

PUNTOS IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUEMADOS

Dr. MIGUEL GRAS ARTERO

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona

Las quemaduras constituyen la fuente más importante de accidentes, lo mismo en tiempo de paz que en guerra, y su tratamiento plantea problemas variados y complejos, no solamente respecto a éste en sí, sino en lo referente a la recuperación funcional y aptitud para el trabajo.

Debido al poco tiempo disponible, será ésta una comunicación algo concisa, telegráfica, para poder insistir sobre dos puntos que en nuestra opinión son de capital importancia:

1.º *El quemado debe ser tratado por personal especializado desde el momento del accidente o lo antes posible después del mismo.*

2.º *En las quemaduras de tercer grado, y siempre que las lesiones producidas requieran la aplicación de injertos, éstos deben ser también aplicados lo más precozmente posible, para lo cual el mejor y tal vez único camino a seguir es el de la eliminación quirúrgica de las escaras.*

Las grandes ventajas que en el

tratamiento de toda clase de heridas tienen los procedimientos empleados en cirugía plástica, se ponen de manifiesto principalmente en lo que se refiere a conseguir *una mayor rapidez en la curación y, por lo tanto, una disminución del tiempo de incapacidad y hospitalización y el de lograr un menor tanto por ciento de probabilidades en dejar lesiones residuales que bien sean causa de inutilidad, bien obliguen a tratamientos posteriores.*

Como decía McIndoe, en cualquier superficie cruenta el precoz y rápido revestimiento cutáneo tiene la misma importancia que la inmovilización en caso de fractura, cualquiera que sea la naturaleza y localización de la misma. Aunque la idea más corriente es la de que las únicas variedades de heridas tributarias de injertos son las pérdidas de tejidos blandos y piel que sean superficiales y extensas, los resultados más efectivos y espectaculares se consiguen en las heridas complicadas, que afectan varias estructuras orgánicas.

Los inevitables resultados de la curación por segunda intención, es-

CASO N.º 1

a) Escara consecutiva a quemadura química (ácido acético caliente); estado a los ocho días del accidente.

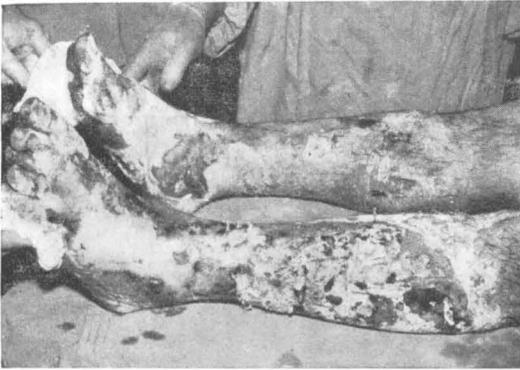


b) Aspecto 48 horas después de la eliminación quirúrgica de la escara.



c) Resultado a los dos meses.

CASO N.º 2



A



C



B

a) y b) Graves quemaduras en ambas extremidades inferiores hasta tercio medio de muslo; agente productor, cemento incandescente.



D

c) y d) Resultado obtenido después de un tratamiento a base de: eliminación quirúrgica de las escaras y aplicación de injertos en forma fragmentada, en cinco sesiones operatorias.

pecialmente en regiones de importancia funcional, son las contracciones y deformidades, obliteración de las vainas tendinosas, fibrosis profunda de tejidos muscular y periarticular con limitación o pérdida de movimiento en las articulaciones. La piel generada espontáneamente es siempre de mala calidad, extraordinariamente sensible a traumatismos e infecciones, salvo, naturalmente, en los casos en que la pérdida se limite únicamente a la epidermis, siendo causa de que los tratamientos se prolonguen indefinidamente por lesiones de poca importancia, que no se presentarían con una adecuada cubierta tegumentaria.

Las ventajas de la curación rápida son las de que este progresivo proceso de organización fibrosa se convierte inmediatamente en otro de resolución y absorción del exudado inflamatorio cuyo resultado es la obtención de la suavidad y apariencia normales de los tejidos. Además, la única barrera verdaderamente eficaz contra la infección es la piel intacta.

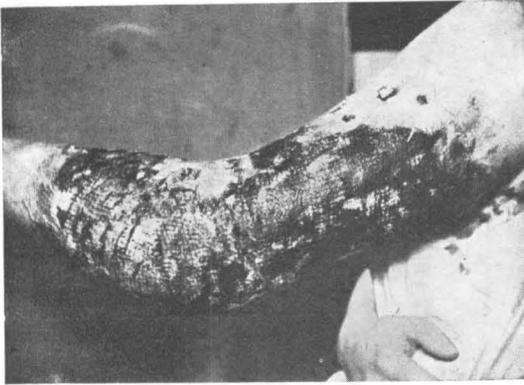
Por lo tanto, en el supuesto de que no existan focos profundos de infección establecidos, cuanto antes se cubran las heridas, tanto mejor; incluso aunque se trate de una cubierta temporal que deba ser reemplazada más adelante por otro tipo de injerto por razones de tipo funcional o cosmético. Su empleo precoz evitará semanas de dolor y sufrimiento y posiblemente una temporada de incapacidad o des-

figuración debidas a la retracción cicatricial o a la úlcera crónica.

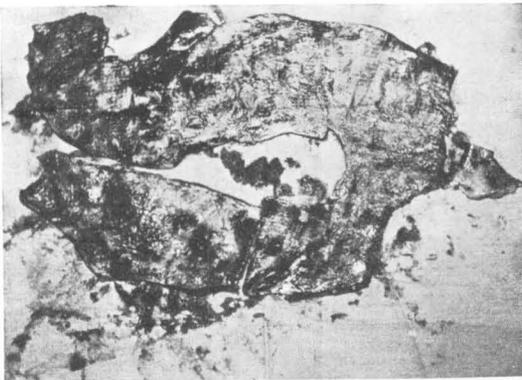
La velocidad de epidermización de una herida, sea traumática o por quemadura, varía según la extensión y situación de la misma, según la profundidad o mejor las estructuras afectas y según el grado de infección y estado general del paciente, decreciendo a medida que nos alejamos de la cabeza; según Howes, en las mejores condiciones es de medio milímetro por día. Hay que mencionar aparte las quemaduras eléctricas o por rayos X, de evolución mucho más tórpida.

Cuanto más tiempo queda sin cubrir una superficie cruenta, tanto menor es la irrigación sanguínea en el epitelio de proliferación, decreciendo, en consecuencia, la velocidad de epidermización. Esto puede ser fácilmente comprobado en las grandes heridas, en las que los últimos centímetros de la parte central son los que más tardan en cicatrizar y los que poseen una inferior calidad de piel. El tejido de granulación en las superficies con tendencia curativa es suave, de color salmón o rojo, firme, sensible al tacto y ligeramente más deprimido que los tejidos que le rodean. Sus bordes aparecen cubiertos por una delgada capa blanquecina, que crece en sentido centrípeto y que liga a las granulaciones en su camino. Su exudado coagula a los pocos minutos de estar en contacto con el aire, y no contiene más que bacterias banales.

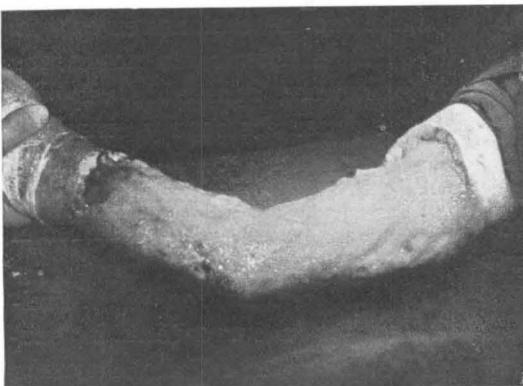
CASO N.º 3



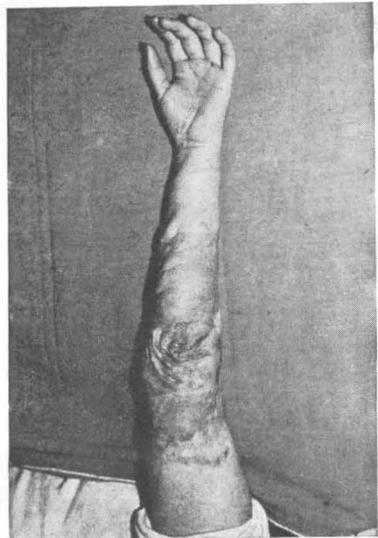
a) Escara «seca» abarcando casi la totalidad de la extremidad superior izquierda. Aspecto diez días después del accidente.



b) La pieza extirpada.



c) A las 48 horas.



d) y e) Resultado obtenido con un funcionalismo perfecto.

Las granulaciones infectadas son dolorosas, exuberantes, de color gris rosado, y su exudado es purulento, que las cubre con una capa cremosa; no hay película epitelial en sus bordes, y, si existe, no está adherida a las granulaciones.

Será por lo tanto, cuando hayamos conseguido poner una herida en las condiciones primeramente señaladas cuando será llegado el momento de injertar.

La importancia de la extensión de piel perdida es relativa; depende de la localización y función de la zona afectada. Así, una lesión de 2 cm. en un párpado producirá rápidamente un ectropión con exposición del globo ocular, con posibilidad de ulceración de la córnea y pérdida de la visión. La falta de la misma superficie de piel en una articulación interfalángica, lo mismo si es de cara palmar que del dorso, pueden ser causa de una deformidad funcional de solución muy laboriosa. Otras regiones en las que pequeñas pérdidas cutáneas pueden ocasionar serios trastornos son todas las articulares o periarticulares.

En todas ellas es imperativo el precoz revestimiento cutáneo, en tanto que en otras de menor importancia funcional puede no ser tan urgente. En principio, toda superficie cruenta de extensión superior a la mitad de la palma de la mano debe ser injertada, sobre todo si su forma es más o menos circular; las estrechas y alargadas pueden cicatrizar desde los bordes.

Las quemaduras de tercer grado, que afectan al espesor total de piel, son la fuente más común de superficies cruentas, y en el tratamiento de las cuales están más indicados los procedimientos de cirugía plástica. Difieren de las heridas traumáticas en la extensión y en que para obtener una base sana y apta deben pasar por un período de eliminación de escaras, y *éste es el que en nuestra opinión debe ser reducido al máximo.*

En líneas generales, nuestra técnica es la siguiente:

En primer lugar, explorar el estado general y, previos análisis, instituir el tratamiento adecuado, encaminado a combatir el shock, la sepsis, la hipoproteïnemia y la anemia. No escatimamos la sangre total y últimamente el Macrodex o Dextrano nos ha sido de utilidad. Administramos suero antitetánico por rutina, y además, calmantes y antibióticos. Vitamina C a grandes dosis, y vigilamos el cuadro humoral, debidamente aconsejados.

Luego, cura de *presión* por sistema, incluso en ocasiones en cabeza. El método *abierto* no nos acaba de convencer, aparte de requerir instalaciones costosas y complicadas. Las pocas veces que lo hemos empleado nos ha parecido de utilidad y resultados muy inferiores al método cerrado.

De acuerdo con los datos facilitados por la curva térmica, exudado y olor del apósito, hacemos la primera *cura*. A ser posible, sobre los diez o doce días; vemos en-

CASO N.º 4



Gravísimas y extensísimas quemaduras de segundo y tercer grado a consecuencia de la explosión de una caldera de vapor, abarcando sobre un *ochenta por ciento* de la superficie corporal.

tonces con claridad, la extensión *del tercer grado*.

Suponiendo no exista contraindicación por el estado general, al día siguiente transfusión y eliminación de todos los tejidos *desvitalizados*. Linitul, compresas empapadas en una solución de sulfato de magnesia al 8 por 1000 y vendaje compresivo.

Cuarenta y ocho horas más tarde presentan las zonas receptoras magnífico aspecto, con todas las características de que hemos hablado anteriormente; en otras palabras, y si vale la expresión, reclaman el ser revestidas mediante injertos, con lo que éstos pueden ser aplicados como máximo quince días después del accidente; creo huelgan comentarios para demostrar las enormes ventajas que bajo todos los aspectos puede proporcionar esta conducta.

Unas palabras ahora sobre el tipo de injertos a emplear. No cabe duda que lo ideal, la aspiración máxima, es el empleo de grandes injertos laminares que permitan el completo revestimiento de las lesiones; pero esto no siempre es posible. En el gran quemado, la cantidad de piel necesaria para llevar a cabo este procedimiento es considerable, creando nuevas superficies cruentas que pueden actuar en detrimento del estado general. Además, en mujeres jóvenes es tam-

bién un factor a tener en cuenta el dejar nuevas cicatrices o marcas más o menos acentuadas, y, por fin, puede presentarse la imposibilidad material de zonas dadoras suficientes disponibles.

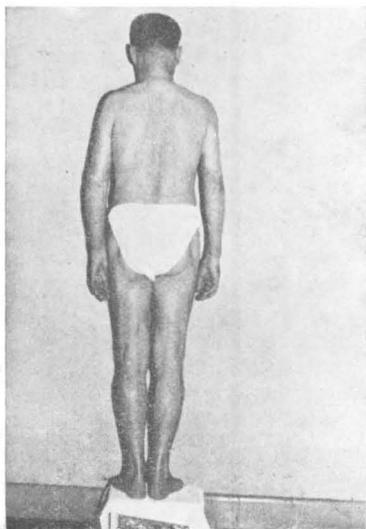
La aplicación de injertos dermoepidérmicos de grosor intermedio en forma fragmentada proporcionan unas probabilidades de «toma» superiores y conducen a una solución definitiva en un plazo de tiempo relativamente corto; son menos exigentes en cuanto a las condiciones de la zona receptora, haciendo la intervención más simple y menos arriesgada, y, por poco que nos ayude el factor constitucional del paciente en el aspecto cicatricial, el resultado estético es francamente bueno. Tiene como inconveniente el obligar a reintervenir una o más veces en poco tiempo, pero consideramos preferible esto a operaciones de mayor importancia y larga duración.

En cuanto a los homoinjertos, los hemos empleado y los consideramos de incalculable valor en los casos extensos y con estado general deficitario.

RESUMEN

Los quemados deben ser tratados por personal especializado desde el momento del accidente y en cuanto las lesiones producidas sean

CASO N.º 4



Fotografías obtenidas al cabo de los siete meses del accidente.

tributarias de injertos, éstos deben ser aplicados lo más precozmente posible, para lo cual el mejor procedimiento es el de eliminar quirúrgicamente las escaras. Con un adecuado y correcto tratamiento sobre el estado general, el pacien-

te puede estar en condiciones de ser injertado a los diez días del accidente e incluso antes. Se exponen las grandes ventajas de esta conducta y los motivos en que se funda. Se presenta abundante iconografía.