

COLGAJOS EN HERIDAS DE GUERRA

Santiago Mussio, Roberto J. Barbanente
y Mario E. Milet

En nuestro hospital se atendieron 356 heridos de guerra provenientes del T.O.A.S.. La mayoría ya habían sido tratados en el Hospital Interfuerzas de Puerto Argentino o en los buques hospitales ARA *Bahía Paraíso* y ARA *Almirante Irizar* donde se les efectuaron las primeras curaciones. Por lo tanto, nuestros pacientes portaban heridas secundarias, a las que se les habría de efectuar la curación definitiva, ya sea con un cierre simple, con un injerto de piel, o con un colgajo dermograso o miocutáneo.

Trueta clasifica las heridas según el tiempo quirúrgico en: cirugía inicial, cirugía reparadora y cirugía reconstructiva. La cirugía inicial consiste en el debridamiento de la herida, regularización de los bordes, resección de tejidos necrosados y extracción de cuerpos extraños. La cirugía reparadora es tratar de cerrar la herida con el método más rápido y más seguro en cada caso.

La cirugía reconstructiva es restituir las condiciones de cubierta y acolchado de la parte afectada, buscando la funcionalidad y accesoriamente la estética.

En la actualidad el segundo y tercer tiempo se hacen simultáneos, por las posibilidades técnicas.

Sobre 22 pacientes a los que se les efectuaron colgajos, se seleccionaron 10 casos; en los que se realizó un colgajo dermograso tipo rotatorio deslizante descrito por los doctores José Schrudde y Veronika Petrovici en el *Plastic and Reconstructive Surgery* del mes de abril de 1981.

La elección del método se basa en las ventajas apreciadas en casos anteriores de nuestra experiencia sobre otros tipos de colgajos convencionales.

Estas ventajas son:

- 1) Técnica sencilla y rápida.
- 2) Diseños que se pueden aplicar en todo el organismo.
- 3) Un seguro aporte vascular.
- 4) Un cierre asegurado en un solo tiempo quirúrgico cualquiera sea la extensión de la lesión.
- 5) Un resultado funcional y estético aceptable.

Santiago Mussio egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1965. En 1969 ingresó a la Armada Argentina como Teniente de Fragata ND.

Médico concurrente "ad honorem" del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Rivadavia desde mayo de 1965 hasta marzo de 1969. Médico "ad honorem" del Servicio de Cirugía General del Hospital Municipal de Vicente López (Centro de Cirugía Plástica) desde septiembre de 1965 hasta marzo de 1969. Realizó un Curso de Actualización sobre "Tratamiento de Quemados" en el Hospital Municipal de Quemados de Buenos Aires en 1970. Residente en el Centro de Quemados del Centro Traumatológico y Ortopédico de Turín (Italia) desde octubre de 1980 hasta octubre de 1981.

En 1986 fue el cirujano plástico invitado por la Comisión Municipal para el estudio de las malformaciones congénitas del Centro de Salud del Hospital "Dr. Leónidas Lucero".

El Capitán de Corbeta Médico Roberto J. Barbanente egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuyo en 1970. Efectuó su residencia completa de Cirugía General en el Hospital Alvear de Buenos Aires durante 1971 hasta 1974.

Realizó pasantía por el Hospital Municipal de Quemados de la Municipalidad de Buenos Aires en 1971.

Concurrió al Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Alvear durante 1974.

Se desempeñó como médico cirujano del Hospital Regional Ushuaia en 1975.

Fue médico agregado de Cirugía General en el Hospital Naval de Puerto Belgrano durante los años 1976 a 1981.

Médico agregado de Cirugía Plástica desde 1979 a 1987, en el HNPB.



El principio de esta técnica es combinar la rotación de un colgajo con el deslizamiento de los tejidos vecinos, en forma tal que el tejido rotado transferido no sufra tensiones, las que se reparten sobre los tejidos deslizados.

En resumen es un colgajo rotatorio más un colgajo deslizante con el aprovechamiento de las reservas elásticas de los tejidos vecinos.

Los autores describen tres variantes básicas (Figura 1).

Nosotros usamos los tipos I y III porque aseguran un mayor aporte vascular dado que la base del colgajo es casi igual o mayor que el largo del mismo. Los 10 casos seleccionados presentaban pérdida de tejidos que tomaban piel, celular y parte de músculo inclusive, oscilando su tamaño entre 5 o 7 cm hasta 15 por 20 cm siendo sus formas generalmente ovaladas (habiendo algunas redondeadas y hasta un cuadrilátero). La mayoría estaban ubicadas en miembros inferiores, dos en tórax y una en brazo. Todos los casos eran heridas por esquirlas.

Descripción de técnica general

Se diseñan los colgajos de acuerdo a los esquemas anteriores, como la mayoría de los casos fueron miembros inferiores y un caso en brazo, usamos el tipo III (Figura 2).

Una vez marcado, se procede al tallado del colgajo, y luego a la disección del tejido vecino. Una vez realizada esta etapa levantamos el colgajo y deslizamos el colgajo auxiliar, cuya punta

Figura 1. TIPOS DE COLGAJOS

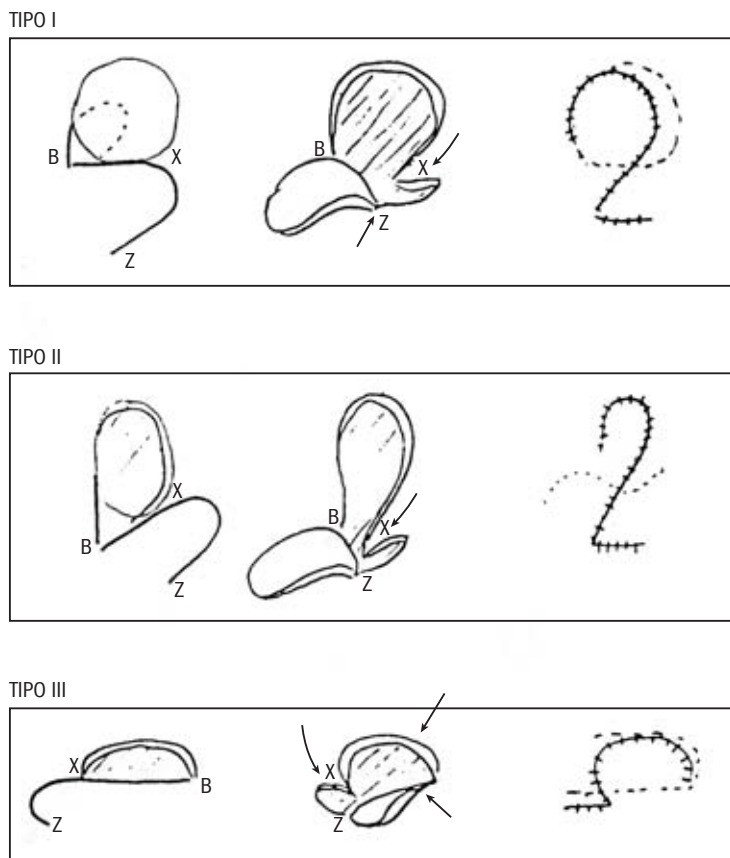
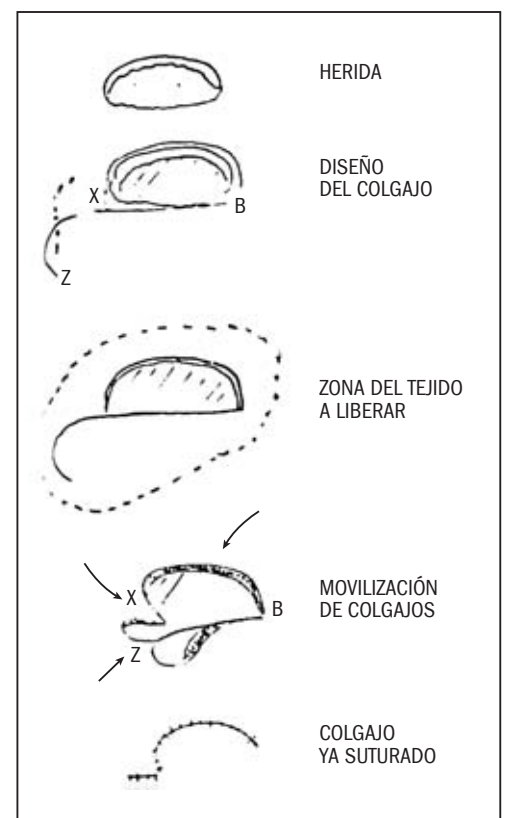


Figura 2. PASOS DEL COLGAJO



nominamos X y la llevamos al punto Z. Luego rotamos al colgajo principal hasta cubrir la pérdida de sustancia comenzando la sutura por el punto B, quedando como cicatriz un dos invertido modificando los diseños según los tipos I y III.

Se efectúan los otros colgajos con igual técnica quirúrgica. Estos 3 tipos son fundamentalmente dermograsos, pero pueden transformarse en miocutáneos incluyendo en la base del colgajo rotante un grupo muscular con sus vasos correspondientes pudiendo la capa muscular seguir el eje del colgajo rotatorio hasta su extremo distal y es desplazado perfectamente con el mismo. Esta transformación es útil en los grandes colgajos pues aumenta el aporte vascular a través de los vasos perforantes.

Estos tres tipos de colgajos son técnicamente factibles en cualquier parte del organismo, pero preferimos el tipo III en miembros y luego el I, usando para el resto del organismo el tipo correspondiente según la lesión.

Complicaciones

En nuestros diez casos sólo tuvimos una complicación: la dehiscencia de la sutura del tejido rotado, a pesar de no estar a tensión, en un colgajo de miembro inferior. Pensamos que este fracaso se debió a la movilización temprana, no autorizada del paciente. Se solucionó a los 10 días con una sutura simple. Los autores en su serie describen infecciones, dehiscencias, hematomas y necrosis de colgajos en porcentajes del 3 al 17,5%.

Conclusiones

En esta serie de casos utilizamos un colgajo rotatorio deslizante descrito por Schrudde.

Es en realidad un doble colgajo, uno rotatorio y otro auxiliar deslizante, aprovechando las cualidades elásticas de los tejidos blandos y las ventajas de las Z plastias. Este colgajo es muy útil en miembros para la reparación de pérdidas de sustancias en un solo tiempo quirúrgico, evitando las dificultades de los colgajos cruzados como ser la inmovilización excesiva, más de un tiempo quirúrgico y el uso de injertos para reparar la zona dadora. n

BIBLIOGRAFÍA

- n Converse J. N., Mc Carthy J. A., Branes R. O., Ballantyne D. L., por J. N., Converse, *Reconstructive Plastic Surgery* 1, Saunders Philadelphia, pág. 206. 1977.
- n Roggendorf M. D., *Plastic and Reconstructive Surg.* 65, 635, 1980.
- n Schrudde J., Petrovici F., *Plastic and Reconstructive Surgery*, 67, 467, 1981.
- n Borges A. F., *Plastic and Reconstructive Surgery*, 62, 543, 1978.
- n Borges A. F., *Plastic and Reconstructive Surgery*, 67, 458, 1981.
- n Raspall y Trueta J., *Fundamento y práctica de la cirugía de guerra y urgencia. Ediciones Mensajes. México, 1944.*
- n Broca A., *Chirurgie de Guerre et d'après Guerre. Ed. Masson, 1921.*
- n Marino H., *Tratamiento de las heridas, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1947.*