
HERIDAS COMPLEJAS

(Dr. Javier Montón Echeverría; Residente de 5º año de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, HVC. E-mail: contacto@drmonton.com)

Por sus características o localización, ciertas heridas deben ser evaluadas y tratadas por el especialista. Se pretende en este capítulo esbozar las líneas generales que debe seguir quien atienda inicialmente al paciente que presenta este tipo de lesiones.

➡ CARACTERÍSTICAS GENERALES

➡ Pérdidas de sustancia

Siempre que aparece una solución de continuidad en la piel, quedan expuestas las estructuras subyacentes (grasa, cartílago e incluso hueso allí donde éste sea superficial). Además, habitualmente los bordes de la herida se separan. Esto no quiere decir que exista pérdida de sustancia; al contrario: en más del 95% de las heridas que llegan a urgencias no existe ningún tipo de pérdida de sustancia, si exceptuamos las abrasiones.

➡ Cierre de la herida y desbridamiento

Tal y como se ha comentado anteriormente, las heridas se consideran contaminadas si ocurre cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1) Que en el foco cruento se encuentren gran cantidad de detritos o cuerpos extraños (tierra, hierba, piedras, cristales, etc.).
- 2) Que la herida presente gran cantidad de tejido desvitalizado (músculo necrosado, tendones esfacelados, etc.).
- 3) Que la herida haya sido producida por un agente contaminado o incluso séptico: mordedura, herida por asta de toro, etc.
- 4) Que hayan transcurrido más de 6-12 horas desde su producción. Pasado este tiempo se acepta que las bacterias han tenido tiempo de colonizar la herida.

En cualquiera de las circunstancias anteriores, si intentamos cerrar la herida primariamente la posibilidad de infección es muy elevada, por lo que siempre habrá que realizar:

- 1) Desbridamiento de tejidos necrosados (el famoso 'Friedrich' de la herida).
- 2) Lavados con abundante suero, jabón antiséptico, etc., arrastrando partículas y esfacelos.
- 3) Vacunación antitetánica (ver capítulo de heridas simples).
- 4) Instauración de antibioterapia profiláctica de amplio espectro:
 - a. Ver guía Sanford 2005, Medimécum, etc.
- 5) Planteamiento de si, con las maniobras que hemos realizado, se puede cerrar la herida o no.
 - a. La cara es la zona mejor vascularizada del cuerpo por lo que el riesgo de infección es menor; si a esto añadimos la secuela estética que se produce si dejamos cicatrizar por segunda intención, implica que casi siempre intentemos realizar suturas primarias, incluso habiendo transcurrido 12 – 24 horas de la lesión.
 - b. En las heridas por mordedura humana o por animales se intenta evitar casi siempre la sutura primaria debido al alto riesgo de infección. De nuevo la cara sería una excepción.
 - c. En las heridas de la mucosa oral la curación por segunda intención es bastante agradecida (especialmente múltiples heridas con pequeños trazos, o en las puntiformes). En caso de suturar, se elige un hilo reabsorbible de 3 ó 4/0.

HERIDAS CERVICOFACIALES

Cara

La cara y el cuero cabelludo poseen una excelente irrigación sanguínea. Por ello, son regiones más resistentes a las infecciones, y no resulta imprescindible el empleo de antibioterapia. El desbridamiento de tejidos debe ser limitado.

1. Párpado

Habría que evaluar siempre la agudeza visual y posibles lesiones tanto intrínsecas (perforaciones, erosiones corneales, Tyndall) como extrínsecas (musculatura ocular, marco óseo, vías lagrimales). Es imprescindible consultar con el especialista en Oftalmología.

La sutura se realiza con hilo no reabsorbible de 6/0. Si es necesario reparar musculatura orbicular, sutura reabsorbible de 5-6/0. La conjuntiva no suele necesitar sutura. Los puntos pueden retirarse a los 5 días.

En las heridas del párpado superior puede que no sea necesaria la sutura, siempre que los bordes de la herida queden en contacto con la apertura ocular. Basta entonces con un apósito adhesivo.

Los párpados se edematizan muy fácilmente. Aplicar frío local durante 24 horas y permanecer con la cabeza elevada pueden disminuir la hinchazón.

2. Pabellón auricular

Utilizar sutura no reabsorbible de 5-6/0.

Las heridas en esta zona tienden a ensancharse y abultarse si se retiran precozmente las suturas; por ello, mantenerlas aproximadamente 10 días.

Salvo en las heridas producidas en el lóbulo, lo habitual es que cualquier solución de continuidad en la oreja exponga el cartílago. Lo raro sería que no apareciera...

El cartílago no suele suturarse: sus bordes quedan afrontados al suturar la piel, ya que está adherido a ella. Basta con suturar la piel.

Si la herida es importante se recomienda dejar algún tipo de drenaje para evitar el otopneumotorax o practicar ferulizaciones a modo de vendaje compresivo. Éste también puede desencadenarse por traumatismos cerrados. El hematoma en el pabellón auricular es una urgencia que requiere drenaje de la colección, ya que causa gran dolor y puede desencadenar deformidades secundarias de la oreja de muy difícil tratamiento. Ocurre lo mismo con el septo cartilaginoso nasal.

3. Nervio facial

Es el nervio motor encargado de la expresividad facial por lo que su lesión acarrea graves secuelas estéticas y funcionales. La exploración física de su actividad motora se realiza pidiendo al paciente que eleve las cejas, cierre con fuerza los párpados, sonría, nos enseñe los dientes y tense el cuello (gesto de afeitarse).

Debido a su anatomía y localización, las heridas que precisarán revisión quirúrgica serán las profundas localizadas entre el CAE y el canto externo ocular, es decir, donde el nervio todavía es troncular. En lesiones más distales, debido al alto número de ramas terminales, las secuelas son menores.

4. Glándulas salivares mayores

Las heridas penetrantes pueden afectar a la parótida, submaxilar y sublingual. Si el conducto de drenaje de la glándula se encuentra intacto, ésta se puede reconstruir (sutura reabsorbible 4/0) sin necesidad de otras maniobras, y reparar posteriormente la piel. En la misma línea, la posible complicación de una fístula salivar a piel se suele resolver espontáneamente.

En caso de salida abundante de fluido salivar a través de una herida en mejilla, hay que sospechar lesión del conducto de Stenon.

➔ Cuero cabelludo

Se recomienda utilizar grapas: son más rápidas, más limpias e igualmente eficaces. Además nos evitamos problemas con el cabello a la hora de manejar el hilo. No suele ser necesario suturar planos profundos.

El rasurado es opcional, según comodidad, evitando siempre la entrada de suciedad en la herida.

Si ha habido mucho despegamiento, valorar la conveniencia de dejar un drenaje.

Mantener los puntos 10-12 días, extremando la higiene diaria.

“Scalp” significa “cuero cabelludo” en inglés. Es incorrecto, por tanto, decir “el paciente tiene un *scalp* del cuero cabelludo”. El error proviene de una regla mnemotécnica que sirve para recordar cuáles son las capas de la piel en el cuero cabelludo:

- **S**kin (piel)
- **C**onnective tissue (fascia superficialis)
- **A**poneurosis epicranealis
- **L**oose areolar tissue
- **P**ericranium (periostio de la calota).

Es por eso que se escucha también la expresión “scalp pretibial” para hacer referencia a heridas en la pierna que afectan a todo el espesor de la piel y exponen estructuras nobles. Lo correcto sería hablar de *avulsión* pretibial o *herida en colgajo*, por ejemplo.

➔ HERIDAS EN EXTREMIDADES

➔ Generalidades

La vascularización en las extremidades es más precaria que en cabeza y cuello. Esto origina que:

- Virtualmente “siempre” haya que emplear antibioterapia profiláctica.
- La cicatrización esté más retardada. Los puntos de sutura no se retiran antes de 12-15 días, más tiempo cuanto más distal y especialmente en extremidades inferiores.

La exploración de heridas en extremidades debe comprender:

- Vascularización: tomar pulsos periféricos, relleno de partes acras.
- Sensibilidad: su pérdida o disminución puede indicar lesión nerviosa por lo que es recomendable su revisión quirúrgica.
- Movilidad: es necesario explorar grupos musculares (flexores y extensores de la mano, muñeca, codo, rodilla, etc.), así como tendones individuales (flexor superficial y flexor profundo, etc.).

Se consideran urgencias quirúrgicas aquellas heridas que provocan:

- Alteraciones agudas de la vascularización: requieren reparación inmediata. El tratamiento de las alteraciones vasculares de extremidades inferiores lo realiza el Cirujano Vascular. El de la extremidad superior, el Cirujano de Mano.
- Secciones nerviosas: necesitan neurorrafia para la recuperación posterior.
- Lesiones tendinosas: necesitan tenorrafia.
- Amputaciones.
- Heridas incisivas o cuerpos extraños, que hagan sospechar por la exploración lesiones profundas.
- Pérdidas de sustancia que obligan a cubrir estructuras nobles o suturas de las mismas.

➤ Amputaciones de la extremidad superior

• Generalidades

Hay que valorar, en cada caso, el grado de amputación (completa, incompleta...), el nivel (proximal, distal...) y el mecanismo causal (sección limpia, avulsión...).

No todos los miembros son reimplantables. Corresponde al Cirujano de Mano decidir la viabilidad del acto quirúrgico, y su derivación a un Centro de Referencia de Reimplantes. Este traslado se tramita a través de la ONT (tfno. 91-3142406). Los criterios empleados habitualmente para aceptar un reimplante incluyen:

- Pulgar.
- Multidigital.
- Mano parcial (transpalmar o transmetacarpiana).
- Carpo o antebrazo.
- Codo o proximal al codo, si el grado de avulsión es moderado y en general por debajo de la V deltoidea.
- Dedo único, si es distal a la inserción del tendón flexor superficial (FDS).
- Casi siempre en un niño.

Por el contrario, serían contraindicaciones relativas para un implante:

- Lesiones severas con gran atrición tisular.
- Amputación a varios niveles.
- Pacientes con otros traumatismos graves o enfermedades generales severas.
- Vasos arterioscleróticos.
- Pacientes psiquiátricos o mentalmente inestables.
- Dedo único proximal a la inserción del FDS.

A la hora del traslado al Hospital de referencia, después de estabilizar al paciente, habrá que tener una serie de cuidados con el miembro amputado, que serán distintos según la sección sea completa o incompleta. En cualquier caso se busca el control del sangrado, la asepsia, la máxima tolerancia a la isquemia (no debería sobrepasar las 8 horas en macroamputaciones ni las 12 en microamputaciones) y, en general, el acondicionamiento para el traslado.

En las amputaciones completas, el muñón se lava con suero y se cubre con un vendaje oclusivo suavemente compresivo. Suele bastar para detener la hemorragia.

El segmento amputado se lava así mismo con suero y se envuelve en compresas húmedas. A continuación se introduce en una bolsa de plástico y se sumerge en un recipiente con hielo. Nunca en contacto directo con el hielo.

En las amputaciones incompletas no se aconseja la aplicación de frío, ya que podría provocar el espasmo de algún vaso aún intacto. Se alineará el miembro tras el lavado, evitando rotaciones, y se colocará un vendaje oclusivo moderadamente compresivo y una férula.

• Amputación del pulpejo

En general, si no hay exposición ósea se utiliza la cicatrización dirigida: cura cada 48 horas con gasa vaselinada y antiséptico. En 10-15 días se logra una buena cobertura.

En el resto de casos será necesario tratamiento quirúrgico (desarticulación, cobertura con colgajos locales, etc.).

• Dedo en anillo

También llamado desguantamiento o '*degloving*', a la lesión cutánea se le asocia la afectación en diferente grado, de los paquetes vasculonerviosos. Las estructuras osteotendinosas suelen mantenerse íntegras. Es uno de los casos complejos de reimplante.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. McGregor IA. *Técnicas fundamentales en cirugía plástica, reparadora y estética*. Masson-Salvat Medicina, Madrid 1993.
2. McCarthy JC. *Cirugía Plástica: La Cara*. Panamericana, Madrid 1992.
3. McCarthy JC. *Cirugía Plástica: La Mano*. Panamericana, Madrid 1992.

WEBS DE INTERÉS

1. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora: www.secpre.org
 - a. Manual de Cirugía Plástica: www.secpre.org/documentos/manual.html
2. Asociación Española de Microcirugía: www.microcirugia.org
3. *Journal of the American Society of Plastic Surgeons*: www.plasreconsurg.org