y reparación de las disrupciones del elevador palpebral ocasionan ptosis.

Orejas

Las laceraciones de la oreja suelen tener muchas ramificaciones, pero el excelente riego sanguíneo de que disfrutan garantiza buenos resultados si los fragmentos han sido cuidadosamente alineados y correctamente suturados. En las heridas perforantes con bordes alterados suele ser necesario disecar el cartílago a lo largo del borde de la piel, de manera que pueda desbridarse la piel que lo cubre. Suturas de fino dexón mantendrán juntos los bordes cartilaginosos, pero hay que intentar que no se produzca eversión de los bordes de la piel. Es muy importante la hemostasia, y hay que evitar los hematomas. El tratamiento de uno de éstos consiste en la aspiración de la sangre y un vendaje compresivo cuidadosamente adaptado al contorno de la oreja. Las pérdidas de piel deben corregirse con injertos de piel gruesa tomados de la región postauricular del lado contrario, y en algunos casos, con colgajos pediculados de base inferior o superior tomados del mismo lado. El que los resultados de esta reparación primaria sean o no buenos depende, en gran parte, de la experiencia y habilidad del cirujano. En las pérdidas de tejido en todo su espesor hay que suturar los márgenes sin tensión y practicar una incisión en la zona postauricular, que constituye el primer tiempo de cualquier reconstrucción de la oreja.

Nariz

Es muy corriente que las laceraciones de la nariz, aunque sean grandes, puedan afrontarse con facilidad y suturarse satisfactoriamente. Las laceraciones perforantes exigen el cierre por planos. La oreja constituye un notable almacén de partes destinadas a sustituir las pérdidas de los bordes de los orificios o de la punta. Injertos compuestos (piel y cartílago; piel y grasa) tomados de la oreja sirven admirablemente y dan excelentes resultados cosméticos. Para garantizar el éxito, ninguna parte del injerto compuesto debe distar más de 1 cm del borde de la piel. Es muy importante que éstos se suturen inmediatamente en el defecto, después de haber sido tomados de la zona donadora; cualquier demora disminuye considerablemente las probabilidades de éxito. Es imprescindible mantener el contorno mediante una aproximación de los bordes cuidadosa y atraumática y con mínimos vendajes compresivos. Las restauraciones que exijan el empleo de un colgajo pedicular tomado a distancia es mejor dejarlas para más tarde.

Nervio facial

Siempre que sea posible hay que hacer una valoración preoperatoria precisa de cualquier traumatismo del facial y sus ramas. En muchos casos, el diagnóstico definitivo puede establecerse sólo por la exploración del fondo de la herida. Si las finas ramas periféricas han sido seccionadas, no exigen reparación alguna, porque casi siempre se restaura su función. Sin embargo, la sospecha de interrupción de las ramas mayores dentro de la parótida exige la exploración completa, la identificación de los cabos nerviosos y su reparación. La identificación de los extremos es bastante difícil, y podemos beneficiarnos del uso de un estimulador, que debe ser empleado dentro de las 72 horas que siguen al traumatismo, antes de que el nervio pierda su capacidad de conducir impulsos eléctricos.

Persiste la controversia sobre si debe procederse a la reparación primaria o secundaria del facial seccionado, y son varios los factores que entran en consideración. La reconstrucción precoz llevada a cabo apresuradamente, tarde, de noche, y en circunstancias inadecuadas, nunca será satisfactoria. En cualquier caso, debe suturarse atraumáticamente con seda del 6-0 ó 7-0.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Vendajes

Aunque esta parte representa la fase final de un procedimiento operatorio bien ejecutado, hay que conceder gran importancia al tipo y al tamaño de los vendajes. En esta fase del tratamiento no hay nada que nos impulse a ganar tiempo. Los vendajes compresivos bien aplicados ayudarán a prevenir la formación de hematomas, actúan como férulas y ayudan a la inmovilización. Si no hay temor de que la herida vaya a infectarse, bastará mantener el vendaje hasta que se quiten las suturas. Por otra parte, si existe una infección importante, la utilidad del vendaje se dirige sobre todo a evitar los hematomas; quizá la técnica mejor sea emplear, de 2 a 3 días, vendajes compresivos, y continuar luego con vendajes húmedos. Los vendajes compresivos alrededor de la cavidad oral no tienen ventaja alguna, son difíciles de mantener y suelen ensuciarse con los alimentos y la saliva. Las heridas sucias, potencialmente infectadas, como son las mordeduras humanas o caninas, deben ser vendadas con el tejido impregnado en una solución salina, que se cambiará frecuentemente.

En las laceraciones pequeñas, con mínimas destrucciones, basta como vendaje uno de gasa mantenido con bandas microporo. Los vendajes de ojo tienen la ventaja de mantenerlos en reposo, pero cualquier tipo de vendaje debe respetar por todos

los medios la integridad corneal.

Férulas y Alimentación

Las ventajas de la inmovilización de las partes traumatizadas se consigue principalmente mediante vendajes adecuados. Además, debe instituirse una dieta líquida y evitar la masticación. Si hay muchas suturas intraorales, no deben permitirse más que los líquidos muy claros o la alimentación por sonda. Hay que limitar los movimientos faciales y la excesiva charla.

MOMENTO DE QUITAR LAS SUTURAS

Aunque es aconsejable quitar precozmente las suturas (3 a 5 días), se ha de insistir en que las que no se coloquen a la debida tensión causarán precozmente elevaciones en el postoperatorio. Si se deja un número de suturas dérmicas o intradérmicas, hay que retirarla precozmente. Pueden cortarse y quitarse más tarde, o retirarlas por etapas. El uso de bandas de adhesivos es muy aconsejable durante algunas semanas después de haber quitado las suturas.

QUEMADURAS

Quemaduras por el calor

Las quemaduras que afectan a la cara, especialmente cuando se producen en el hogar, deben ser consideradas como sospechosas de afección de las vías respiratorias por inhalación de humo; la traqueotomía en estos casos, continúa aún siendo muy discutida.

Los niños con quemaduras faciales deben ser ingresados en el hospital, en atención a los problemas respiratorios que puedan presentar. El tratamiento local se realiza generalmente por métodos abiertos, pero si la cicatriz resultante se hace purulenta, hay que emplear técnicas de apósitos húmedos. El desbridamiento deberá ser conservador, y hay que desaconsejar la extirpación quirúrgica de la escara. Las quemaduras que afectan todo el espesor de la piel suelen poder injertarse en la tercera semana, mientras que las que sólo comprenden parte del espesor, curan sin necesidad de injerto. Las quemaduras de los párpados deben examinarse constantemente, para valorar cualquier progreso en la contractura palpebral.

Las quemaduras de las orejas se complican frecuentemente con icondritis y formación de abcesos. Como algunas infecciones son destructivas y ocasionan grandes escaras y distorsiones, son muy frecuentes las secuelas en esta zona. Para evitar que progrese la infección están indicados los antibióticos, los apósitos húmedos y la incisión precoz con drenaje y la extirpación del cartílago necrosado.

Quemaduras eléctricas

En los niños son frecuentes las quemaduras eléctricas por introducirse un enchufe en la boca. Pocas veces son fatales estos accidentes, pero si la resistencia es baja y el niño está muy en contacto con el suelo, puede quedar electrocutado. La quemadura local es el resultado de la alta temperatura, y son frecuentes las escaras profundas del labio y la comisura. Los primeros cuidados consisten en la vacunación antitetánica, la administración de líquidos, y eventualmente, la alimentación por sonda. La herida requiere muy pocos cuidados; es extraordinariamente difícil mantener vendajes húmedos en los niños. Existen controversias sobre si es aconsejable la escisión precoz, aunque muchos cirujanos prefieren ser más conservadores. En un reciente estudio de 43 casos, Thomson y colaboradores hallan poca diferencia al comparar el resultado dosmético y el período de morbilidad en los enfermos operados antes de que cica

tricen las quemaduras y en aquellos en los que se demoró la - operación hasta la cicatrización total.

Quemaduras Químicas

Las quemaduras de la cara por agentes químicos no son - raras en la industria. Las quemaduras por alcalinos no suelen ser graves, porque la penetración del ion OH es poco profunda y progresiva. Las irrigaciones con agua corriente están indicadas; lo aconsejable y esencial es una prolongada hidroterapia. El colocar al enfermo en una ducha durante varias horas no sólo disminuye la tendencia de la quemadura a progresar en profundidad, sino que, además, proporciona cierto grado de confort. Si hay al mismo tiempo quemaduras en la córnea, deben tratarse de forma parecida con irrigación contínua de una solución salina. La terapéutica debe iniciarse tan - - pronto como sea posible, para disminuir los riesgos y prevenir la pérdida de piel en todo su espesor. Un grado algo más ligero de laxitud se encuentra en las quemaduras por hidróxido sódico e hidróxido potásico, como resultado del período latente de acción de estos agentes y a causa de las propiedades de protección que tiene la superficie de la piel y la queratiba.

TRAUMATISMOS POR EL FRIO

Aunque hay controversias sobre el mecanismo de los traumatismos por el frío, es indudable que las alteraciones vasculares e intracelulares son factores importantes. Los sitios que pueden aparecer las lesiones son la cara, especialmente la nariz y las orejas, y las partes distales de las extremidades. Aunque los enfermos no suelen ser vistos precozmente, he aquí el esquema de tratamiento aceptado en general:

1. Inmediato y rápido calentamiento a 40 ó 42°

2. Limpieza minuciosa de las zonas afectadas, con hexaclorofeno.

3. Inmovilización y protección de las mismas.

4. Antibióticos

5. No proceder a desbridamiento quirúrgico hasta que la - momificación esté evidentemente establecida.

MORDEDURAS

Es frecuente ver mordeduras humanas o caninas en la cara. Además de los daños causados localmente, comportan siempre - el riesgo de infección grave.

MORDEDURAS HUMANAS

En las mordeduras humanas, los bordes están contaminados- con tal cantidad de bacterias patógenas peligrosísimas, que es- muy aconsejable el internamiento de estos enfermos en el hospital. Completamente estas heridas se dejan abiertas; se ha de-- mostrado que si previo a su cierre se efectúa una irrigación - - abundante con suero fisiológico (de 2 a 3 litros), éstas pueden- cerrarse directamente, siempre y cuando no estén afectadas es- tructuras profundas. El tratamiento sistemático comprende la - vacunación antitetánica, los antibióticos, vendajes compresivos e inmovilización de las partes afectadas. No se reparan nunca las estructuras profundas gravemente alteradas, tales como los - tendones y los nervios, y se ha de proscribir el desbridamiento - quirúrgico. Por el contrario, las perfusiones locales prolonga-- das son imperativas y en estos casos debe emplearse siempre el- cierre por segunda intención y limitarnos a cercar los bordes - con suturas de nilón o seda.

MORDEDURAS CANINAS

Son muy frecuentes, en especial en los niños. Aunque la -

superficie de la herida pueda parecer insignificante, los dientes penetran profundamente en los tejidos, exigiendo una limpieza de la herida en profundidad y las exhaustivas investigación e irrigación de estos tractos. Los riesgos de contaminación bacteriana, aunque reales, no son tan peligrosos como en las mordeduras humanas. Debe pensarse en el cierre inmediato si sólo se deja enterrado el mínimo de material. Si hay pérdidas de tejido importante, el cierre primario y la reconstrucción pueden ser algo más enérgicos que en las mordeduras humanas. En el postoperatorio se emplea un esquema parecido a base de antibióticos, vendajes compresivos y vacunación antitetánica.

PARAMETROS A INVESTIGAR

- Sexo
- Edad
- Profesión - Oficial, -Estudiante carrera militar,- Soldado, - Otros.
- Diferentes tipos de lesiones
- Causas de traumatismos
- Tratamientos
- Tiempo que transcurrió desde el momento del accidente hasta su tratamiento.
- Región de la cara más frecuentemente lesionada
- Número de intervenciones Quirúrgicas
- Número de días de hospitalización
- Resultados.

CUADRO No. 1

EDADES Y SEXO DE LOS PACIENTES DE LOS CASOS ESTUDIADOS.

Período comprendido de enero 1966 a enero 1976.

EDADES	CASOS ESTUDIADOS	
	Masculino	Femenino
0.1 a 10 años	3	3
11 a 20 "	51	2
21 a 30 "	66	4
31 a 40 "	17	4
41 a 50 "	6	2
51 a 60 "	5	4

FUENTE: Archivo del Hospital Militar. Recabada en el año 1977.

De acuerdo al cuadro, se tiene que los casos estudiados - fueron 167 - 148 corresponde a pacientes del sexo masculino y 19 al femenino. Los más afectados han sido los hombres que se encuentran en una edad de mayor actividad productiva, siendo éstas de la segunda y tercera década de la vida.

TIPO DE LESIONES

A. Herida por proyectil de arma de fuego
B. Herida por esquirla de granada
C. Herida por arma blanca
D. Otras heridas.
E. Laceraciones.
F. Abraciones
G. Fracturas

H. QUEMADURAS

Ha. Físicas
Hb. Químicas

I. TRAUMATISMOS CON DEFORMIDADES CAUSADAS POR:

Ia. Puño
Ib. Accidente automovilístico
Ic. Otros

J. TIPOS DE CICATRICES

Ja. Viciosas
Jb. Retractil
Jc. Queloide

K. CORRECCIONES DE AGENECIAS

Ka. Nariz
Kb. Labio leporino y paladar hendido
Kc. Orejas.

CUADRO No. 2

TIPOS DE LESIONES MAS COMUNES (CASOS) DE ACUERDO AL GRADO MILITAR Y OTRAS PROFESIONES. PERIODO DE ENERO 1966 A ENERO 1976.

CASOS	Grado Militar y otras profesiones				
	Oficial	Estudiante C.Militar	Soldado	Otros	Total
A	3		20	2	25
B			5		5
C	1		6	2	9
D	3	1	12	14	30
E	6	1	4	3	14
F	2		6	3	11
G	7	2	12	7	28
Ha	-		4	2	6
Hb	3		3	4	10
Ia.	-	3	6	2	11
Ib.	11	1	11	9	32
Ic.	3	1	5	3	12
Ja.	6	1	10	11	28
Jb.	4		3	1	8
Jc.	3	1	1	2	7
Ka.	1			1	2
Kb.				1	1
Kc.			1		1

FUENTE: Archivo del Hospital Militar. Recabada en el año 1977.

De acuerdo al presente cuadro, se tiene que de los grados estudiados, el más afectado es el soldado en los diferentes parámetros estudiados, siendo las heridas por proyectil de arma de fuego y los accidentes automovilísticos las consecuencias del mayor número de lesiones causadas, teniendo también que el estudiante de carrera militar fue el menos afectado.

CUADRO No. 3

DISTINTOS TRATAMIENTOS MEDICOS, ANALIZADOS DURANTE EL PRESENTE ESTUDIO.

Técnicas Quirúrgicas

1.	"W" Plastía	10
2.	"2" Plastía	34
3.	Bleforoplastia	10
4.	Rinoplastía	20
5.	Variaciones de técnica	111
6.	Cirugía Maxilofacial	23
	TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS	146
	TRATAMIENTOS NO ESPECIALIZADOS	23

FUENTE: Archivo del Hospital Militar.
Recabada en el año 1977.

En el cuadro anterior, es evidente que el parámetro de variaciones de técnica es el que ocupa el primer lugar, ya que en él se agrupan desde las técnicas de suturas hasta los injertos y colgajos, el tratamiento especializado llena el renglón más numeroso. Pero esto se comprende mejor al analizar que en la gran mayoría de los casos llegan al cirujano plástico después de que el paciente ha recibido atención previa por otro médico no especializado o por personal únicamente adiestrado.

CUADRO No. 4

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Tratamientos médicos en general		29
Tratamiento Psiquiátrico:		
	SI	7
	NO	160

FUENTE: Archivo del Hospital Militar.
Recabada en el año 1977.

En el presente cuadro, se demuestra que siendo de suma importancia la evaluación de paciente con lesiones serias de cara por los traumas Psíquicos secundarios probables, éstos únicamente fueron evaluados siete por médico Psiquiatra.

REGION DE LA CARA CON MAS FRECUENTES LESIONES.

Región frontal	=	10 casos
Región Orbitaria:		
Palpebral superior	=	14 casos
Palpebral inferior	=	11 casos
Región Nasal	=	37 casos
Región Malar	=	24 casos
Región Labial:		
Superior	=	13 casos
Inferior	=	9 casos
Región Mentomiana	=	20 casos
Región Auricular	=	13 casos
Cara totalmente lesionada	=	37 casos

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Tratamiento Psiquiátrico:

SI	=	7
NO	=	160

ANESTESIA:

115 casos se empleó la anestesia local, siendo en 52 casos en los que se empleó anestesia general, dentro de los cuales fueron 28 casos en los que se usó una combinación de ambas.

TIEMPO QUE TRANSCURRIO DESDE EL MOMENTO DEL ACCIDENTE HASTA SU TRATAMIENTO.

0 - 6 horas	=	25 casos
4 - 12 "	=	22 casos
13 - 24 "	=	10 casos
1 día a 1 semana	=	24 casos
2 semanas a 1 año	=	36 casos
2 años a 5 años	=	18 casos
6 años y más	=	15 casos

NUMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION 31 o más = 32

0 - 5 días	=	49 casos
6 -10 días	=	47 casos
11 -15 días	=	22 casos
16 -20 días	=	9 casos
21 -25 días	=	6 casos
26 -30 días	=	6 casos

MATERIAL FOTOGRAFICO

(Casos Interesantes)

II

HERIDA POR PRO-
YECTIL DE ARMA

FOTO No. 3,

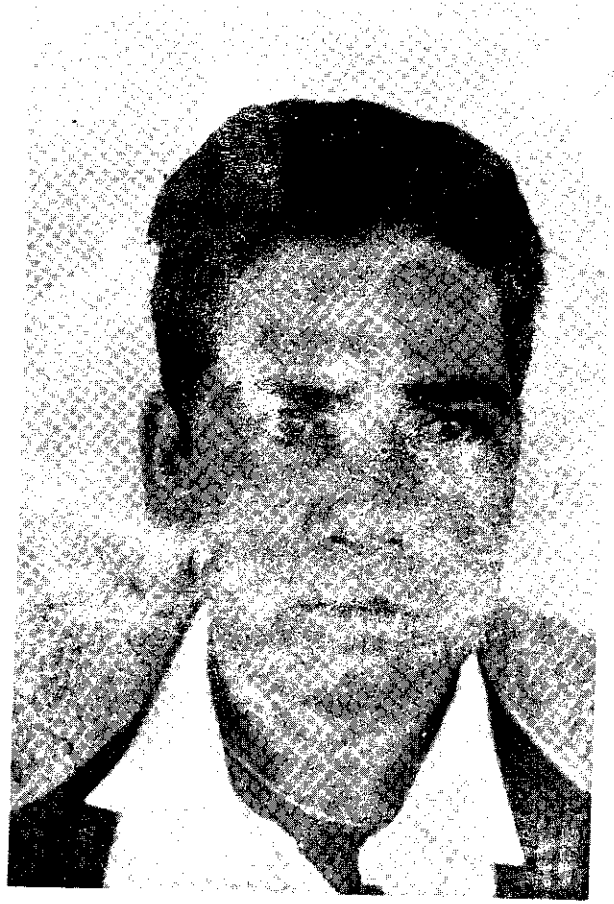


FOTO No. 4.

III HERIDA DE PUNTA NASAL.
HERIDA POR ARMA BLANCA CON PERDIDA
DE PUNTA NASAL.

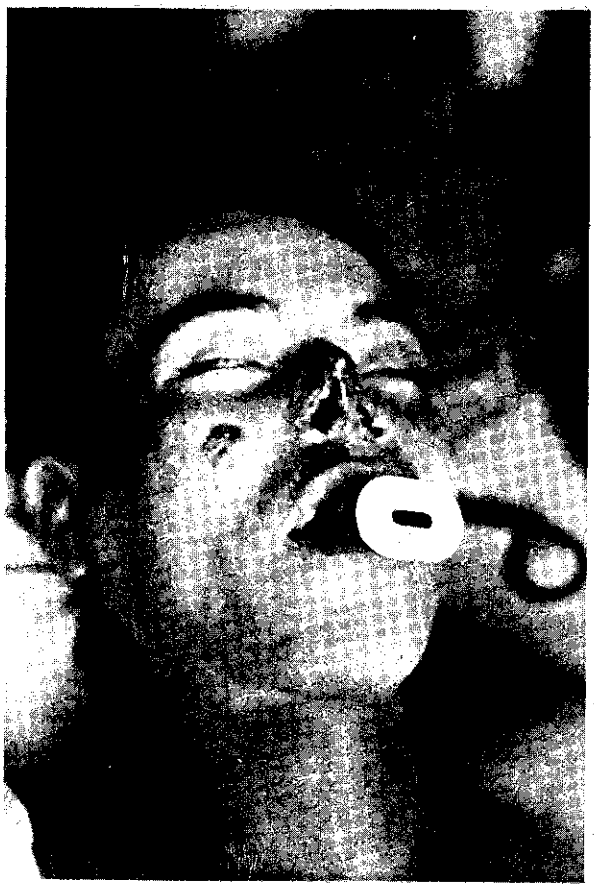


FOTO No. 5

FOTO No. 6 .

FOTO No. 7.

FOTO No. 8

FOTO No. 9

FOTO No. 10.

FOTO No. 11

FOTO No. 12

FOTO No. 13.

NUMERO DE INTERVENCIONES:

1 operación	=	100 casos que da el	59.88%
2 operaciones	=	34 casos que da el	20.36%
3 o más operaciones	=	33 casos que da el	19.76%
T O T A L:	=	167	100.00%

RESULTADOS:		167 casos	=	100.00%
A corto plazo	=	93 casos	=	55.69%
A Mediano plazo	=	40 casos	=	23.95%
A largo plazo	=	34 casos	=	20.36%
T O T A L:	=	167		100.00%

CONCLUSIONES

.- Del año 1966 a 1970 la inmensa mayoría de casos no fueron presentados al cirujano plástico, no así de 1970 a - - 1975 que el 80% fueron evaluados y tratados por el especialista.

.- Durante el presente estudio, fue notorio el hecho de que a partir del año 1969 cuando el Hospital Militar se convirtió en Hospital Escuela, los expedientes de cada paciente estudiado se encontraron más completos, lo cual facilitó y aportó mayores datos al presente estudio.

.- Gran número de casos, con fracturas nasales, desviación y deformidad nasal no fueron presentados en tiempo adecuado al cirujano plástico para la corrección inmediata.

.- Como es frecuente en nuestro medio, muchos de los pa- - cientes estudiados al obtener la corrección parcial de sus lesiones, ya no fueron controlados de nuevo, con el objeto de estudiar la posibilidad de efectuarles procedimien-- tos que redundarían en una apariencia más normal en relación a su condición estética.

5.- Es importante hacer notar que dentro de los pacientes tratados por heridas de proyectil de arma de fuego, que fueron provocadas intencionalmente, y que lograron sobrevivir a la misma, no todos fueron sometidos a tratamiento - Psiquiátrico, que debió haber sido uno de los tratamientos iniciales para evitar ese peligro potencial de un nuevo intento de suicidio.

6.- En referencia al número de casos por proyectil de arma de fuego, se encontró que prevaleció dentro del mayor número, los soldados (20 casos), no así dentro de los oficiales - (3 casos), siendo la proporción de uno a seis; lo que posi -

blemente es debido a mayor grado de su desarrollo intelectual.

7.- Si se considera que el Hospital Militar ha adquirido en la actualidad la condición de Hospital Escuela, se hace imperativo un mayor desarrollo de la especialidad de cirugía plástica y - reconstructiva dentro de los externos, internos y residentes, para que los casos correspondientes a la especialidad reciban un mejor manejo, tanto desde su ingreso a la Emergencia como su manejo Intra Hospitalario.

RECOMENDACIONES

1.- Considero de importancia que los casos complicados de traumatismos faciales que se presenten en las Zonas y Bases Militares alejadas de la capital, sean enviados con la premura que estos casos requieren al Centro Hospitalario que está dotado del personal especializado y de los elementos necesarios para su tratamiento.

2.- Con el objeto de obtener los mejores resultados posibles en los pacientes con lesiones que necesitan del Departamento de Cirugía Plástica, se hace necesario la preparación del personal que efectúa los auxilios de Emergencia en las Zonas y Bases Militares, métodos que se emplean en la preparación de los diferentes personales (médicos y paramédicos), podrían ser temas de otros trabajos.

3.- Finalmente y como complemento a las recomendaciones anteriores, es la imperiosa necesidad la creación del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, que además de prestar un servicio más eficiente a los pacientes del Hospital Militar, podría proyectarse preparando médicos especialistas para nuestro país, y más ambiciosamente para los médicos de otras latitudes que desearan esta especialidad.

BIBLIOGRAFIA

1.- Villagrán L. Eduardo. La Cirugía Plástica en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis - agosto 1948.

2.- Artz C.P. and Reiss, E. the treatment of Burns. Philadelphia Sanders 1957.

3.- William G. Grabb y James W. Smith. Cirugía Plástica - Salvat Editores S.A. 1970

4.- Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Internacional. Abril 1967.

BR. _____
Arturo Tobar Rodríguez

Asesor.
Dr. César Mishaan Pinto

Revisor.
Dr. Julio César Méndez M.

Director de Fase III.
Dr. Julio De León M.

Secretario General
Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.

Decano
Dr. Carlos A. Soto G.