

Tratamiento de las contracturas de cuello post quemadura



Dr. Luis Narro Ponce

Dr. Luis Narro Ponce*

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Núm 2
Enero-Diciembre 1996
Págs. 45 - 49

RESUMEN

Se describe nuestra conducta para corregir las cicatrices retráctiles de cuello postquemadura mediante dos técnicas quirúrgicas, el autoinjerto de piel y el colgajo cérvico humeral.

Se empleó el autoinjerto de piel parcial grueso en una toma única, se fijó con un apósito atado de Brown, seguido del uso de una férula por un lapso mínimo de 6 meses.

El colgajo cérvico humeral se utilizó en diferido cuando se levantó con el mismo solo piel y tejido celular subcutáneo, el incorporar la fascia permitió utilizar el colgajo en un solo tiempo.

Estos procedimientos nos resultaron sumamente útiles y permitieron resolver satisfactoriamente los casos que se presentaron con esta patología.

SUMMARY

We describe our approach to correct the neck burn contracture by two surgical techniques: Skin autograft and cervico humeral flap.

We employ a single skin autograft of partial thickness. Immobilize by the Brown technique followed by the use of a splint for a minimum of six months.

The shoulder flap was delayed when we only raised with the flap skin and subcutaneous tissue.

When we included the fascia we were able to use the flap in one stage.

These procedures were very helpful and allow us to resolve this deformity.

Palabras clave: Cicatriz de cuello post quemadura, autoinjerto de piel. Colgajo cérvico humeral.
Key words: Neck burn contracture, skin autograft. Cervico humeral flap.

El presente trabajo resume nuestra forma de tratar esta patología desarrollada a lo largo de más de 20 años en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central.

1. INTRODUCCION

Las contracturas de cuello son una de las secuelas cicatrizales más frecuentes en los grandes quemados. Dichas sinequias se producen cuando el paciente quemado no ha sido injertado y rehabilitado precozmente.

TECNICA QUIRURGICA

Básicamente realizamos dos tipos de procedimientos: Si los tejidos vecinos han sido dañados, empleamos el autoinjerto de piel parcial. Si se dispone de la zona del hombro se realiza un colgajo cérvico humeral o en charretera uni o bilateral. (Kirschbaum 1958).

* Asistente al departamento de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central

* Profesor de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos Lima, Perú.

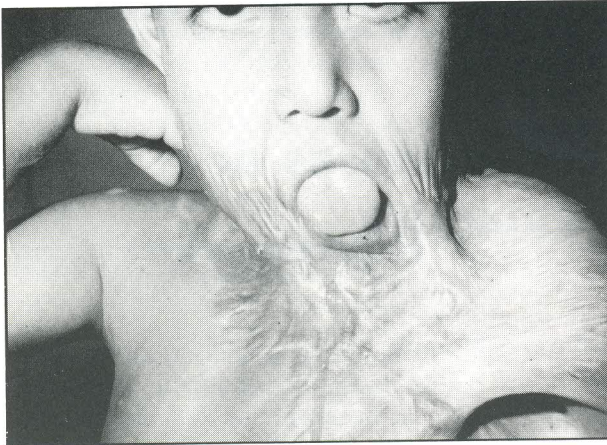


Figura 1A : Vista preoperatoria, Contractura de cuello postquemadura.
Figure 1A : Preoperative view, Neck burn contracture.

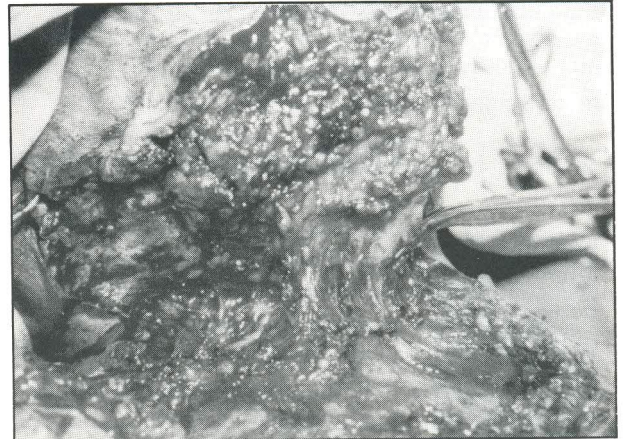


Figura 1B : Liberación de la contractura.
Figure 1B : Contracture release.

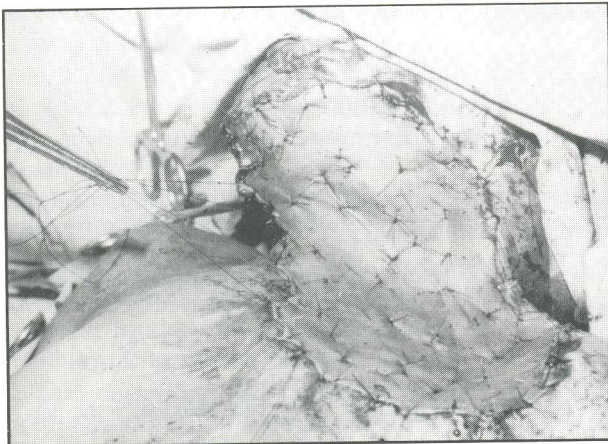


Figura 1C : Aplicación de un autoinjerto único de espesor parcial para el cuello.
Figure 1C : Partial Thickness skin graft to the neck as a single graft.



Figura 1D : Postoperatorio
Figure 1D : Postoperative.

AUTOINJERTO DE PIEL : Muchas veces en estos pacientes se hace difícil la intubación por lo cual, previa sedación y anestesia local, debe liberarse la sinequia para que el anestesista pueda intubar con comodidad. Es preciso realizar la liberación completa de la contractura seguida de una rigurosa hemostasia (Figura 1 B). Debe medirse el área liberada para lo cual existen diversas maneras; quizás la más fácil y cómoda sea apoyar el papel de los guantes quirúrgicos sobre el área cruenta y recortarlo. Dicho molde se lleva al área dadora que generalmente es el muslo siguiendo la nalga, al abdomen y la espalda.

Preferimos sacar un injerto de espesor parcial grueso con Dermátomo de Padget o de Brown ya que es necesario que sea uniforme, único y que cubra dimensiones grandes, (Figura 1 C) difícil de realizar con una cuchilla. La zona dadora se deja cicatrizar de manera cubierta y el autoinjerto de piel parcial gruesa se sutura al área del cuello liberada mediante un

apósito atado de Brown. Esta cubierta consiste básicamente en que con los mismos puntos que se sutura el injerto a la piel, se ata el apósito que se coloca sobre el injerto. Este se deja por 7 días y luego se retira puesto que el injerto para ese lapso de tiempo ya debe haber prendido. (Kirschbaum 1979). Luego de las dos semanas se debe aplicar una férula o collarín que se debe usar por mínimo de 6 meses para evitar la retracción del injerto.

COLGAJO DE HOMBRO O EN CHARRETERA:

Este colgajo abarca las zonas cervical y humeral debiendo ser diferido si se levanta solamente con el colgajo piel y tejido celular subcutáneo. Sin embargo si uno incorpora la aponeurosis o fascia se puede hacer el procedimiento en un solo tiempo con una proporción de 1 cm. de ancho por 4 cm. de largo (Lamberty 1983). Nosotros hemos logrado

colgajos hasta de 25 cm. de largo.

El procedimiento como toda cicatriz retractoril se inicia con la liberación de la sinequia.

Al saber el área que se debe cubrir se procede a diseñar el colgajo: la base del colgajo se coloca a nivel de una línea trazada entre la articulación esternoclavicular a la mitad del borde anterior del músculo trapecio. El borde anterior se localiza a nivel de la clavícula continuándose con el músculo deltoides en la cara lateral del brazo (Figura 2 B).

En caso de diferir el colgajo preferimos hacerlo en tres procedimientos: En el primer procedimiento se levanta el colgajo bipediculado y se vuelve a suturar. A los 14 días se corta el extremo distal se levanta el colgajo y se vuelve a suturar previa colocación de un bloque muy fino de silastic (Arufe 1978) para evitar la revascularización, siete días después se realiza el procedimiento final.

Para cubrir el área cruenta liberada se pueden necesitar uno o dos colgajos: en caso de ser bilateral estos deben cruzar la línea media y nunca suturarse por sus extremos distales entre sí ya que esto genera muchas veces una cicatriz retractoril (Kirschbaum 1991).

En caso de necesitar adicionar autoinjertos de piel hay que aplicarlos siempre arriba y abajo del colgajo, nunca al medio.

de prender que uno de espesor total. La desventaja es que los injertos de espesor parcial tienden a producir mayor retracción secundaria; por ese motivo para acercarnos a ese propósito lo hacemos de espesor parcial grueso y no de uno fino que prendería con mayor facilidad.

El uso de una férula o collarín por un mínimo de 6 meses ayuda a minimizar una retracción del injerto. En los casos que se produjo, fue más por una pérdida parcial del autoinjerto que por la falta de aplicación de la férula.

Estas complicaciones fueron tratadas mediante una nueva liberación y autoinjerto.

Con respecto al colgajo de hombro o en charretera el incorporar la fascia nos permitió poder extender el mismo en su longitud manteniendo el mismo ancho y poder cerrar la zona dadora de primera intención. Sin embargo, en casos que había excesiva tensión o imposibilidad de cierre se utilizaron autoinjertos.

Un recurso que nos dió mayor seguridad ante problemas de necrosis distal fue el diferir y colocar una placa de silicona, delgada para impedir la revascularización y favorecer la autonomía vascular desde sus bases.

DISCUSION

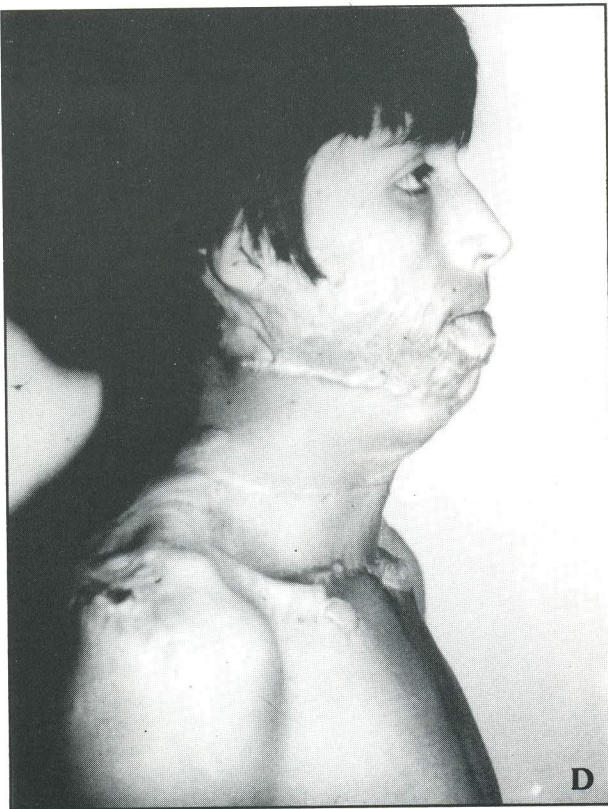
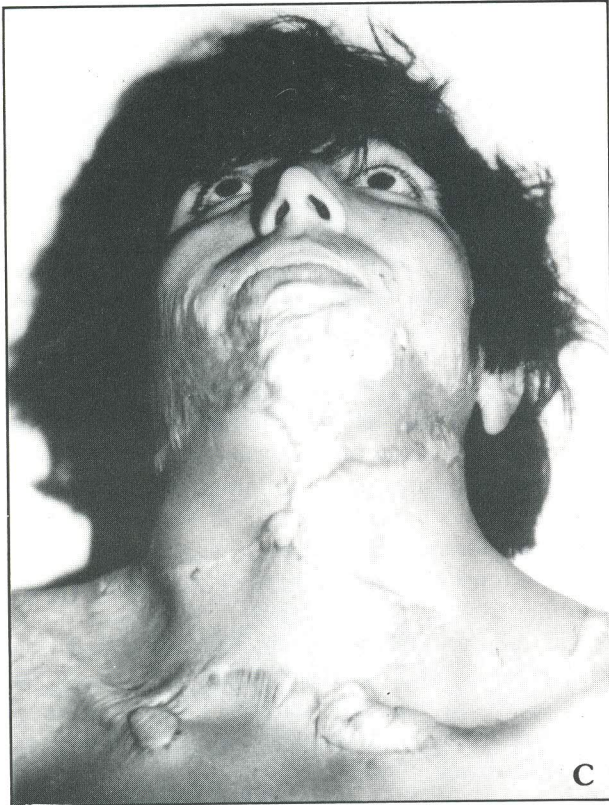
Con respecto al tratamiento de las cicatrices retractoriles del cuello con autoinjertos optamos por los de espesor parcial para tratar de crear menos problemas en la zona dadora ya que ésta cicatrizará sin necesidad de autoinjerto y tendrá más posibilidades



Figura 2A : Vista preoperatoria. Retracción secundaria luego de un pequeño colgajo local.
Figure 2A : Preoperative view. Secondary contracture after a small local flap.



Figura 2B : Colgajo fascio cutáneo cervico humeral.
Figure 2B : Cervico Humeral Fasciocutaneous flap.



En conclusión creemos que estos métodos son sumamente útiles para resolver este tipo de patología (Figura 1 A-D, Figura 2 A-D) y en la medida que uno gane experiencia logrará mejores resultados y tendrá menores complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Kirschbaum S. :**
Quemaduras y Cirugía Plástica de sus secuelas.
Editorial Salvat, Barcelona, España 1979.
- 2.- **Kirschbaum S. :**
Mento esternal contracture treatment by acromial flap.
Plast. Reconstr. Surg. 21 : 131 - 138, 1958.
- 3.- **Lamberty B.G.H., Cormack G.C. :**
Conceptions regarding the humeral flap.
Brit. J. Plast. Surg. 36 : 60 - 63, 1983.
- 4.- **Arufe H. N., Cabrera V., Sica . :**
Use of Epalette flap to relieve burn contractures of neck.
Plast. Reconstr. Surg. 61 : 5 707 - 713, 1978.
- 5.- **Kirschbaum J.D., Kirschbaum C.A., Kirschbaum S. :**
Sinequias de cuello posquemadura. Su tratamiento mediante colgajos fascio y cuscucutáneos.
Cirug. Plást. Iberolatino. Vol. XVII Núm. 3, 199 - 206, 1991.

Figura 2 C-D : Postoperatorio al año.
Figure 2 C-D : One year postoperative view.