

Actitud del cirujano plástico ante las secuelas de quemaduras faciales. (1)

Dr. Manuel Larrotcha Torres

Médico Ex-interno de la Casa de Salud Valdecilla.

Miembro de las Asociaciones Española y Británica de Cirujanos Plásticos.

JAEN

A la memoria de SIR ARCHIBALD MAC INDOE, insigne cirujano plástico que alivió física y moralmente a muchos quemados de la 2.ª Guerra Mundial.

En esta comunicación aportamos unas consideraciones que ayuden en lo posible a uniformar y sistematizar la actitud del cirujano plástico ante las secuelas de quemaduras faciales. No pretendemos dogmatizar, pues, si bien siempre es peligroso hacerlo, en el tema que nos ocupa sería imposible; cada enfermo, cada caso, nos planteará un problema plástico completamente particular, personal y diferente. Sólo intentamos agrupar aquellos de características similares por su extensión e importancia y determinar en general cuál debe ser

nuestra postura y los procedimientos o técnicas más adecuados que debemos emplear en los mismos.

FACTORES QUE DETERMINAN LA IMPORTANCIA DE LAS SECUELAS DE LAS QUEMADURAS FACIALES.—Las secuelas de las quemaduras faciales, por su localización, por su enorme importancia funcional y estética, nos colocan ante graves y especiales problemas plásticos totalmente distintos a los que nos plantearían las mismas e idénticas secuelas con cualquier otra

(1) Comunicación presentada al I SYMPOSIUM SOBRE QUEMADURAS. Asociación Española de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital de la Cruz Roja Española. Valencia-Gandia del 26 al 28-V-1960.

localización y que podríamos resolver de forma más expeditiva.

El estudio, consideración especial y meditación cuidadosa que requieren las secuelas de quemaduras faciales vienen determinados por una serie de factores que magnifican su importancia:

a) Afectar a un segmento de nuestra economía en el que radican importantes aparatos, órganos y funciones (aparato visual, olfatorio, etc.).

b) Múltiples orificios y aberturas (boca, ventanas nasales, aberturas palpebrales).

c) Movilidad continua de los repliegues que ocluyen parcial o totalmente dichos orificios y aberturas (labios, alas nasales, párpados).

d) Desplazamiento permanente de la totalidad del tegumento cutáneo (mímica) por los numerosos músculos faciales de la expresión y por insertarse en su cara profunda haces superficiales de muchos de ellos.

e) Ser la zona más visible de nuestro cuerpo e imposible de ocultar.

f) La que en definitiva preside, dirige, y muchas veces decide el aspecto físico y éxito social de una persona.

Estos últimos factores señalan y puntualizan los objetivos completos e ideales que debe cubrir todo intento de reparación plástica de la cara.

CLASIFICACION DE LAS SECUELAS DE QUEMADURAS FACIALES.—Podemos agrupar o clasificar las secuelas de quemaduras fa-

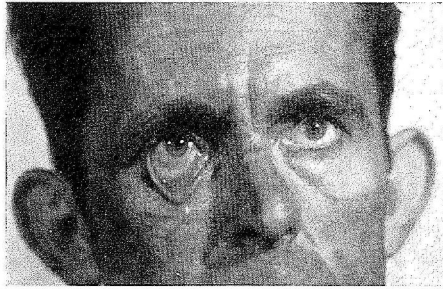
ciales ateniéndonos a los siguientes puntos: a) extensión; b) características intrínsecas de las cicatrices; c) alteraciones funcionales; d) aspecto estético; e) deformaciones y mutilaciones por destrucciones.

En el intento de clasificación que presentamos impera, con orientación a su posible facilidad de reparación, el criterio de la extensión, y en las subclasificaciones los otros restantes puntos.

Para el cálculo de la extensión y señalar su localización, se puede dividir la superficie de la cara en cuatro zonas por dos líneas, una horizontal que pasa dos centímetros por encima de la punta de la nariz y termina en los tragos de ambos pabellones auriculares, y otra vertical que sigue la línea media frontal, el dorso de la nariz y termina en la sínfisis mentoniana. Quedan así delimitadas cuatro cuadrículas con una extensión aproximadamente igual al 25 por 100 cada una, y que designamos, empezando por el cuadrante superior derecho en el sentido que giran las agujas del reloj, por las letras a, b, c, d.

Desde una postura eminentemente práctica se pueden adimir los siguientes grupos:

PRIMER GRUPO: PEQUEÑAS SECUELAS.—En él incluimos aquellas que afectan a una extensión no superior al 6 por 100 como máximo de la superficie facial total (aproximadamente una cuarta parte de una de las cuadrículas).



Fot. 1.ª

Secuelas de quemaduras faciales pertenecientes al I GRUPO. Anotación: E 1.º, a; C 1.º, F 2.º, A 2.º, D 2.º



Fot. 2.ª

Secuelas de quemaduras faciales pertenecientes al II GRUPO. Anotación: E 2.º, c y d; C 2.º, F 1.º, A 2.º, D 2.º



Fot. 3.ª

Secuelas de quemaduras faciales pertenecientes al III GRUPO. Anotación: E 3.º, a.

SEGUNDO GRUPO: MEDIANAS SECUELAS.—Las que interesan una extensión comprendida entre el 6 y el 25 por 100.

TERCER GRUPO: GRANDES SECUELAS.—Aquellas que afectan por encima del 25 por 100 de la extensión total de la cara y que pueden llegar a la cicatriz panfacial.

Dentro de cada grupo, y ateniéndonos a los restantes puntos mencionados que sirven como base de clasificación, se pueden admitir subgrupos. Así, por las características intrínsecas de las cicatrices pueden ser buenas y benignas si son lisas, blandas, pálidas y regulares, o males si son duras rojas, hipertróficas y queloides. Por su localización pueden producir importantes alteraciones funcionales o estéticas (ectropión, distorsiones, etcétera). Y finalmente, por las destrucciones pueden llegar a ser deformantes y mutilantes (destrucción de párpados, labios, alas de nariz, etc.). De modo que una pequeña o mediana secuela será más o menos grave secundariamente por el aspecto, disfunción o mutilación que produzca. Por ejemplo, una cicatriz de quemaduras que sólo afecte a un párpado produciendo ectropión de tercer grado, es una secuela pequeña por su extensión perteneciente al primer grupo, y, por tanto, leve; pero, en cambio, por la alteración de función, aspecto y deformación es grave y debe figurar en la subclasificación con este carácter. En las subclasificaciones y según impor-

tancia de las lesiones, se pueden admitir por consiguiente tres grados: primero, leve; segundo, mediano; tercero, grave.

Para la anotación correcta de las secuelas de quemaduras faciales siempre nos debemos referir primero a su extensión (E), seguida del grupo que le corresponda (primero, segundo, tercero) y de los cuadrantes afectados (a, b, c, d), y a continuación la subclasificación adecuada según carácter de la cicatriz (C), disfunción (F), aspecto estético (A), deformaciones y mutilaciones (D, M) con el grado de importancia de las mismas (primero, segundo, tercero).

ACTITUD DEL CIRUJANO PLASTICO.—Por lo que se refiere a nuestra actitud o postura ante las mismas, podemos afirmar en general lo siguiente:

En el primer grupo, pequeñas secuelas, debemos intentar siempre la extirpación total de la cicatriz, bien por excisión única o múltiples (FERRIS SMITH), cerrando por deslizamiento simple, rotación de colgajos o injerto de piel total (conceptos de restauración regional selectiva y de unidad estética regional de GONZÁLEZ-ÚLLOA), corrigiendo al mismo tiempo las alteraciones funcionales, estéticas o mutilaciones que puedan existir.

En el segundo grupo, medianas secuelas, nuestra actuación tiene que ser la misma siempre que ello sea posible.

Por último, es el tercer grupo, grandes secuelas, el que nos plantea un grave problema y siempre difícil de resolver. Cuando se nos presenta un caso de grandes secuelas de quemaduras faciales, nuestro primer impulso es proceder como en los grupos anteriores; quisiéramos llevarnos toda la cicatriz, extirpación completa, seguida del injerto panfacial de piel total en una sola intervención o del método combinado de injerto panfacial y colgajos (PICK, STEINREICH y CALLAHAN). Desgraciadamente ello no es tan fácil por la envergadura, duración y riesgo del acto operatorio y por los grandes inconvenientes del injerto panfacial de piel total en un sólo tiempo (principalmente los defectos a nivel de los orificios naturales, imposibilidad de máscara cérea, dificultad de correcciones, etc.). El método combinado de injertos y colgajos panfaciales, lento, pero más seguro y de resultados funcionales y estéticos, buenos y fáciles de retocar secundariamente, es el recomendable. Ambos son radicales, y no cabe duda que, aun siendo hoy día poco prodigados, ofrecen para el futuro el camino más cierto y prometedor.

Descartados los procedimientos anteriores por el médico o rechazados por el enfermo, ¿cuál debe ser nuestra actitud ante estos desgraciados que una y otra vez reclaman no ya la curación total de sus cicatrices, sino una mejoría que les permita incorporarse a la sociedad? Aun convencidos de que

nunca quedarán bien, creemos que podemos y tenemos obligación de hacer algunas cosas que, además de modificar sus molestias y aspecto, les dé la sensación de no encontrarse abandonados. Injertos y colgajos para corregir deformidades y mutilaciones; Z-plastias que eliminen bridas de retracción y distorsiones; tratamiento de las cicatrices hipertróficas o queloides con infiltraciones de hidrocortisona-hialuronidasa, nieve carbónica en toques repetidos (como propugna el profesor Purro) o radio radium-terapia expertamente manejada; alisado y aplanamiento de relieves con algunos retoques eventuales de dermo-abrasión, etc., pueden hacer mucho y bien para aliviar los sufrimientos físicos y morales de estos quemados cuando el enfermo y el médico mantienen la fe, esperanza y paciencia mutua que desde los tiempos más remotos han presidido las relaciones entre ambos para ser eficaces y operantes.

RESUMEN:

1.º Las secuelas de quemaduras faciales nos colocan ante graves y especiales problemas plásticos, completamente distintos a los que nos plantearían idénticas o similares secuelas con cualquier otra localización y susceptibles de resolver de forma más expeditiva.

2.º Se precisan los factores que determinan la importancia de las secuelas de quemaduras faciales.

3.º Se clasifican las diferentes secuelas de quemaduras faciales, agrupándolas por su extensión y subclasificándolas por otras características.

4.º Intentamos, en líneas generales, uniformar y sistematizar la actitud del cirujano plástico ante cada grupo de secuelas de quemaduras faciales y los procedimientos o técnicas más adecuados que debe emplear en los mismos.

BIBLIOGRAFIA

1. GONZÁLEZ-ULLOA, M.; CASTILLO, A.; STEVES, E., y ALVAREZ FUERTES, G.: *Preliminary Study of the Total Reconstruction of the Facial Skin*. *Plast. Recons. Surg.*, 13, 3, 1954.
2. GONZÁLEZ-ULLOA, M.; STEVENS, E.; ALVAREZ FUERTES, G., y LEONELLO, F.: *Report on our Study Thickness of the Entire Surface of the Face and Body*. Congreso Internacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Suecia, 1-5 de agosto 1955.
3. GONZÁLEZ-ULLOA, M.: *Restauración Regional Selectiva por medio de unidades estéticas*. *Abbotterapia*, 11, 165, 1957.
4. PICK, J. F.: *Cirugía Reparadora*. Salvat Ed., 1955.
5. SMITH, F.: *Múltiple excisión...* *Plast. Recons. Surg.* 1, 170, 1946.
6. STEINREICH, O., y CALLAHAN, A.: *Reconstruction of the face and all four eyelids*. *Am. J. Surg.*, 6, 74, 1947.

