



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUJIA MAXILOFACIAL

Plastias Maxilo-Faciales.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

JUAN MANUEL GUTIERREZ FLORES



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

I. INTRODUCCION.	1
II. CONSIDERACIONES GENERALES DE LAS AUTOPLASTIAS.	2
III. AUTOPLASTIAS CUTANEAS. GENERALIDADES.	9
Los diferentes métodos autoplásticos.	9
A. Autoplastias por disección (método francés sin pedículo).	10
B. Autoplastias por deslizamiento (método francés con un solo pedículo).	13
C. Autoplastias por colgajos pediculados.	15
D. Autoplastias a colgajos bipediculados.	17
E. Autoplastias a colgajos bipediculados tallados a gran distancia (método italiano).	17
Procedimiento de ESSER.	19
Procedimiento Húngaro.	20
Plástica en Z.	22
Colgajos retardados (cilíndricos migratorios).	23
F. Formas geométricas aplicadas en las autoplastias por deslizamiento y avance.	27
1. Pérdidas de substancia triangulares.	27
2. Pérdidas de substancia cuadrangulares.	30
3. Pérdidas de substancia cuadrangulares y losángicas.	31
4. Pérdidas de substancia circulares.	31
5. Pérdidas de substancia ovales.	32
6. Pérdidas de substancia fusiformes.	33
7. Pérdidas de substancia cupuliformes.	34
8. Pérdidas de substancia fusiformes irregulares.	34
G. Autoplastias a distancia sin pedículo (injertos libres).	36
IV. AUTOPLASTIAS MUCOSAS Y MUCOSA-CUTANEAS.	43
V. LOS INJERTOS PROFUNDOS.	44
1. Materias orgánicas vivas.	44
A. Autoinjertos.	45
a) Tejido célula-adiposo.	45
b) Dermis.	46
c) Tejido aponeurótico.	46
d) Elementos vasculo-nerviosos.	46
e) Glándulas salivales.	47
f) El cartilago y el hueso.	47
B. Homoinjertos.	49
2. Materias orgánicas muertas.	50
a) Tejido óseo.	50
b) Tejido cartilaginoso.	50
c) El marfil.	50

3. Materias inorgánicas.	
Metales, caucho y resinas sintéticas.	50
VI. AUTOPLASTIAS SEGUN LAS REGIONES.	52
a) La mejilla (genoplastia).	52
b) Los labios (queiloplastias).	73
c) La nariz (rinoplastia)	97
CONCLUSIONES	118
BIBLIOGRAFIA GENERAL	119

aún útiles como metales, resinas, caucho.

Por último incluyo capítulos específicos sobre las mismas bases analíticas sobre autoplastias de las mejillas (frecuentes en traumatología y oncología), labios y nariz.

Me parece importante concluir esta introducción mencionando -- que el efecto técnico quirúrgico se apoyará en el manejo integral pre, trans y pos-operatorio, tanto preparativo como de evaluación y oportunidad idónea quirúrgica.

Las escuelas francesa, inglesa, italiana, norteamericana y húngara, recomiendan en regla general casi los mismos patrones -- consecutivos; sólo cambia la filosofía operativa quirúrgica -- creando opciones y es importante, para el cirujano máxilo-facial, ampliar cuanto sea posible y sólo sujeto a su habilidad manual, el conocimiento profundo de cada recurso en particular.

II. CONSIDERACIONES GENERALES DE LAS AUTOPLASTIAS

Antes de analizar que es la cirugía plástica, me pregunto qué es la cirugía reparadora (una de las tantas que se mencionan); término completamente diferente al primero y encontré pues que la cirugía reparadora es la que tiende a devolver a una región del cuerpo - en este caso la cara - su aspecto normal y su potencial fisiológico, desde luego cuando esta región está lesionada por una herida, por una afección congénita o adquirida o por un acto quirúrgico. Su misión es meramente restaurar en lugar de destruir, y su fin es inminentemente funcional aun a nivel de la cara, donde la estética es una de las principales -- funciones.

Ahora, si analizamos que es la cirugía plástica, caeríamos en la cuenta de que vendría siendo sólo una parte de la cirugía - reparadora. Hablando etimológicamente al decir plástica sólo - nos referiríamos a forma, mientras que en una cirugía de este tipo nosotros buscamos sobre todo la recuperación funcional, y para lograr esta, a veces necesitamos realizar injertos (reemplazo de tejidos faltantes) o al contrario retirar tejidos como en las plastias de nariz (nariz voluminosa). Con estas experiencias podríamos concluir que el término cirugía plástica está mal empleado, puesto que claro está que cumple varias funciones como reparadoras, correctoras, estéticas,.. y todos los términos productos de una cirugía.

La variedad de métodos que forman la técnica autoplástica o -- técnicas autoplásticas excluyen, evidentemente, los homoinjertos, los heteroinjertos y la inclusión de cuerpos inertes.

A continuación de la forma más concisa describiré los tiempos

aún útiles como metales, resinas, caucho.

Por último incluyo capítulos específicos sobre las mismas bases analíticas sobre autoplastias de las mejillas (frecuentes en traumatología y oncología), labios y nariz.

Me parece importante concluir esta introducción mencionando -- que el efecto técnico quirúrgico se apoyará en el manejo integral pre, trans y pos-operatorio, tanto preparativo como de evaluación y oportunidad idónea quirúrgica.

Las escuelas francesa, inglesa, italiana, norteamericana y húngara, recomiendan en regla general casi los mismos patrones -- consecutivos; sólo cambia la filosofía operativa quirúrgica -- creando opciones y es importante, para el cirujano máxilo-facial, ampliar cuanto sea posible y sólo sujeto a su habilidad manual, el conocimiento profundo de cada recurso en particular.

I. INTRODUCCION

La cirugía Máxilo-Facial y de alguna manera la misma cirugía general, se rigen bajo conceptos "ideológicos operativos" de trazos geométricos. Las plastías rutinarias y hasta simplistas -- son ejemplo de ellos.

En otros niveles existen conceptos más elaborados y en ocasiones complejos, al concebirse en plan inicial quirúrgico geométrico: en la cara, cavidad oral, cabeza y cuello. Cada caso se analiza en particular; pero en relación a la concepción de incidir en esta tesis, apuntaré filosofías que pretenden exponer metodologías ordenadas y necesariamente aplicables en varias opciones.

Presento plastías y autoplastías pediculadas, bipediculadas y procedimientos más complejos de formas geométricas por métodos de deslizamiento y avance.

La experiencia absorbida por las distintas escuelas del mundo, coinciden en este punto en denominarlas por sus necesidades angulares. Así estudiaremos en las pérdidas de tejidos, cómo diseñar las substancias existentes para reconstruir al paciente con geometrías triangulares, cuadradas, cuadrangulares, circulares, fusiformes, cupuliformes, incluyendo autoplastías a distancia sin pedículo, llamados también injertos libres.

La cirugía oral se ocupa en parodoncia del manejo de encía y mucosas cercanas; y la máxilo-facial, de las mucosas cutáneas, los injertos profundos como cartílagos o tejidos celulo-grasos, los tejidos aponeuróticos, etc.

He analizado a nivel de cabeza y cuello filosofías para aponeurosis, tendones y algunos materiales; algunos antiguos pero --

II. CONSIDERACIONES GENERALES DE LAS AUTOPLASTIAS

Antes de analizar que es la cirugía plástica, me pregunto qué es la cirugía reparadora (una de las tantas que se mencionan); término completamente diferente al primero y encontré pues que la cirugía reparadora es la que tiende a devolver a una región del cuerpo - en este caso la cara - su aspecto normal y su potencial fisiológico, desde luego cuando esta región está lesionada por una herida, por una afección congénita o adquirida o por un acto quirúrgico. Su misión es meramente restaurar en lugar de destruir, y su fin es inminentemente funcional aun a nivel de la cara, donde la estética es una de las principales -- funciones.

Ahora, si analizamos que es la cirugía plástica, caeríamos en la cuenta de que vendría siendo sólo una parte de la cirugía -- reparadora. Hablando etimológicamente al decir plástica sólo -- nos referiríamos a forma, mientras que en una cirugía de este tipo nosotros buscamos sobre todo la recuperación funcional, y para lograr esta, a veces necesitamos realizar injertos (reemplazo de tejidos faltantes) o al contrario retirar tejidos como en las plastías de nariz (nariz voluminosa). Con estas experiencias podríamos concluir que el término cirugía plástica está mal empleado, puesto que claro está que cumple varias funciones como reparadoras, correctoras, estéticas,.. y todos los términos productos de una cirugía.

La variedad de métodos que forman la técnica autoplástica o -- técnicas autoplásticas excluyen, evidentemente, los homoinjertos, los heteroinjertos y la inclusión de cuerpos inertes.

A continuación de la forma más concisa describiré los tiempos

operatorios de una cirugía, así como su finalidad, sus indicaciones, etc.

Los tiempos operatorios son los siguientes:

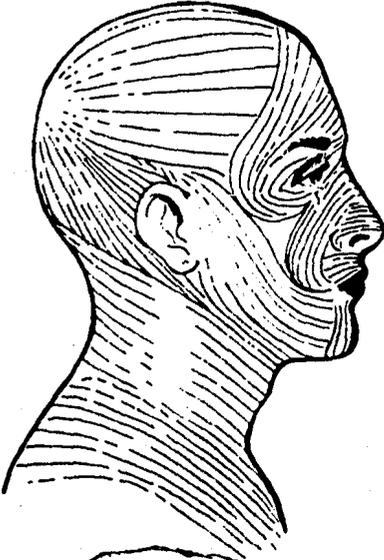
Incisión y exposición quirúrgica de la región a operar, después viene el tiempo principal de la operación, es decir la exéresis de la parte enferma (tumor) o ejecución de una plástica. Estos tiempos operatorios siempre deben de ir acompañados de la hemostasia simultánea y al fin de esto el último tiempo operatorio cierre de la herida, éste por medio de sutura.

La incisión.- ¿ Dónde debe hacerse ésta ?

En cirugía máxilo-facial las incisiones deben abordarse por las vías naturales, aunque existirán excepciones en que el cirujano máxilo-facial esté autorizado a abordar las lesiones por otra vía que las naturales, es decir, la boca, la faringe, la nariz o los oídos, aunque siempre hay que esforzarse en pasar por lo natural. Se puede decir que cuando es por vía natural se puede hacer amplia la incisión y lo contrario a esto si la incisión es en los tegumentos de la región máxilo-facial, pero cuando se trata de salvar la vida del paciente no es cuestión de concederle importancia a una diferencia de 1 o 2 cm. en la longitud de la incisión. Las incisiones mientras más disimuladas mejor.

Para localizar en que nivel de la cara será mejor hacer las incisiones, se debe tomar en cuenta la ubicación de los músculos cutáneos y las líneas de tensión de la piel. Algunos autores - por ejemplo LANGER han descripto estas líneas de tensión de la piel, si las tomamos en cuenta tendremos mejores resultados. El cirujano puede determinar la dirección de las líneas cutáneas-

pidiendo al paciente que haga gestos o frunza la frente o las cejas.



LINEAS

DE

LANGER

(LINEAS DE TENSION DE LA PIEL)



LAS LINEAS CUTANEAS DE CARA Y CUELLO FORMAN ANGULOS RECTOS, -
CON LA DIRECCION DE LA TRACCION DE LOS MUSCULOS SUBYACENTES DE

EXPRESION. SE OBSERVA QUE VARIAN EN VARIOS ASPECTOS A LAS MARCADAS POR EL DR. LANGER. (ESTUDIOS DE RUBIN Y KRAISSLY CONWAY). El instrumento destinado para realizar la incisión es el bisturí de acero (el de hojas intercambiables).

El tiempo principal de la operación va a variar según el caso. Después de este tiempo es importante realizar una cuidadosa hemostasia y durante toda la operación.

Los instrumentos que se utilizan en la cirugía máxilo-facial durante el acto operatorio son muy numerosos tomando en cuenta los diferentes casos: gubias, sierra eléctrica, curetas, legras,..etc.

Tiempos terminales de la operación.- En algunos casos se termina la operación con taponamiento, con sutura y en otros casos sin sutura.

Material de sutura.- Este se compone por una parte de las agujas, y por otra parte de los hilos que son diversos para este fin.

Agujas rectas, curvas, semicurvas, pequeñas o muy pequeñas ya sea con ojo común o del tipo de las agujas intestinales; todas tomarse con un porta-agujas adecuado.

Los hilos que sirven para la sutura son muy numerosos. A nivel de la piel se emplea crines, nylon, lino y para las mucosas se usa el lino y el nylon pero se prefiere la seda o el lino.

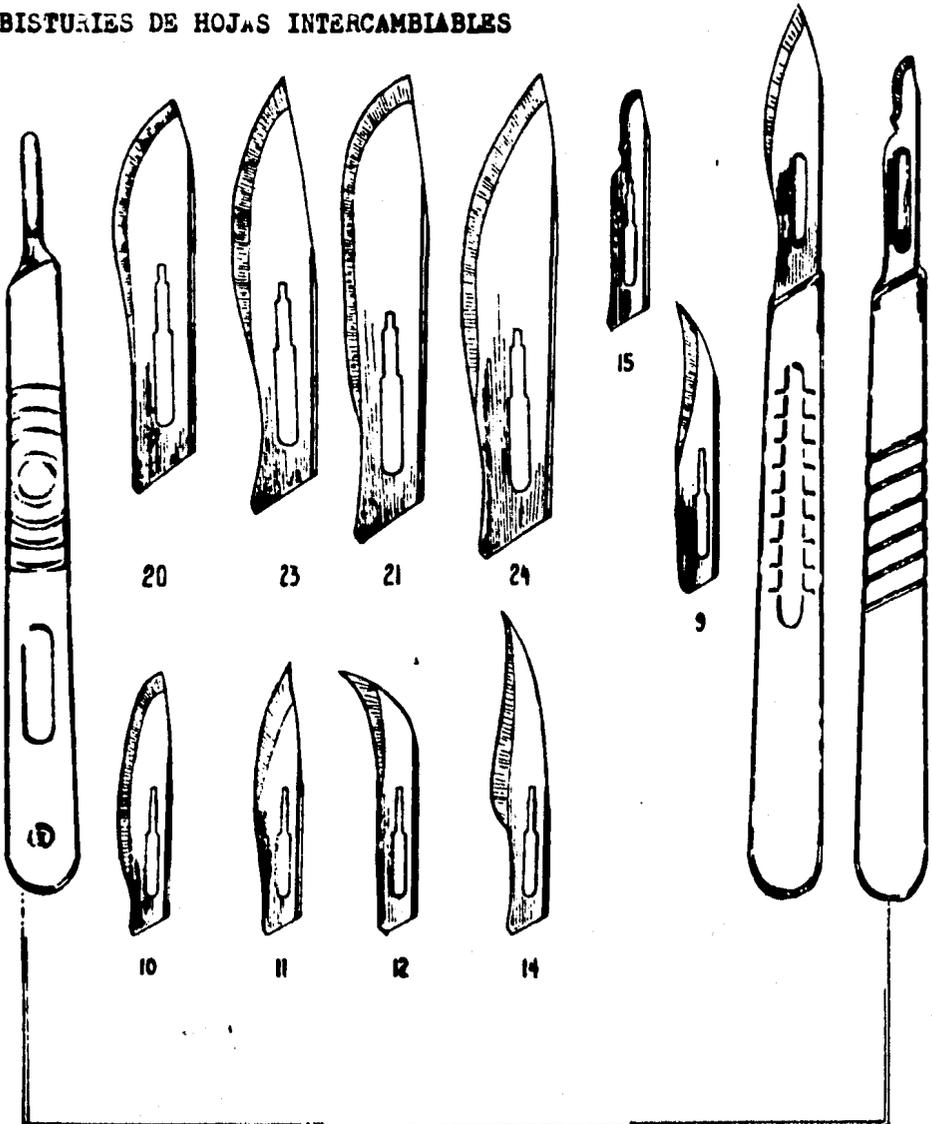
Para en el caso de cirugía de hueso se utiliza hilo metálico (de acero inoxidable) y tántalo (hilo de acero no acerado).

Y por último tenemos el Catgut, material de sutura reabsorbible, generalmente bien tolerado, cuya reabsorción se produce en un plazo de 8 a 10 días; es

de naturaleza biológica.

Las suturas y agujas se seleccionan para cada caso en particular, tomando como previsión que estas agujas no sean traumáticas y que el material de sutura no debe ser más fuerte que el tejido mismo.

BISTURIES DE HOJAS INTERCAMBIABLES



Métodos de sutura.- En cirugía máxilo-facial al igual que en cirugía general, los métodos son los mismos.

Ejecutar bien las suturas, borde con borde bien afrontados. En cirugía bucal (intra) y facial los puntos se colocan próximos los unos de los otros, y las suturas superficiales deben incluir simultáneamente la piel y el tejido celular subcutáneo. Igualmente pueden emplearse las suturas subdérmicas o intradérmicas.

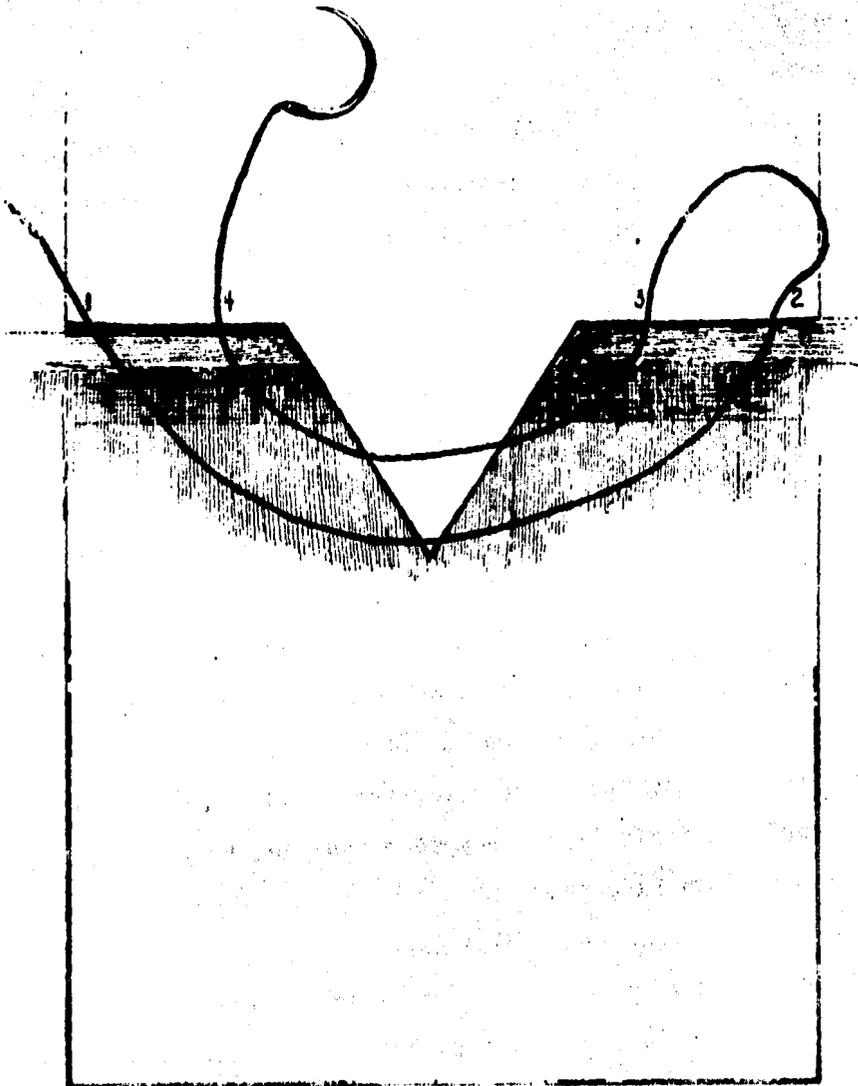
El punto de sutura que a continuación presento es uno de tantos que permite afrontar exactamente los tejidos, no sólo en la parte superior sino también en la profunda.

Punto de sutura de BLAIR - DONATI

Este punto se ejecuta penetrando a nivel de uno de los labios de la herida, caminando en la profundidad a nivel del colgajo simétrico, volviendo a salir a nivel del otro labio, penetrando de nuevo a una corta distancia de este punto de penetración en el mismo colgajo, caminando profundamente en este y en el colgajo simétrico y volviendo a salir en el colgajo un poco -- por dentro del punto de penetración primitivo, entonces se practica el nudo. En lo que concierne al nudo es preferible hacerlo lateralmente respecto de la línea ya sea a la derecha o a la izquierda de la misma, para que no interfiera en la unión de los labios, y hay que recordar que los bordes de la incisión en la piel no deben suturarse demasiado apretados, y que las suturas deben retirarse tres o cuatro días después, para evitar cicatrices de sutura.

PUNTO DE SUTURA DE

BLAIR - DONATI



III. AUTOPLASTIAS CUTANEAS (Generalidades)

Las autoplastias cutáneas por finalidad tienen corregir las lesiones y formas antiestéticas presentes en la cara y en el armazón de esta, comprendido en esto las pérdidas de substancia cutáneas de origen patológico, quirúrgico y traumático; así como cicatrices por quemaduras,..etc.

Los casos más frecuentes que solicitan autoplastias de este tipo, son los de cicatrices por quemaduras y las pérdidas de --- substancia.

Las quemaduras son uno de los factores más importantes de las cicatrices faciales; ya se trate del fuego, de los agentes químicos o físicos, estos actúan principalmente sobre las partes descubiertas como son: cara, cuello y manos. Dejan secuelas eritematosas o bien enormes placas retráctiles que deforman horriblemente el rostro, sobre todo a nivel de los párpados, de la nariz, de los labios y de las orejas. Como en todos los casos, el tratamiento llevará un fin estético y funcional.

Las pérdidas de substancia son las acompañantes de las cicatrices más graves de tratar, estas son debidas a heridas de guerra, a traumatismos accidentales, y a procesos patológicos que evolucionan espontáneamente (cáncer, osteomielitis,..) y las resultantes de una intervención quirúrgica.

Podemos apreciar que los casos a intervenir varían mucho, desde una simple cicatriz lineal muy poco visible, hasta la pérdida a veces de toda la cara.

Los diferentes métodos autoplásticos:

Los métodos son muy variados y sería difícil decir cual es el mejor, es cuestión de indicaciones. Estos se pueden clasificar

de la siguiente manera:

a.- Autoplastias sin aporte de tejido

b.-Autoplastias con aporte de tejido

Después de esta clasificación podemos empezar a desglosar las modalidades de la reconstrucción de los planos cutáneos.

A.- AUTOPLASTIAS POR DISECCION (Método francés sin pedículo)

Se trata de colgajos no pediculados. Este tipo de técnica por lo general, es utilizada en casos de lesiones (cicatrices) de origen dentario, ya que estas no se comparan con las grandes mutilaciones consecutivas a las heridas de guerra o a los grandes traumatismos.

La operación comprende dos tiempos:

1o. La excisión de la cicatriz viciosa

2do. La refeción autoplástica

La excisión de la cicatriz debe hacerse en un solo bloque. Cabe anotar en este punto sobre la adherencia al plano profundo y sobre la posibilidad de encontrar una verdadera brida fibrosa, que conecta la piel con el plano óseo.

Las incisiones elípticas deben ser en general paralelas al eje mayor de la cicatriz viciosa, pero no puede ser siempre así. - En general, en la cara, el eje mayor de la elipse debe orientarse en el plano transversal; en la región submaxilar debe ser oblicuo hacia abajo y adelante, y claro, el cirujano tiene que sacar partido de las condiciones que encuentra.

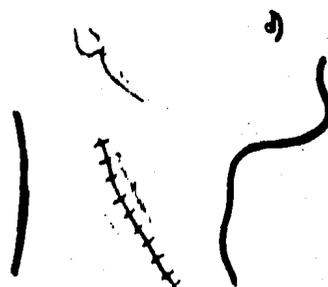
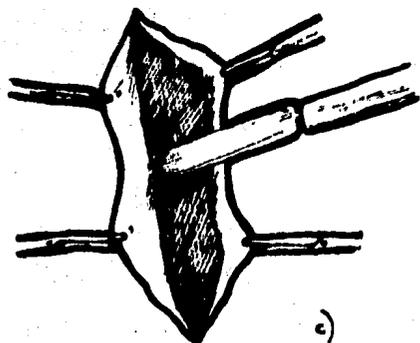
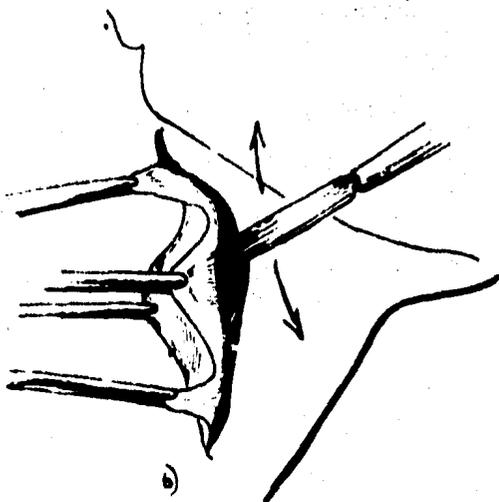
A pesar de la elasticidad de la piel de la cara y el cuello, con lo que siempre hay que contar, se hace necesaria la auto -

a) INCISION

b) EXCISION DEL BLOQUE CICATRIZAL

c) DISECCION PERIFERICA DE TEJIDO SANO

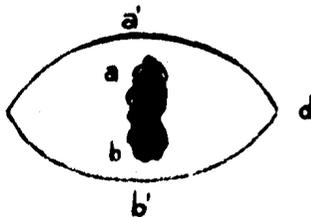
d) PUNTO PROFUNDO DE AFRONTAMIENTO Y APOYO



plastia por disección. Dos razones la justifican: puede tratarse de una cicatriz deprimida en embudo, es decir, infundibuliforme, y en tal caso, si después de excindir la cicatriz nos contentáramos con aproximar los labios de la herida, nos quedaría una cicatriz deprimida, aunque en menor grado que la primitiva; o bien se trate de una cicatriz ancha, extensa transversalmente, que requiere también una excisión ancha, y luego no se pueden afrontar los labios de la herida. En tales casos se deben afrontar los tegumentos sin tironamientos y para lograr esto debemos disecar estos en la medida necesaria.

La dificultad del afrontamiento puede también provenir de que en el curso de la corrección autoplástica se modifica la dirección de la cicatriz; esta técnica puede variar en su dirección de incisión.

En la región cervical puede existir una cicatriz dirigida verticalmente ab; a menudo será ventajoso corregirla mediante incisión elíptica o gran eje cd, horizontal. En este caso los colgajos superior e inferior de la herida quedan a distancia y es necesario practicar una disección en las regiones a' y b' para poder afrontar correctamente los bordes sin tironamiento.



Este es el método autoplástico que deja por lo común menos huellas visibles a nivel de las regiones de obtención de material, según MORGESTIN y lo cree preferible a otras técnicas en apariencia más brillantes, que toman los colgajos a una distancia más o menos grande: refiriéndose a las autoplastias a distancia, que permiten la reparación en un solo tiempo, pero tienen el inconveniente de dejar rastros en las regiones de toma.

B.- AUTOPLASTIAS POR DESLIZAMIENTO (Método francés con un solo pedículo)

El método se parece al precedente pero con la diferencia de -- que las incisiones se realizan de tal modo, que el colgajo autoplástico se transfiere de una región determinada a otra más alejada que en los casos de autoplastias por disección. Utilizar la elasticidad de la piel para afrontar los labios de la herida, previa eliminación de la cicatriz, seguida de la disección de los planos superficiales a distancia.

AUTOPLASTIA

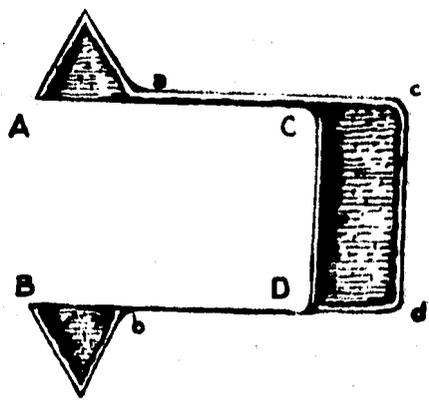
POR

DESLIZAMIENTO

(Método Francés)



**AUTOPLASTIA POR DESLIZAMIENTO (francés)
CON EXCISION DE LOS TRIANGULOS DE BUROW**



La autoplastia que acabamos de ver (por deslizamiento) es... simple, puesto que hay casos en que el colgajo se obtiene a una distancia verdaderamente grande de la zona en que se va a efectuar la transposición, de modo que una parte de él no está destinado a utilizarse a nivel de la cicatriz o de la pérdida de substancia. Esta parte flotante del colgajo tiende a enrollarse por lo cual GUILLIES, propuso el método siguiente: Método de colgajos tubulados, en el cual los bordes de la parte flotante del colgajo se suturan de modo que forman un verdadero tubo; y posteriormente esto encaminó a realizar autoplastias a colgajos tubulados que llevan el nombre de autoplastias por -- colgajos bipediculados que es lo que a continuación veremos.

C.- AUTOPLASTIAS POR COLGAJOS PEDICULADOS

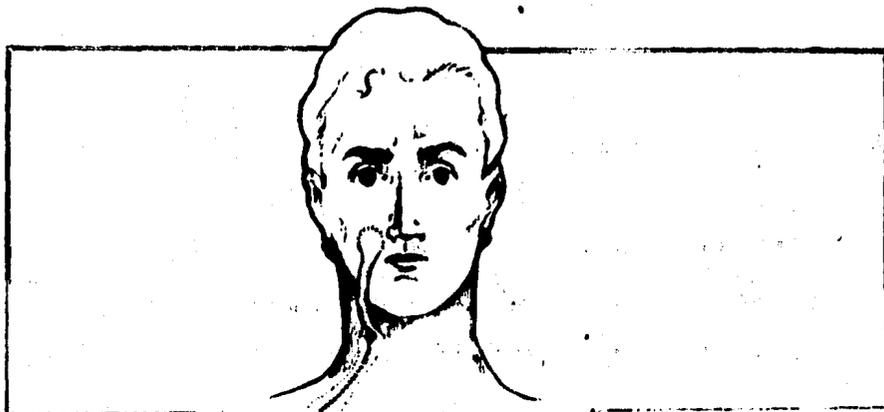
Colgajo obtenido localmente.- Se talla un colgajo, se separa de su lecho por disección y se desplaza hacia la brecha por obliterar, conservando siempre su inserción, su pedículo. Se lo sutura al contorno de la pérdida de substancia, y al principio vive únicamente por su pedículo (Método Indiano; bien descrito en la edad media, pero ya era utilizado desde tiempo inmemorial).

Al desplazar nosotros el colgajo en su lugar quedará una pérdida de substancia que será rellenada por aproximación, ya sea a la francesa o por un injerto dermoepidérmico.

En la realización de estos colgajos siempre debemos tomar en cuenta las reglas estrictas, así como en su uso; la zona donante como ya sabemos debe ser elegida de acuerdo con las necesidades y características de la piel a reponer.

Las dimensiones del colgajo y la torsión del pedículo se efectúa calculando previamente, teniendo en cuenta la vascularización.

La técnica ofrece resultados del todo satisfactorios. Ejemplo:



Se utilizan así para la cabeza de los colgajos tallados, ejes vasculares:

- Geniano (a)
- Cigomático-malar (b)
- Temporal (c)
- Témporo- parietal(d)
- Parietal (e)
- Frontal (f)
- Occipital (g)
- Retroauricular (h)
- Submaxilar (i)





COLGAJO PEDICULADO (Indiano)

D.- AUTOPLASTIAS A COLGAJOS BIPEDICULADOS

También se utilizan colgajos bipediculados. Se les utilizan cuando se necesita un injerto más largo de lo que la circunspección permitiría con un solo pedículo (la longitud del pedículo no debe exceder en más de tres veces su anchura).

Los tipos más característicos de este tipo de colgajos se presentan en cuero cabelludo (colgajo bipediculado de DUFOURMEN - TEL) y el submentoniano de OLLIER, la técnica es la siguiente: Se les desplaza en collar; su parte media recubre la brecha, y se nutren por sus dos pedículos.

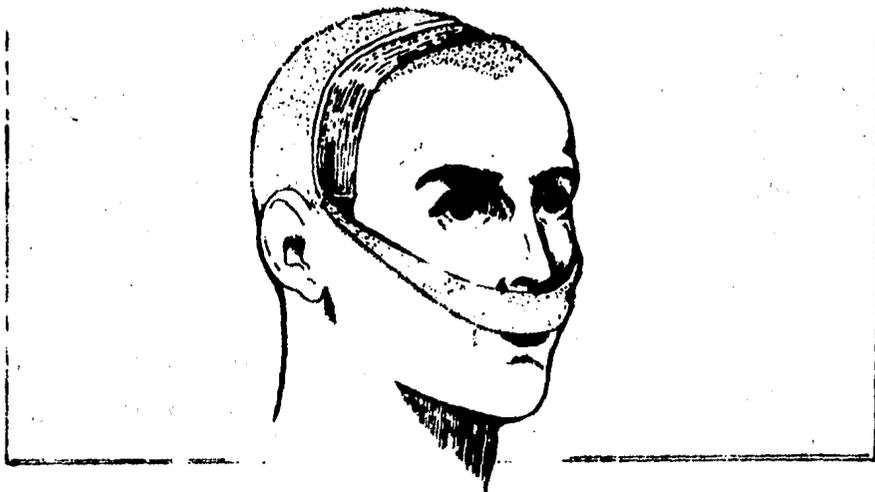
Las ventajas de este procedimiento son la rapidez, la seguridad cuando está bien aplicada; pero tiene el inconveniente de dejar una cicatriz suplementaria. Cuando la pérdida de sustancia es bastante, este método es inaplicable a la cara.

E.- AUTOPLASTIAS A COLGAJOS BIPEDICULADOS TALLADOS A GRAN DISTANCIA (Método Italiano)

Su principio es el mismo que el del injerto pediculado indiano. Pero en este caso la zona donante se encuentra a distancia

COLGajo DE CUERO CABELLUDO LLAMADO "yugular" DE

L. DUFOURMENTEL



y el tejido a injertar es llevado a la región por obliterar en una sola etapa. Por lo tanto es de suponerse que la zona donante está exclusivamente a nivel de los miembros superiores, mano, antebrazo y brazo.

Este procedimiento tiene por ventaja no dejar alguna cicatriz suplementaria. Pero el inconveniente es que el brazo estaría inmovilizado durante dos o tres semanas, en una posición muy penosa y la aparatología necesaria sería muy difícil de realizar. Teniendo en cuenta la zona exclusiva para donar, caemos en la cuenta de que las posibilidades de esta van a ser muy limitadas para las grandes autoplastias de la cara. Es una técnica que se le recurre con frecuencia y que en ocasiones es irremplazable.

El aparato de inmovilización, constituido por un casco craneofacial, consta de un aparato enyesado que se coloca en el anta

brazo, y un dispositivo metálico intermedio regulable verdadero cerrojo de bloqueo, que asegura la inmovilización durante - los 15 días necesarios para que prenda el injerto.

Solo queda mencionar dos variantes más de los colgajos aunque estos no sean aplicables a la cara y son los siguientes: colgajos a pedículos simples tomados a distancia e implantados por aproximación del receptor, colgajo pediculado torácico o abdominal, por ejemplo, fijado al miembro superior aproximado al - tronco y colgajos a pedículo doble, por ejemplo, el colgajo abdominal liberado en puente, debajo del cual pasa la mano, cuya cara dorsal necesita un vasto injerto.



Inmovilización del brazo con el dispositivo de DARCISSAC. (método Italiano)

Ha sido difícil clasificar los procedimientos que unen los métodos francés y el de colgajos pediculados, ya que algunas personas utilizan procedimientos de ambos.

Tales son los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTO DE ESSER.- Es una variante del colgajo pediculado indiano.

Esser, para ocluir una brecha, circunscribe, en su vecindad inmediata, un vasto colgajo mediante una incisión curvilínea, a veces semicircular. Luego desplaza por rotación el colgajo así trazado, cuya extremidad va a recubrir la pérdida de substancia. Pero de esta manera produce en los tegumentos una serie de pliegues que luego es preciso reducir mediante resecciones cuneiformes múltiples. Tal es el inconveniente que este método fue suplantado por el método húngaro que a continuación presento.

PROCEDIMIENTO HUNGARO.- Los promotores de este método lo usaban exclusivamente para la reconstrucción palpebral y orbitaria y que en 1940 se le llamó Húngaro. Fue introducido en Francia por el Dr. de Saint-Martin, cir. Oftalmólogo y posteriormente esta técnica fue perfeccionada por IMRE y BLASCOWITZ. Y ahora lo que se ha hecho es ampliar las indicaciones, utilizándola para toda la cara y el resto del cuerpo.

Este procedimiento consiste en utilizar un colgajo delimitado por una incisión circular y cuya extremidad es desplazada hacia la brecha. La tracción y plegaduras son eliminadas mediante una resección triangular a nivel y frente al pedículo, que permiten avanzar a este sin el menor esfuerzo.

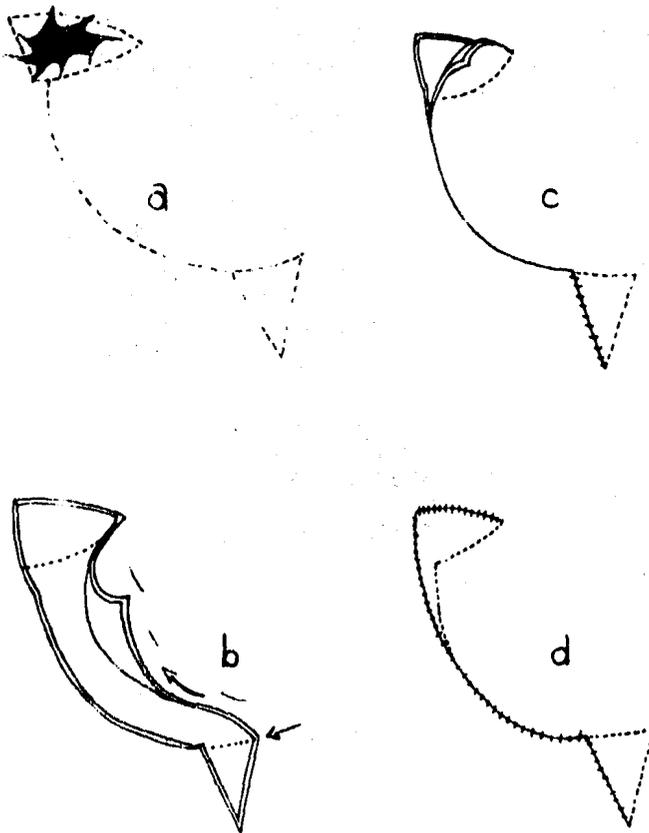
Es un gran perfeccionamiento a la técnica de ESSER.

El procedimiento de BLASCOWITZ, entendido así, difiere del de IMRE, quien, luego de la misma resección triangular remonta el lecho del colgajo y lo hace así progresar hacia la brecha, en lugar de avanzar su pedículo.

Esta técnica es excelente para que no haya tracción alrededor de los orificios naturales y la deformación consecutiva, pero

bastante difícil de realizar. Es necesario comprender bien el principio, y saber que cuanto más importante deba ser el desplazamiento del colgajo, más acentuada debe ser su curva periférica.

EL METODO HUNGARO



PLÁSTICA EN Z.- Esta nace del método francés y del método indiano.

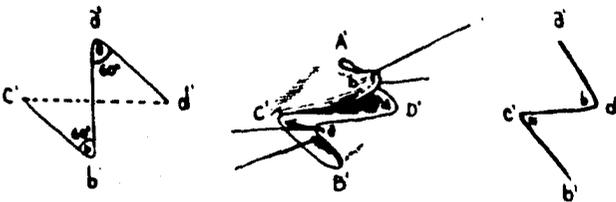
Esta plástica en Z provee material "ahí" donde exista una brida, cruzando dos colgajos triangulares en un ángulo de aproximadamente 60° , afrontados, y cuyo lado común está formado por la línea axial de la cicatriz retráctil.

Para utilizarlo, es preciso nos enfrentemos a una cicatriz lineal. Estos colgajos se emplean por pares, pero se pueden tallar en serie. Nos dan resultados satisfactorios en la vecindad de los orificios naturales (párpados, labios) y en las zonas de flexión, pliegue del codo, axilas, que a veces presentan bridas formadas por largas cicatrices.

Esta técnica es difícil de ejecutar, por lo que se requiere gran sentido plástico, si se quiere sacar el mejor partido de ella.

PLÁSTICA EN Z

- a) La incisión en Z. Los ángulos en a y b son iguales
- b) La trasposición de los ángulos
- c) La longitud $c'd'$ se encuentra después de la sutura, en ab'



COLGAJOS RETARDADOS.- Hasta aquí hemos visto colgajos utiliza-- dos directamente y extemporáneamente, pero que vamos a hacer si se nos presenta, que el colgajo es muy largo, un pedículo muy - estrecho o una torsión muy acentuada del mismo, o bien el teji- do es de mala calidad (cicatrices transversales), esto podría - provocar esfacelo.., por lo tanto pasamos al siguiente procedi- miento que es el de "retardamiento". Por su principio son colga- jos tubulados, llamados cilíndricos.

COLGAJOS CILINDRICOS MIGRATORIOS. 1917 (colgajo retardado)

Se atribuyen a Filatoff, Guillies, Moure, Gantzer y a otros más autores el principio de los colgajos cilíndricos migraterios.

El principio esencial es el enrollamiento de un colgajo bipedi- culado sobre su eje longitudinal. Los dos pedículos aseguran la vascularización en las extremidades y el cilindro no está expue- do a la infección ni a la desecación. Para construirlo se ta- lla una banda cutánea, que como lo dijimos anteriormente su lon- gitud no debe exceder al triple de la anchura, y se le disecc - en puente, separándola de los planos profundos, dejando en su - cara cruenta más o menos tejido adiposo, según las necesidades. Después se enrolla esta banda según su eje longitudinal, y se - sutura cuidadosamente (los dos bordes libres, uno al otro).

Se forma así una ansa, conectada a la región donante por sus ex- tremos, y que por retardamiento proporciona una superficie cutá- nea utilizable, particularmente importante en un segundo tiempo hay que dirigir el cilindro hacia la región a restaurar. El pro- cedimiento varía según la distancia a recorrer.

Si el colgajo ha sido creado en la vecindad inmediata, por ejem- plo, en el cuello, se lo puede bascular directamente sobre la -

brecha a obliterar o a recubrir, seccionando su extremidad más alejada que se desplaza a su sitio definitivo. Si está más alejado se lo puede traer a su emplazamiento definitivo en dos o tres etapas sucesivas, pero, si a causa de la distancia es necesario efectuar más de dos o tres mutaciones, es preferible utilizar el procedimiento de PEÑÍN, el transporte directo por intermedio del antebrazo o brazo.

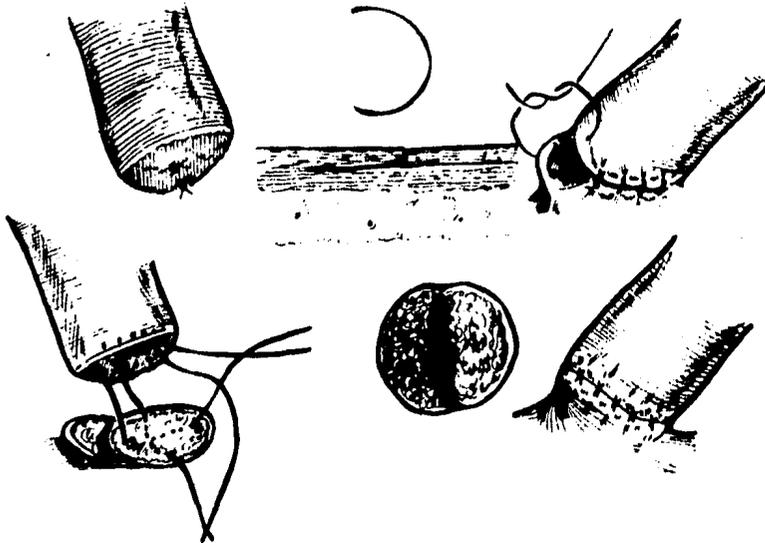
El cilindro es injertado por una de sus extremidades sobre un punto cualquiera del miembro superior, y luego se le trae a la cara previa sección de su pedículo todavía fijado a la zona donante, manteniendo el brazo en la posición requerida durante el tiempo necesario, por el mismo procedimiento que se ha utilizado en el método indiano.

Esta técnica tiene la ventaja de dar al colgajo la amplitud y el espesor deseados, con el tejido subyacente, permite la elección del tegumento; pone al colgajo al abrigo de todas las agresiones, "retarda" el injerto, y por último no agrega una cicatriz más a la cara.

Para la utilización del colgajo, se ha pensado que es más lógico extender todo el cilindro, más bien que únicamente su extremidad como es clásico. Por esta razón lo más a menudo se inserta el cilindro en puente sobre la región a injertar.

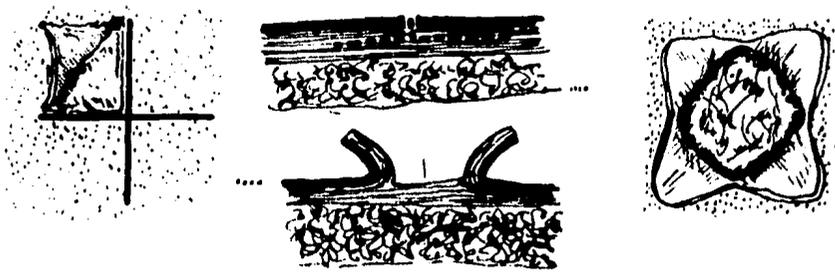
Todas estas autoplastias por colgajos pediculados aportan a la zona receptora piel solamente, por su puesto con cabellos o pelos si es necesario; con tejido celulo-adiposo del espesor deseado; doblados con piel total, dermoepidermis; armados con cartílago o hueso.

FIJACION DE UN COLGAJO CILINDRICO. Procedimiento clásico sim -- ple.



FIJACION DE UN COLGAJO CILINDRICO. Procedimiento de nidación es trella.

a) Incisiones en cruz, donde va a ser fijado el tubo deteniéndose en las capas profundas de la dermis y delimitando cuatro col gajos. El largo de las incisiones debe ser superior en medio -- centímetro al diámetro del cilindro a implantar.



b) Preparamos el cilindro. En su extremidad a desplazar tallar cuatro triángulos, cuyo plano cutáneo será cortado hasta llegar a mitad del espesor de la dermis.

Este procedimiento permite doblar exactamente la superficie de toma del cilindro y del huesped.



c) Fijación del cilindro. Fijar previamente el centro del cilindro al centro del nido (*); cada triángulo macho es fijado al triángulo hebra. Al final se observa claramente la forma de estrella.

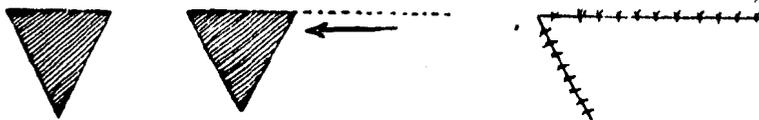


F.- FORMAS GEOMETRICAS APLICADAS EN LAS AUTOPLASTIAS POR DESLI- ZAMIENTO Y AVANCE

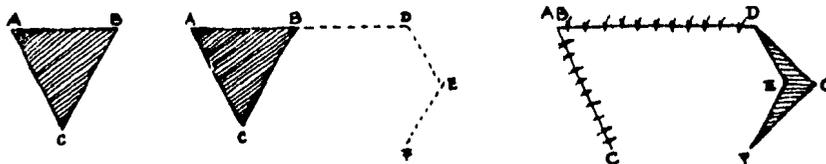
Estos procedimientos nos permiten obtener el máximo provecho de la elasticidad de la piel. Lo veremos en las diferentes pérdi-
das de substancia, como lo son: Pérdidas ovales, triangulares,
cuadrangulares,..etc.

1. PERDIDAS DE SUBSTANCIA TRIANGULARES

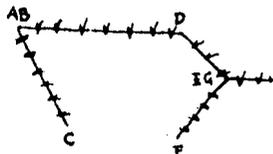
a) Incisión simple directa



b) Incisión lateral



La pérdida de substancia residual (G) la llenamos por sutura en
forma de VY



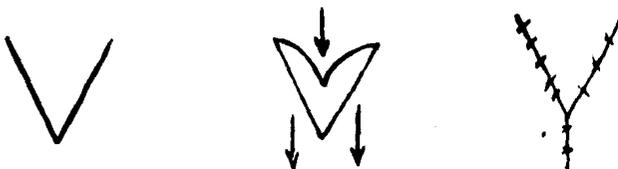
anexo: Procedimiento de alargamiento por plástica en VY.

Se talla un colgajo en V, con el vértice hacia abajo.

Se tracciona hacia arriba por la base y se transforma la V en Y. Primero se sutura la rama vertical de la Y, y después las dos laterales.

Este método de deslizamiento en VY y el de plástica en Z ya recordado, son la base de todos los procedimientos de alargamiento.

PLASTICA EN VY



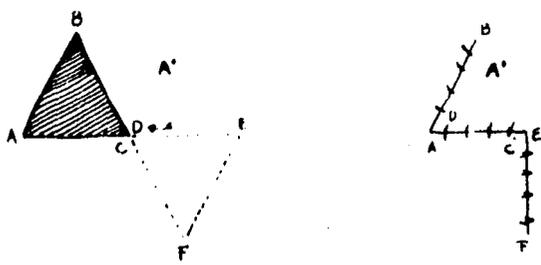
c) Desplazamiento de colgajos laterales (SZYMANOWSKI). 1870

A partir de los ángulos A y B tallar dos colgajos, de pedículo inferior y puntos superiores; acercarlos para colmar la brecha y cerrar los ángulos cruentos (puntos superiores) mediante una sutura lineal.

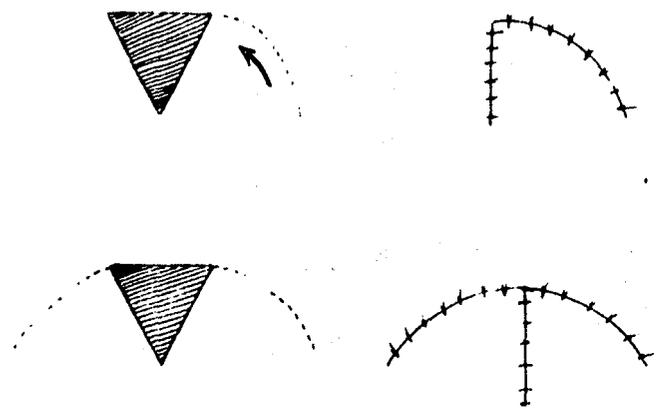


d) Resección de un triángulo de acercamiento (BUROW)

Trazar un triángulo de iguales dimensiones enfrente de la pérdida de substancia triangular. Liberar ampliamente la zona (A'), - deslizar el ángulo D hacia el ángulo A y suturar.

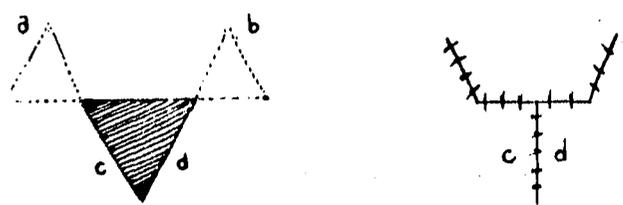


e) Incisiones curvas laterales (cierre de brecha por rotación)



f) Excisión de dos triángulos de acercamiento.

Trazar dos triángulos, tipo Burrow estos a partir de la base del triángulo a tratar, acercar los bordes C y D para colmar la pérdida de substancia.



2. PERDIDAS DE SUBSTANCIA CUADRANGULARES

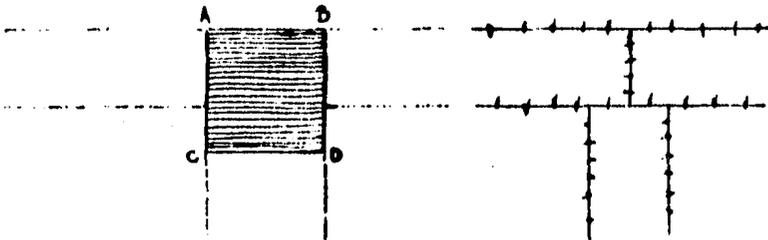
a) Trazar dos incisiones lineales paralelas, ya desprendidos -- sus bordes y su pedículo a distancia, se desliza y se sutura.



b) Tallar dos colgajos sobre los lados del cuadrilátero, liberarlos a distancia y suturarlos.



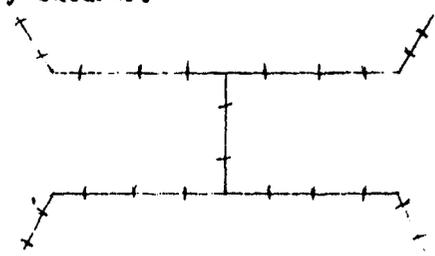
c) Tallar tres colgajos, dos de estos a media altura de los lados AC y BD y el tercero sobre el lado CD; liberarlos y conducirlos al encuentro para recubrir la pérdida de substancia.



d) Resección de los triángulos de Burou.

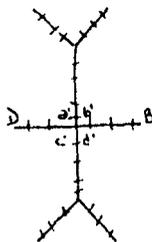
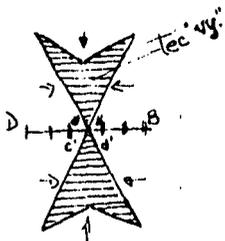
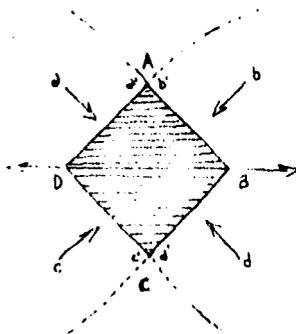
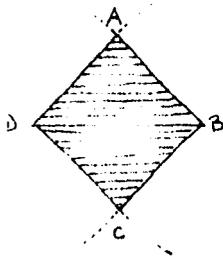
Trazar incisiones lineales paralelas. Serían cuatro líneas, una en cada ángulo del cuadrilátero; añadiendo la resección de cuatro triángulos, cada uno al final de cada línea como se ve en la figura.

Llevar los colgajos a su encuentro y suturar.



3. PERDIDAS DE SUBSTANCIA CUADRANGULARES Y LOSANGICAS

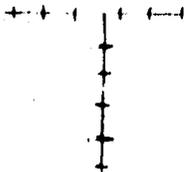
a) Lateralizar dos incisiones curvas divergentes sobre dos de los ángulos opuestos de la pérdida de sustancia, mediante un movimiento céntrico.



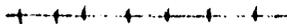
4. PERDIDAS DE SUBSTANCIA CIRCULARES

a) Transportar un triángulo sobre el círculo; cerrar la brecha por aproximación, luego los desbridamientos laterales y libera-

ción de los bordes a distancia.



b) Resecciones triangulares opuestas, la aproximación de los bordes liberados a distancia cierra la brecha.

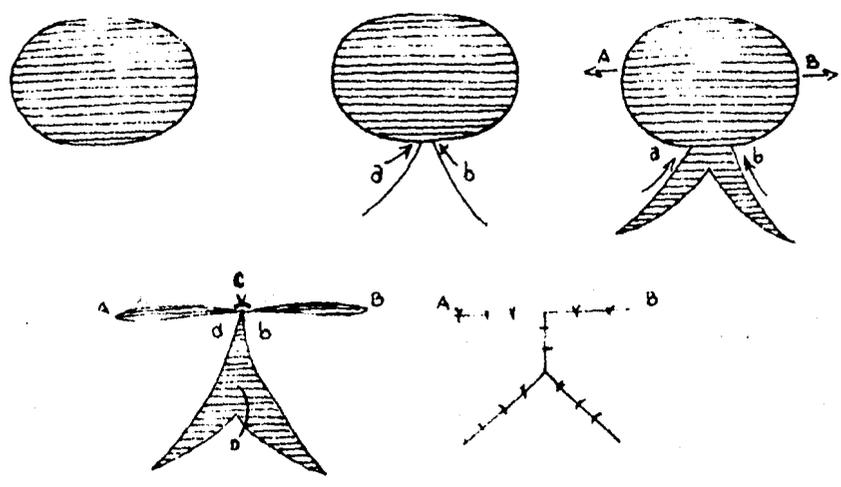


c) Excisión de cuatro pequeños triángulos, aproximación de los bordes liberados a distancia y colmar la brecha.

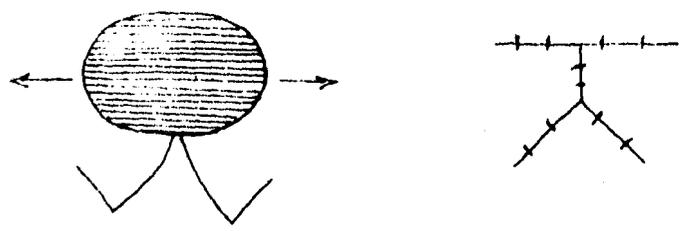


5. PERDIDAS DE SUBSTANCIA OVALES

a) Hacer dos incisiones curvas partiendo de uno de los bordes mayores de la pérdida de substancia en su parte media; liberar los bordes de la brecha y colgajos. Estirar el óvalo traccionando A y B volviéndose casi lineal su borde superior,.. suturar.

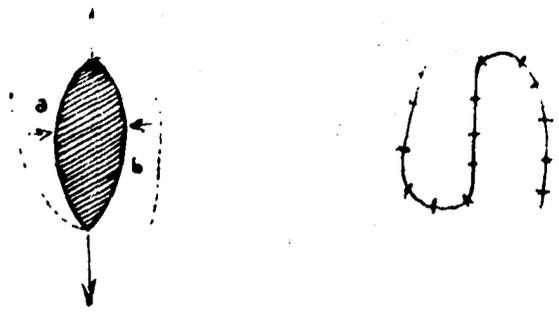


b) Desprender dos incisiones angulares de uno de los bordes mayores de la pérdida de substancia. El procedimiento a seguir es como en el caso anterior.

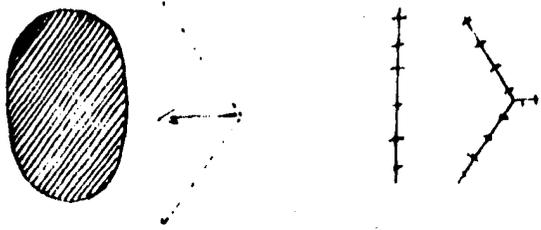


6. PERDIDAS DE SUBSTANCIA FUSIFORMES

a) Las tracciones en sentido opuesto, practicadas en las extremidades de la pérdida de substancia, corrigen los bordes y aproximan mejor los colgajos.

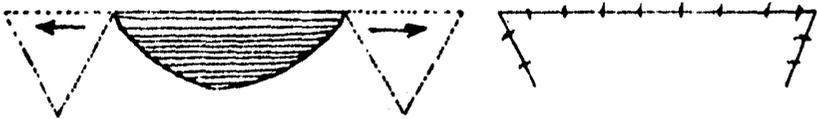


b) Trazar a distancia de la pérdida de substancia.



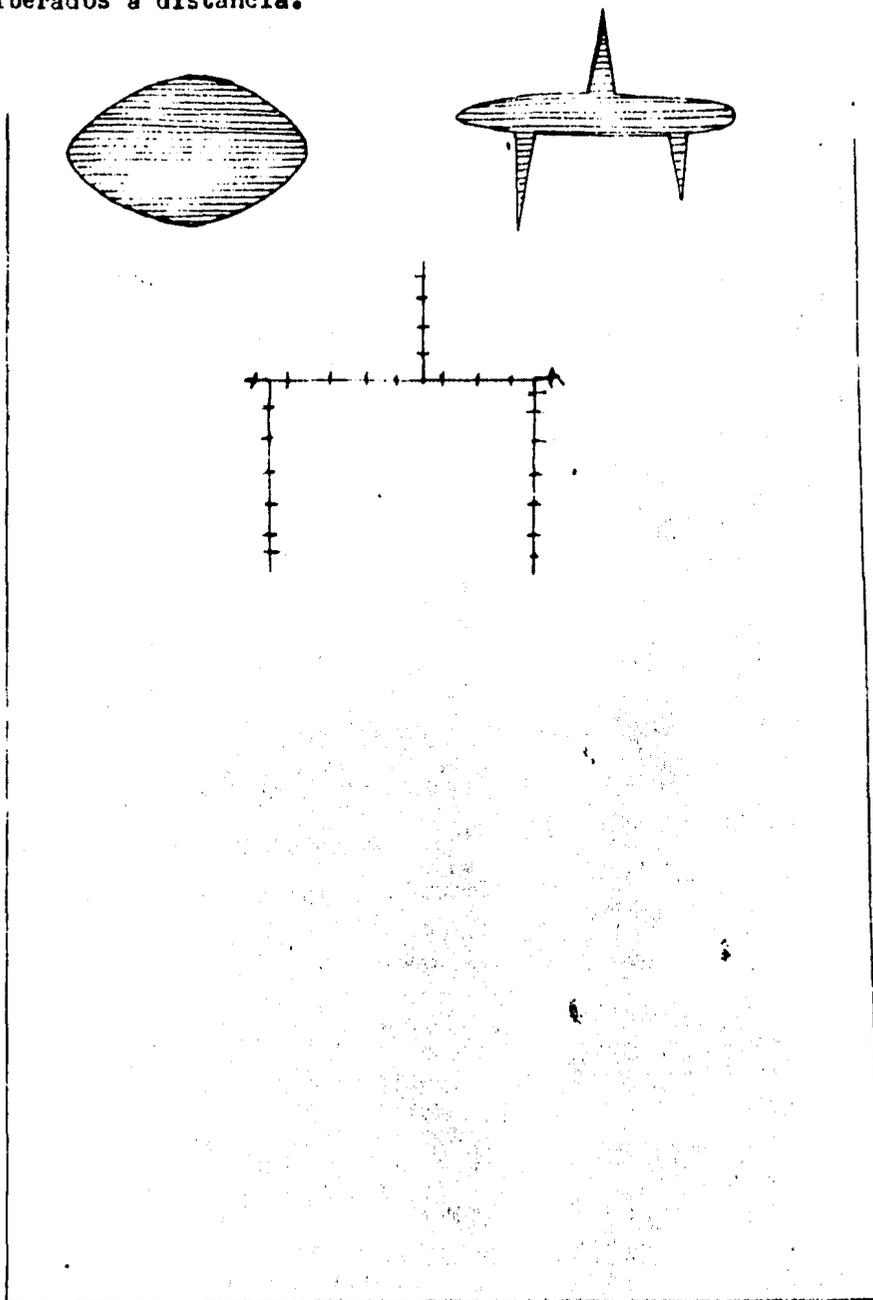
7. PERDIDAS DE SUBSTANCIA CUPULIFORMES

a) Excindir los pequeños triángulos de Burrow, en las extremidades de la pérdida de substancia, cuyo borde curvilíneo se desprende ampliamente. La aproximación de los bordes de dos triángulos permite el relleno.



8. PERDIDAS DE SUBSTANCIA FUSIFORMES IRREGULARES

a) Excisión de tres triángulos de Burow, y aproximar sus bordes liberados a distancia.



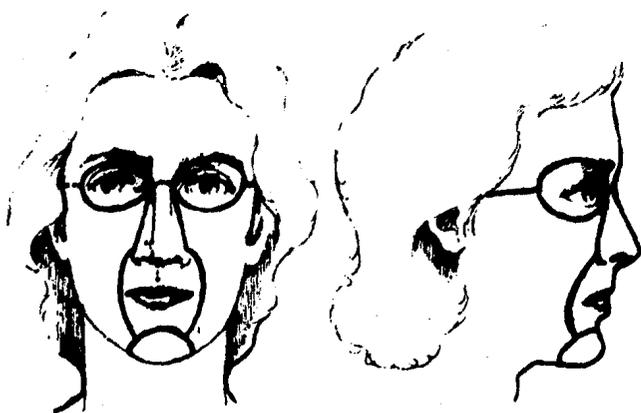
G.- AUTOPLASTIAS A DISTANCIA EN PEDICULO (Injertos libres)

El origen de los injertos libres es muy antiguo.

Siendo la cara del paciente el área del campo en donde las secuelas cicatrizales son más importantes, por la capacidad infuncional y de relación social y emocional que producen, es por eso que le debemos dar especial importancia a las reconstrucciones que se llevan a cabo en esta región.

Antes de mencionar las variedades de los injertos veremos los puntos, que para nuestro tema nos ofrece la "clasificación histológica de los injertos".

La superficie cutánea se divide en regiones anatómo-topográficas, de acuerdo con sus caracteres externos y límites naturales. La superficie cutánea cuenta con 40 regiones básicas; de las cuales le pertenecen a la cara 12 y el resto al cuerpo.



La reparación se va a efectuar por medio de injerto cuando la destrucción o el defecto que motiva la restauración comprende solo la piel, y se realizará con colgajo cuando dicha destrucción o defecto comprende en profundidad hasta tejido adiposo o más allá.

la reparación por medio de injerto se hace con piel seleccionada, semejante en espesor y características histológicas iguales al área por reparar, comprendiendo íntegramente la extensión de la misma. A esto se le llama Unidad Estética Regional.

Al tratar una pérdida de substancia localizada en la cara, se sugiere retirar toda la región substituyendola integralmente, - excepto cuando aquella es menor y puede eliminarse por medio de resecciones progresivas.

Haciendo la reposición cutánea por áreas topográficas completas para mejorar la función y estética regional

UNIDADES ESTETICAS DE PIEL GRUESA	2,000 a 1000 micras
UNIDADES ESTETICAS DE PIEL MEDIANA	1,000 a 2000 micras
UNIDADES ESTETICAS DE PIEL DELGADA	500 a 1000 micras

ESPESOR

ZONA DONADORA

PIEL GRUESA

Mejilla	2,900 micras	Región dorsal	2,500 micras
Mentón	2,500 micras	Región costal	2,600 micras
Nariz (lóbulo)	2,400 micras	Muslo cara int.	2,200 micras
Labio (sup.)	2,300 micras	Región lumbar	2,100 micras

PIEL MEDIANA

Labio (inf.)	1,900 micras	Las mencionadas antes y	
Cuello	1,800 micras	Muslo cara ext.	1,900 micras
Nariz	1,315 micras	Muslo cara ant.	1,800micras
Oreja (anterior -ext)	1,260 micras	Muslo cara post.	1,905 micras
Fronte	1,000 micras	Reg. infraescap.	1,600 micras

PIEL DELGADA

Párpado (sup.)	800 micras	Las mencionadas antes y oreja ant-ext
Oreja (post-int)		Brazo cara int.
Párpado (inf.)	700 micras	Región supraclavicular

Existen otras áreas de cuyos caracteres histológicos y grosor -

no adecuados para una buena restauración, pero por su visible localización se consideran de segunda elección.

Histológicamente:

Epidermis.- Es muy delgada, casi invisible a simple vista; su grosor está compuesto por: espesor, cornificación, stratum spinosum, pigmentación, caracteres de la superficie, perturbaciones patológicas.

Dermis.- Capa resistente de la piel por su espesor y abundancia en tejido conectivo. Diez veces más gruesa que la epidermis.

Consta de: espesor, papilas, tejido conectivo, presencia de células, elementos musculares, elementos nerviosos, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, folículos pilosos, pigmentación, vascularización, profundidad de elementos epiteliales (folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas), perturbaciones patológicas.

Hipodermis.- Tejido adiposo, tejido muscular, vascularización, elementos nerviosos, folículos pilosos, glándulas sebáceas, --- glándulas sudoríparas.

Hasta aquí con estos datos, podemos aumentar nuestras posibilidades para evaluar las características del injerto según su espesor histológico, sus caracteres de evolución, y para determinar el aspecto final que tendrá la piel injertada.

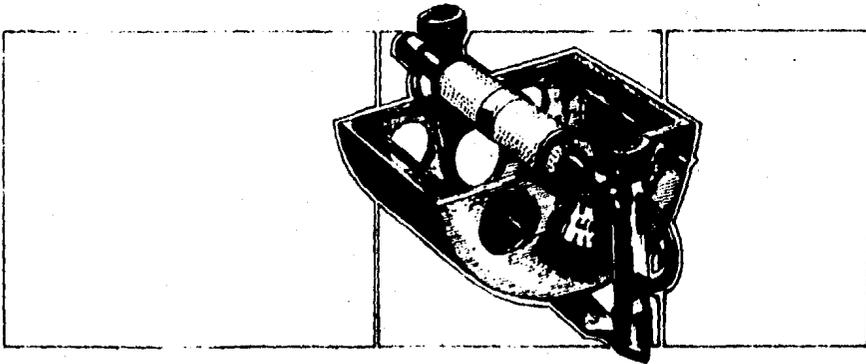
Se distinguen dos tipos de injertos:

- 1º Injertos dermoepidérmicos de OLICH-THIERSCH
- 2º Injertos a piel total de WOLFE-KRAUSE

INJERTOS DERMOEPIDERMICOS

El material se obtiene por excisión, comprendiendo el epitelio y un espesor mayor o menor de dermis, según las necesidades. Esta se practica con unas navajas comunes para pequeños injertos o con el dermatomo, este último perfeccionado por Padgett, para excindir grandes colgajos dermoepidérmicos de superficie y espesor exactos.

DERMATOMO DE PADGETT



Está constituido esencialmente por un semicilindro de superficie estriada, sobre cuyo eje está montada una pieza que lleva la lámina.

El cilindro lleva aplicada a su superficie una substancia adhesiva especial la cual será aplicada a la piel a excindir, donde el operador gracias a la substancia puede elevar la piel, mientras imprime el cilindro un movimiento de rotación, al mismo ti

empo, la lámina animada por un movimiento de vaivén talla la piel que se le ofrece sostenida por el elemento adhesivo.

A medida que la operación progresa el colgajo se enrolla sobre el cilindro, al que permanece adherido.

Se obtiene así una barra dermoepidérmica de la longitud y anchura del tambor y cuyo espesor es determinado por tornillos micrométricos que alejan o aproximan la lámina al tambor.

Actualmente han aparecido en el mercado dermatótomos eléctricos; estos aparatos permiten excindir colgajos de 25 x 12 cm. o más. El movimiento de la hoja es causado por un motor eléctrico; el espesor del injerto se obtiene por la presión ejercida y el reglaje previo del aparato.

Estando el injerto fijado en su sitio, debemos darle presión -- continua mediante Spontex, stents, esponjas, compresas dobladas sobre si mismas, hemostasia y fijación perfecta, sirviendo así mismo los hilos para mantener el material de presión y asegurar el drenaje de sangre y serosidades prominentes de la herida.

La técnica.- Preparación de la zona receptora, que debe ser aseptica, excisión de las granulaciones y del tejido cicatrizal. Tallado del injerto en el sitio elegido (recordemos preveer una retracción de un tercio).

Implantación del injerto.- Extender el injerto sobre una compresa envaselinada y tallarlo de acuerdo con la forma de la pérdida de substancia y de una dimensión tal que exceda dicha pérdida en todo sentido en $\frac{1}{2}$ cm. Suturar con seda fina, lino o mejor con nylon, por lo menos de cm. en cm. conservando uno de los extremos del hilo para mantener el taponamiento compresivo.

Los inconvenientes del injerto son la frecuente falta de armonía

a.

Aquí es posible injertar colgajos provenientes de otra persona (padre, madre), bajo la forma de homoinjertos, estrictamente -- provisionales, porque se eliminan al cabo de cierto tiempo, pero su papel a título de emergencia es notable.

INJERTOS DE PIEL TOTAL

Comprenden el revestimiento en todo su espesor, separado en masa del lecho donante y previamente circunscripto con bisturí. Teóricamente es el más satisfactorio, porque en un solo bloque aporta todos los elementos de la piel, teniendo todas las ventajas de los injertos dermoepidérmicos, más el espesor.

Se implantan de la misma manera con las mismas precauciones e idéntico rigor técnico, sobre todo la compresión.

Pero a causa de su espesor, prende mucho menos bien; pues la nutrición por imbibición en la cara profunda se ve obstaculizada, tanto más cuanto que está revestida dicha cara por tejido celular-adiposo del hipodermis, que es necesario excindir cuidadosamente con bisturí o tijera, de modo que se forme una superficie cruenta en el dermis. A pesar de todas estas precauciones, prenden a veces en forma incompleta, y la cicatrización secundaria ayuda a llenar la brecha, con todos sus inconvenientes.

Aun cuando prenden estos colgajos se retraen, a veces se acartan y a menudo se colorean y cierto es que también ayudados por los agentes físicos posteriormente se flexibilizan y armonizan con la región, esto ocurre en el mayor número de casos.

Mientras más pasa el tiempo se renuncia más a los injertos mínimos del tipo DAVIS, tallados con bisturí o tijera después

de haber elevado un pequeño cono de piel, mediante un gancho o una aguja. No prenden mejor que los colgajos y dan un resultado menos rápido y completo.

El post-operatorio de los injertos de WOLFE es simple.

El material de sutura está constituido por crines de florencia muy finas, por hilo de nylon.

Los puntos de sutura se retiran en un corto plazo y no deben renovarse con frecuencia las curaciones, si no hay infección o hematoma, lo mejor será no tocar la herida hasta el momento de retirar los puntos de sutura.

IV. AUTOPLASTIAS MUCOSAS Y MUCOSA-CUTANEAS

Las lesiones de la mucosa bucal se tratan por los procedimientos antes mencionados a propósito de la piel: Métodos francés, indiano, por colgajos pediculados, plásticas en Z, ..etc. Todos estos métodos son válidos para una pequeña brecha porque la superficie mucosa es reducida y debe conservarse su amplitud, a causa de la fisiología bucal, a base de elasticidad y flexibilidad, pero generalizando; para compensar una pérdida de sustancia de la mucosa bucal recurrimos a los injertos libres de piel

A veces se apela a los colgajos cilíndricos migratorios, cuando la lesión no ha dejado substratum suficiente para construir el lecho de un injerto libre dermoepidérmico, o a un colgajo pediculado a la indiana.

Cuando coincide la brecha mucosa con una destrucción de los planos superficiales y aun del esqueleto, la boca comunica con el exterior a través de una perforación yugal, por ejemplo de dimensión variable. La reconstrucción del plano mucoso es indispensable y se realiza al mismo tiempo que la autoplastia superficial, sea que un colgajo mucoso pueda ser desplazado por el método francés o indiano, pero esto es raro, sea que se lo reemplace por un colgajo de piel de la vecindad vasculado sobre la brecha, cara cutánea hacia la cavidad bucal; el colgajo de reemplazo cutáneo viene a recubrirlo, ya se trate de un colgajo de reparación superficial doblado por injerto dermoepidérmico, por doblado sobre sí mismo en su extremidad, o bien de un colgajo cilíndrico formando las dos caras.

En resumen: A la falta de mucosa bucal, los injertos cutáneos -

permiten obliterar las pérdidas de substancia, con un resultado funcional satisfactorio.

V. LOS INJERTOS PROFUNDOS

Como se dijo en un principio, siempre ante todo hay que reaver los tejidos y órganos a reemplazar o a restaurar, digamos, tejido céllulo-adiposo, los músculos, las aponeurosis, los elementos vasculares nerviosos, los huesos y cartílagos.

Claro es, imposible practicamente restaurar los elementos no -- bles, activos, músculos, vasos y nervios en particular; en cambio, el hueso se presta bien a la reconstrucción, no solo en su forma sino también en su función.

MATERIALES DE LOS QUE DISPONEMOS

1.- Materias orgánicas vivas:

cartílago
tejido céllulo-grasoso
dermis
tejido aponeurótico

2. Materias orgánicas muertas

hueso
cartílago
aponeurosis-tendones
marfil

3.- Materias inorgánicas

caucho
metales
resinas sintéticas

1.- MATERIAS ORGANICAS VIVAS

Lo ideal en una reconstrucción de un tejido, es obtener, en la vecindad de este mismo el tejido de la misma calidad; pero en general es difícil alcanzar este ideal, siendo por lo tanto, na

cesario obtener tejido de reemplazo ya sea dado por el mismo sujeto u otro de la misma especie, auto u homoinjerto respectivamente, o bien obtenerlo de un animal, heteroinjerto.

A. Autoinjertos

a) Tejido célula-adiposo. Para compensar una depresión del plano profundo, es posible obtener una masa de tejido célula-adiposo de volumen determinado a nivel del abdomen, por ejemplo. Así por ejemplo: podemos devolver su morfología normal a la región infraorbitaria, malar o mentoniana practicando un ojal cutáneo y previa disección del plano superficial.

El tejido grasoso constituye un material plástico por su maleabilidad y abundancia en los sujetos normales.

El procedimiento con este material tiene como ventaja ser fácil, y no deja trazas notables, ni en la zona donante ni en la zona receptora; pero es preciso saber que este tejido injertado a veces se lisa en parte y, que al cabo de cierto tiempo, puede --- llegar a desaparecer en gran proporción.

Algunas veces se usa este tejido para determinar el valor de -- los planos de revestimiento cuando son superficiales, o susceptibles de necrosarse después del clivaje.

Si el injerto se reabsorbe, habrá servido por lo menos provisoriamente para preparar la posterior resección de un tejido estable y definitivo, óseo o cartilaginoso.

Se ha tenido la oportunidad de emplear un tejido más resistente, fibroso o escleroso, proveniente de la cicatriz de una intervención de hernia o de apendicectomía, por ejemplo, cuya degmis se excindió; el injerto así obtenido se lisa menos que el tejido normal.

b) Dermis. La dermis proporciona excelentes injertos de relleno y se puede decir que casi no se reabsorbe.

Para su obtención se levanta una delgada capa dermoepidérmica -- de la zona donadora, sin excindirla totalmente. Por abajo se -- puede tallar una banda dérmica de acuerdo con las necesidades, procediendo a cerrar posteriormente la brecha por reposición en su sitio de la cubierta epidermo-dérmica, que se sutura cuidadosamente y se trata como un injerto libre.

El colgajo dérmico puede ser inmediatamente implantado en las -- depresiones resultantes del clivaje de los planos superficiales en la zona hundida.

c) El tejido aponeurótico. Se le dan las mismas indicaciones -- que a la dermis, y su obtención es más fácil que la de la dermis.

La aponeurosis que más se emplea se encuentra a nivel de los -- muslos, es la fascia lata. Esta aponeurosis larga y ancha, proporciona injertos laminares, que se utilizan sobre todo en bandas de un cm. de ancho por 25 o 30 cms. de longitud, para el -- tratamiento quirúrgico de la parálisis facial. La aponeurosis -- es prácticamente inalterable en vivo.

d) Elementos vasculo-nerviosos. Escapan casi por completo a la reconstrucción. Es posible desplazar, trasponer vasos y nervios así como injertarse elementos vasculares y nerviosos, pero con excepción de algunos casos de injertos nerviosos para combatir la parálisis facial. Cuando existen algunos de estos elementos en destrucción, el cirujano no busca reemplazo de estos, sino g

nicamente compensar, en la medida de lo posible, el déficit funcional que de ello resulta.

e) Las glándulas salivales. Si las glándulas parótida y submaxilar están destruidas son imposibles de reemplazar. Se trata de tejidos muy diferenciados cuya destrucción es seguida por una cicatrización en que los tejidos son sumamente fibrosos.

Al contrario los conductos excretores después de su destrucción "parcial" pueden recuperar la permeabilidad directamente si es posible la sutura, si no por trasposición o acortamiento de su trayecto. Si esto no fuera posible, habría que crear un nuevo conducto para drenar la saliva y en epidermizarlo extemporáneamente o sobre todo secundariamente.

f) El cartílago y el hueso. Con estos materiales nuestras posibilidades son grandes, el hueso y el cartílago son los materiales de elección. Son especialmente los elementos de sostén de la cara.

El cartílago se encuentra abundantemente a nivel del plastrón costal, en la zona condrocostal que une las costillas con el esternón.

Su exposición es fácil e inofensiva a condición de evitar tres escollos: la pleura, el peritoneo y las arterias intercostales; la herida del peritoneo es la menos molesta para el cirujano. Si necesitamos poco cartílago, es mejor recurrir al tabique nasal o al pabellón de la oreja, que a la parrilla costal. La excisión nasal se conduce como una resección submucosa del tabique; en cuanto al pabellón auricular, su área cartilaginosa se

denuda y reseca.

Se ha comprobado que el cartílago es bien tolerado, permanece vivo y solamente se elimina si se infecta por maniobras intempestivas y, sobre todo, si se le implanta en tejidos en los que evoluciona una flora microbiana.

En la cara, particularmente en la nariz, el lecho del injerto lo debemos de poner absolutamente al abrigo, protegido por una mucosa bucal intacta; a nivel del mentón deberá encontrarse lo más lejos posible del vestíbulo bucal, cuya mucosa no deberá ser perforada.

El cartílago no se fusiona, pero contrae adherencia con los otros tejidos. Si al cabo de algunos meses se quiere retirar un injerto nasal es preciso clivar el tejido en que está alojado, lo que no es difícil en general; las adherencias existen, pero no son muy resistentes.

Es un hecho que el cartílago no se suelda con el hueso; SEBILIAU probó que los injertos cartilagosos realizados por MORESTIN para tratar la pseudoartrosis se comportaban solamente como inclusiones, adhiriendo al hueso por medio de tejido fibroso; en vez de una pseudoartrosis laxa, Morestin obtenía dos pseudoartrosis densas. En suma, obtenía la corrección morfológica, pero no la continuidad ósea.

Raramente se usa el cartílago para devolver su aspecto a la cara, para reconstruir los contornos y las formas a nivel de la órbita o del mentón, por ejemplo. Es preferible el hueso, cuya obtención no es más difícil y que suelda con el hueso, poniendo al paciente a cubierto del riesgo posterior de la movilidad de los injertos cartilagosos.

El tejido óseo como acabamos de ver, para este fin es superior al cartílago; se lo puede obtener en cantidad a nivel de las -- costillas, de la tibia o del hueso coxal.

Un fragmento de costilla tiene la forma para reemplazar una rama horizontal de un maxilar inferior. La tibia ofrece una superficie a la excisión y es capaz de proveer trozos flexibles o láminas resistentes. El coxal proporciona abundante hueso esponjoso con una cortical delgada, muy fácil de trabajar, en el es posible tallar una rama horizontal, un ángulo mandibular, una arista nasal. El hueso esponjoso se adapta mejor a su lecho y se defiende mejor que una lámina gruesa de tejido cortical.

Los injertos óseos tienen tres formas diferentes: Láminas osteoperiósticas flexibles de DELAGENIERE, fragmentos macizos de ALBEE, pequeños fragmentos múltiples colocados en mosaico y hasta papilla de hueso.

Como se dijo a propósito del cartílago, la asepsia para el injerto es estrictamente indispensable. El injerto debe ser colocado entre la mucosa y la piel estando la primera absolutamente intacta, debiendo ser la segunda de buena calidad y herméticamente suturada; entre ambas debe crearse un lecho confortable para el injerto, a cubierto del riesgo de hematomas.

Para que no haya reabsorción del hueso injertado a parte de la asepsia y el aporte nutritivo, está también el contacto óseo, -- por lo menos en una extremidad y la inmovilización rigurosa.

B. Homoinjertos

El material de injerto puede ser provisto por otro sujeto diferente que el receptor, preferentemente del mismo grupo sangui -

neo; y dichos materiales podrán emplearse extemporáneamente o después de su conservación por los procedimientos clásicos, especialmente por el frío.

Las posibilidades son grandes en este sentido, puesto que los bancos de huesos y de cartílago los tienen en abundancia.

2.- MATERIAS ORGANICAS MUERTAS

a) El tejido óseo. Se usaba bajo la forma de injertos "muertos" provenientes de un sujeto fallecido.

b) El tejido cartilaginoso. Puede ser empleado en estado de cartílago muerto; se puede emplear cartílago de ternero fresco, -- después de haberlo tenido en agua hirviendo durante algunos minutos.

c) El marfil. El marfil ha sido casi totalmente abandonado.

3.- MATERIAS INORGANICAS

Aquí no se trata de injertos, más bien son inclusiones internas de metales y materiales plásticos. Estos materiales estaban de moda a fines del siglo pasado (MARTIN).

Se dice que las inclusiones son toleradas cuando están fuera de infecciones de origen mucoso y cutáneo.

En 1914 tuvieron éxito las inclusiones de placas metálicas perforadas para ocluir brechas craneanas. Sebilleau, demostró que en general es imposible incluir en la nariz una prótesis compli

ta que se mantenga libre de toda contaminación proveniente del exterior o del interior, puesto que hay excepciones, dijo, pues se dan citas de armaduras metálicas que se han mantenido.

Los hilos metálicos se han tolerado también, pero se está a merced de una eliminación. De los metales el tántalo parece ser el mejor tolerado.

El caucho en hojas o vulcanizado fué abandonado por las resinas sintéticas, desde luego tuvo su momento.

Las resinas acrílicas es el material inerte mejor tolerado por los tejidos por su inercia física y química, por su liviandad, por su solidez aun en pequeño volumen, por carecer de porosidad y su fácil pulimento, además de que su preparación es muy fácil.

Pero la preparación del lecho y la implantación deben ser muy rigurosas; requieren estar perforados al máximo, para compensar su falta de adherencia a los tejidos con la penetración de éstos, que se introducen en las perforaciones y suprimen los espacios muertos.

Sin embargo, a causa de las complicaciones, a veces tardías, las inclusiones de resinas tienden a ser abandonadas por algunos cirujanos.

VI. AUTOPLASTIAS SEGUN LAS REGIONES

Teniendo conocimiento de las autoplastias y de sus indicaciones, podemos abordar el tema de la aplicación de estas en los diferentes sectores de la cara que nos interesan.

Ya elegida la técnica más indicada (eclecticamente, en lo personal), no olvidemos clasificar la textura y morfología de la región a restaurar.

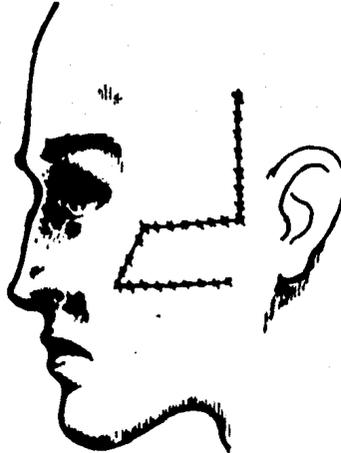
a) LA MEJILLA (GENOPLASTIA)

Pueden ser necesarias autoplastias inmediatas en la mejilla, como en las demás regiones de la cara o extemporáneas después de la excéresis de un tumor maligno, o consecutivas a una herida traumática, o por el contrario tratarse de un acto de cirugía reparadora causado por una pérdida substancial geniana, originada en la excéresis quirúrgica de un neoplasma, pero cicatrizada hace mucho tiempo.

En las heridas de origen traumático, el acto restaurador interviene hasta que la cicatrización de la herida ha terminado. Esta regla de intervención tardía en la región geniana tiene algunas excepciones, por ejemplo en el curso de excéresis tumoral no muy extenso, en tal caso se puede realizar una autoplastia inmediata. (ver figura siguiente)

En las heridas de la mejilla, cuando los destrozos no son muy extensos y no se tiene una infección, se puede proceder a la autoplastia inmediata. Sin embargo, hay que ser reservado, a causa del posible peligro de infección secundaria, que es lo habitual cuando la herida de los tegumentos comunica con la boca.

**Genoplastía a colgajo
temporal**



Las pérdidas de substancia o cicatrices de la región yugal se clasifican así:

- 1) Pérdidas de substancia exclusivamente cutáneas (no la mucosa yugal, es decir sin establecer comunicación de la boca con el exterior) o cicatrices viciosas.**
- 2) Pérdidas de substancia mucosas.**
- 3) Pérdidas de substancia completas o perforaciones.**
- 4) Pérdidas de substancia completas que interesan también el esqueleto.**

1) Pérdidas de substancia cutáneas

La brecha y la ulterior cicatriz viciosa interesan únicamente - el plano superficial externo, piel y tejido celular subcutáneo. Cualquiera que sea la lesión cicatrizal, siempre es inestética. A causa de sus adherencias, rígidas, determina trastorno fun -

cional de la mímica, de los movimientos de los labios o de los párpados.

El primer tiempo de la intervención será la resección, la excéresis de este tejido cicatrizal, esta excéresis deberá de ser prudente y minuciosa; en ningún caso deberá perforarse el plano mucoso-bucal; después de practicada deja una brecha que es preciso llenar.

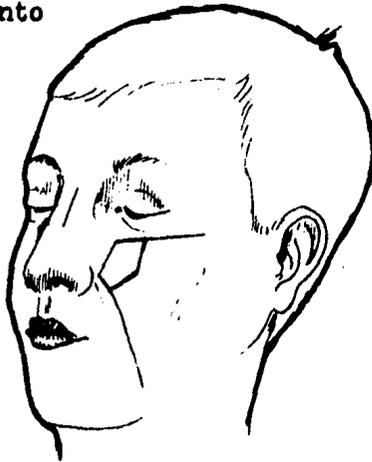
El método autoplástico, será el que mejor convenga a la extensión y la situación de la pérdida de substancia.

A.- Método francés (Autoplastia por disección y deslizamiento). Utiliza la elasticidad del tejido superficial liberándolo de -- los planos profundos en la mayor extensión posible. MORESTIN -- llevaba esta nivelación mediante intervenciones sucesivas de modo que en las regiones vecinas a la autoplastia no quedaban huellas aparentes.

En la mejilla la disección y el deslizamiento se efectúan a expensas de las regiones situadas por debajo de la pérdida de --- substancia, porque la zona maseterina, el maxilar inferior y la región submaxilar poseen una gruesa trama de tejido célula-adi-
poso, que permite la liberación mucho mejor que las regiones ma-
lares y cigomáticas. En este tipo de intervenciones es posible evitar peligros por los filetes del nervio facial y los vasos, generadores de hematomas.

Este método tiene la ventaja de no dejar cicatrices suplementarias; pero es difícilmente aplicable en las zonas periorificiales que pueden deformarse por la tracción.

Genoplastia por deslizamiento
(Nelaton y Ombredanne)



B.- Método indiano (autoplastia mediante colgajos pediculados y su rotación al rededor del eje).

Consiste en la obtención de un colgajo, en la vecindad. Es indispensable cuando no se pueden afrontar los labios de la herida; cuando se trata de pérdidas de substancia tegumentarias extensas, ya interesen el revestimiento cutáneo solamente o a la vez la piel, la parte profunda y la mucosa bucal.

El colgajo pediculado basculado puede provenir de las regiones: temporal, frontal, submaxilar, cervical y aun de la región yugal.

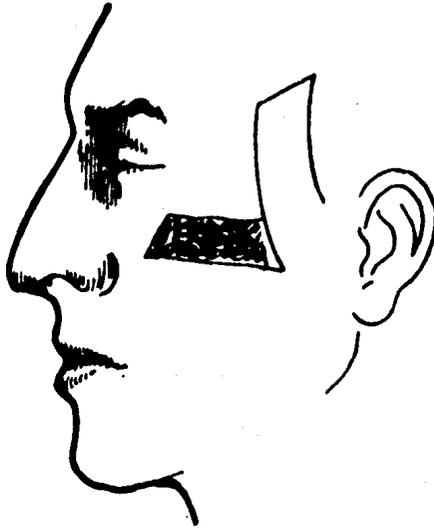
a.- Colgajo temporal. Pueden tallarse dos tipos de colgajo temporal, según se trate de una substancia no muy deprimida, de un caso de cicatriz superficial o, una depresión profunda, sobre todo de la región malar o submalar.

En el primer caso: Pérdida de substancia o cicatriz sin depresi

ón profunda. Se talla en la región temporal un colgajo vertical a pedículo antero-posterior, que luego se rota 90° sobre su eje para llevarlo a la posición horizontal. Si se trata de reparar la región geniana media o inferior, la rotación puede alcanzar a los 180°.

Primer tiempo: Excisión de la cicatriz viciosa

Segundo tiempo: Tallado del colgajo temporal



Tercer tiempo: Bascamiento del colgajo por torsión del pedículo.

Cuarto tiempo: Sutura del colgajo en posición correcta, para llenar la pérdida de substancia (Fig. de la pag. 53).

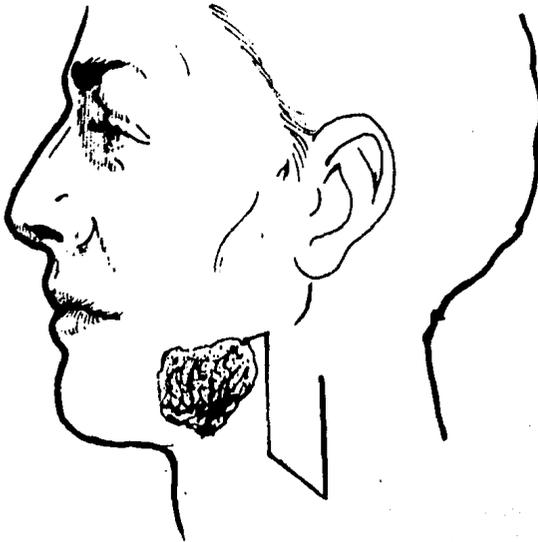
Quinto tiempo: Disección y aproximación de los tegumentos en la zona de toma (región temporal), sutura parcial, y si es posible sutura total; si no lo es, hay que cerrar la pérdida de substancia todo lo que se pueda y dejar el resto a la cicatrización secundaria. Se acompañará de una cicatriz, y es mejor recubrir la

zona cruenta residual con un injerto dermoepidérmico. En los -- dos casos se puede ulteriormente reducir los trazos al mínimo -- por excisión y aproximación.

Los fracasos son raros dada a la enorme vascularización de la -- zona.

— En el segundo caso, cuando la cicatriz se acompaña de depresi-- sión muy profunda, lo que habitualmente resulta de una pérdida de substancia del esqueleto (más adelante lo veremos).

En las genoplastías (método indiano) también el colgajo suele -- obtenerse de la región cervical; el pedículo como en el método precedente es posterior en relación a la pérdida de substancia; el colgajo se talla en la región submaxilar o carotídea, y la -- rotación del pedículo se efectúa de abajo a arriba, y de atrás a adelante; la inclinación o la torsión varía según los casos. Los tiempos no difieren de los de la genoplastía a colgajo tem-- poral, nada más que en la situación de la zona detoma.



Genoplastía a colgajo cervical

b.- Colgajo frontal. Puede ser estrictamente frontal, a pedículo supraorbitario o interciliar; su aplicación es muy limitada, y se utiliza para la zona alta de la mejilla, paranasal e infraorbitaria solamente.

C.- Método húngaro. Es preciso saber utilizar la curva de rotación y los triángulos de aproximación, llegándose a recubrir -- sin tracción brechas bastante amplias; es una técnica muy útil también cerca de los orificios naturales, boca, nariz (narinas) y párpados.

Como el método indiano aporta tegumentos, estos parecidos a los faltantes, sin embargo, da una cicatriz que es mucho menos visible que la del colgajo indiano si se la sabe disimular en un -- pliegue o una curva natural. En la cara no se puede utilizar para pérdidas de substancia que excedan el tamaño del diámetro de una pelota de ping-pong.

D.- Método italiano. La técnica ya la revisamos en las generalidades de los métodos autoplásticos.

A pesar de los medios de inmovilización perfeccionados que se utilizan, la posición del brazo durante 15 días es muy penosa, - da resultados excelentes a cambio de un pequeño sacrificio, al cual los pacientes se someten a él no de buen agrado.

Uno de los inconvenientes del colgajo italiano es su relativa brevedad y el hecho de que una parte de su cara profunda queda cruenta, y la herida dadora muy a menudo incompletamente recubierta: el agregado del colgajo cilíndrico, que le sirve de pedículo, atenúa estos inconvenientes.

Colgajo cilíndrico.- Se le talla y da su forma sobre el brazo, siendo transportado a la cara, por el mismo proceso que el colgajo italiano puro; su extremidad libre se extiende y aplica sobre la brecha a llenar.

Es más fácil de adaptar el colgajo mixto italiano y cilíndrico, que en suma no es más que un colgajo cilíndrico a espátula.

INJERTOS LIBRES

a) Dermo-epidérmicos de OLLIER-THIERSCH

b) De piel total de WOLFE Y KRAUSE

a) El injerto dermo-epidérmico. La pérdida de substancia se llena, pero debido a la delgadez del injerto con relación a los bordes de la herida a recubrir, resulta una depresión inestética.

Por otra vez la coloración es satisfactoria; sin embargo a causa de su fácil obtención los colgajos dermo-epidérmicos prestan grandes servicios en las reconstrucciones del revestimiento superficial, requeridas especialmente por las quemaduras.

2) Pérdidas de substancia mucosa

Si la pérdida de substancia es mínima, se la puede obliterar -- por aproximación, previo clivaje, método francés, o por un colgajo a la indiana, difícil de tallar a causa de la flexibilidad de la mucosa y de la laxitud de los planos sub-adyacentes, que hacen que la mucosa escape bajo el bisturí.

Si la pérdida es grande, será preciso aportar material, que no puede ser otro que piel bajo la forma de colgajos dermo-epidérmicos.

Los injertos pueden ser libres o pediculados.

Tallado sobre la mucosa labial (fig. 1) o yugal (fig. 7). El plano se toma por las pinzas-tornillo (fig. 1,a). Para la extracción, amarramos el colgajo, por sus cuatro ángulos, mediante ansas de hilo que sirven después para la tracción y tienden la mucosa (fig. 7,a). El colgajo se toma con bisturí que delimita su superficie y con tijeras que clivan en profundidad, o con el dermatomo de Da Silva. Los bordes del lecho de toma deben ser aproximados tanto como sea posible después de la extracción.

Los injertos pediculados. Pueden ser unipediculados o bipediculados, se los utiliza en la vecindad inmediata, en los labios en particular.

El pedículo único generalmente es posterior y el colgajo, cuyo largo no debe sobrepasar el doble de su ancho, es horizontal u oblicuo hacia arriba o hacia abajo según su punto de partida y el lugar de utilización. Es en general un colgajo yugal (fig. 2) o vestibular destinado a los labios.

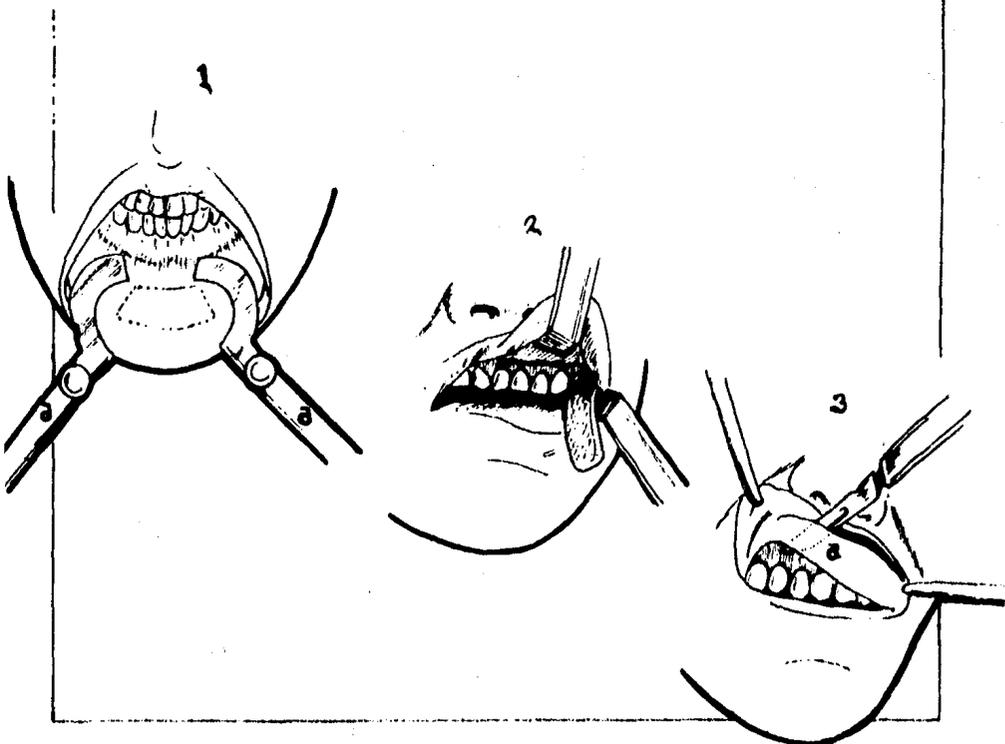
El colgajo bipediculado en ansa (SEBILEAU). Se toma con bisturí y con tijeras de un labio, destinado al labio opuesto (fig. 3,a y 4,a). La longitud puede ser más o menos, tres veces el ancho. Para su utilización los colgajos son girados al rededor de sus charnelas (fig. 4,b); la superficie cruenta del lecho se sutura inmediatamente (fig. 4,c).

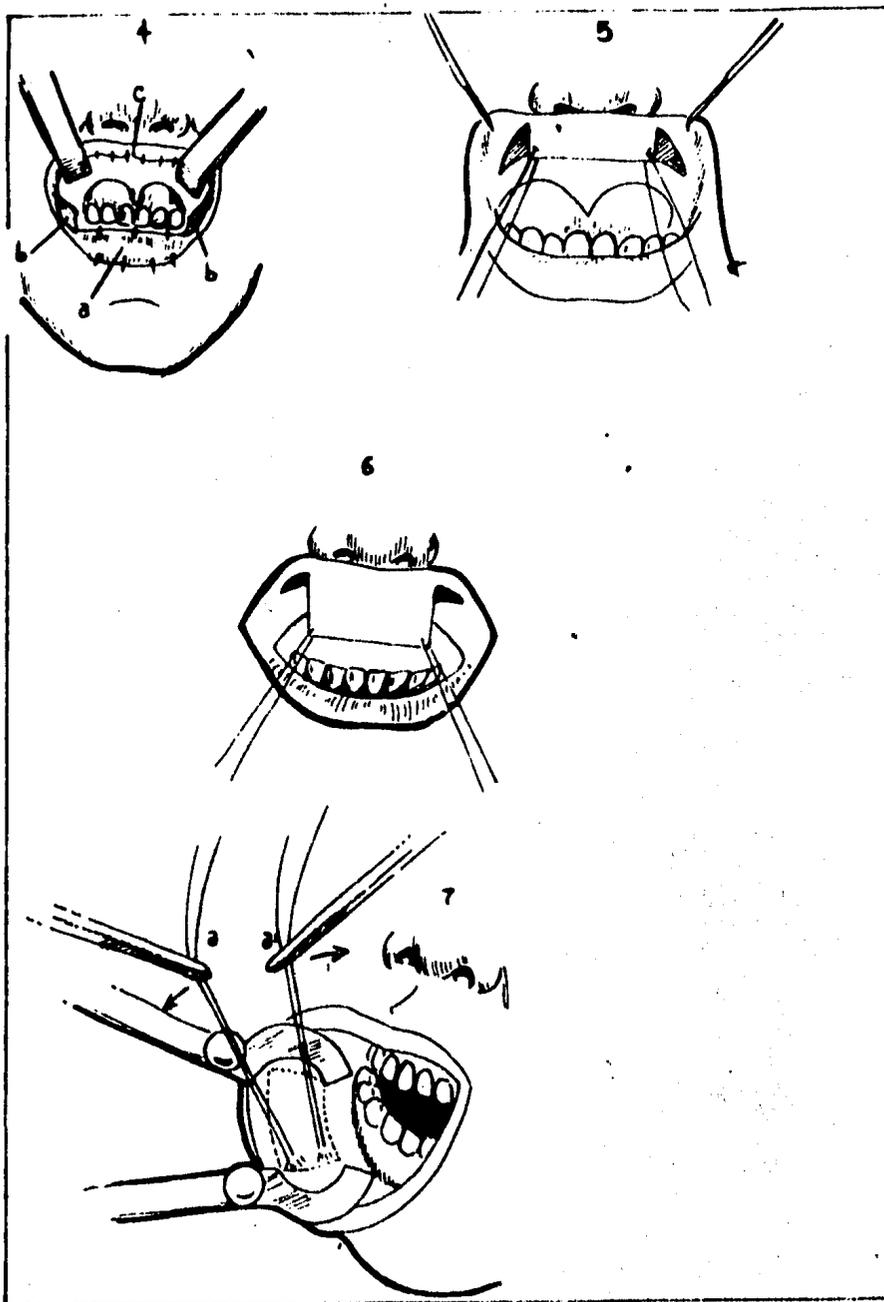
El colgajo puede ser en "cortina" (L.DUFOURMENTEL). Se talla según

bre la cara interna de un labio, en forma de U muy alargada de pedículo marginal, deteniéndose a un cm. del borde libre del labio (fig. 5). Debe ser grueso, comprendiendo mínimo dos mm. de tejido submucoso, bien librado en toda su extensión. En el momento de utilizárselo, dos ansas de hilo lo amarran y lo conducen hacia el lugar de utilización (fig. 6) mientras que dos ganchos despliegan el labio. (fig. 5)

La pérdida de substancia del lecho queda así casi lineal; se cierra con puntos simples en sus extremidades y con puntos profundos, bajo la "cortina".

Nota: Son intervenciones bastante hemorrágicas e imponen una hemostasia minuciosa y fácil mediante coagulación, ayudada por las pequeñas prensas para labio. (fig. 7)





INJERTOS DE REEMPLAZO PARA LA MUCOSA BUCAL

Con los injertos cutáneos libres, los que compensan la pérdida de substancia o de la mucosa bucal. El tipo de esta restauración es el llamado "epithelial inlay" (incrustaciones epiteliales), destinados a tapizar las brechas provenientes de la creación de los vestíbulo bucales, rellenos de cicatrices o de heridas. En el siguiente caso a tratar se observa que no hay surco vestibular (fig. 1,a). La aparatología es muy difícil.

Técnica:

Se incide con bisturí paralelamente al maxilar, algo por fuera de su borde externo, extendiéndose sobre todo el largo del **vestíbulo relleno**. Continuar con tijeras que desbridan y clivan en profundidad sobrepasando ligaramente los límites del **vestíbulo normal** (figs. 4 y 5). Evitar la denudación y legrado del hueso.

De este modo se obtiene una cavidad ampliamente abierta (figs. 4,a y 5,a) que descubre el lado externo del maxilar y lo separa de la mejilla, cuyos movimientos se liberan, de acuerdo con lo propuesto, ya que el lugar está hecho para dotar al paciente de una prótesis dentaria.

PROTESIS PREOPERATORIA: Un aparato protético es necesario para mantener en su sitio la incrustación de epitelio y después la pieza de reemplazo destinada a conservar la cavidad injertada abierta, hasta la colocación del aparato definitivo.

El aparato comprende dos partes: incisos a y b

a).- Una gotera, generalmente bivalva, de plata colada (fig. 2,-a). De modelo variable y según el estado de la dentadura, fijada la víspera de la operación por los tornillos y el cemento de

65

de gotera de concavidad inferior corresponden a los de la -
curso de la operación, a una
tornillos (fig. 2, byc).

amos la mejilla y la vertiente externa
separador de rama larga (fig. 6,a).

La masa de material de impresión, ablandada en a --
ente. Se hace una bola ovoide de volumen correspondien-
a la brecha y se introduce progresivamente hasta que desbor-
da. Se le cubre en seguida con la cub : fuertemente apoyada. -
El Stens ablandado (material de impresión) penetra en las perfq
raciones y queda así fijado. Quitar las rebabas y alisar los --
bordes, dejar endurecer (fig. 6,b).

Colocación de la incrustación epitelial. Levantar la masa mol -
deada (fig. 8,a) sin deformarla; regularizar ligeramente su for-
ma, recubrirla con un injerto dermo-epidérmico extraído del pa-
ciente con anterioridad (muslo, nalga) (fig. 8,b). Probarlo en
la cavidad (fig. 7).

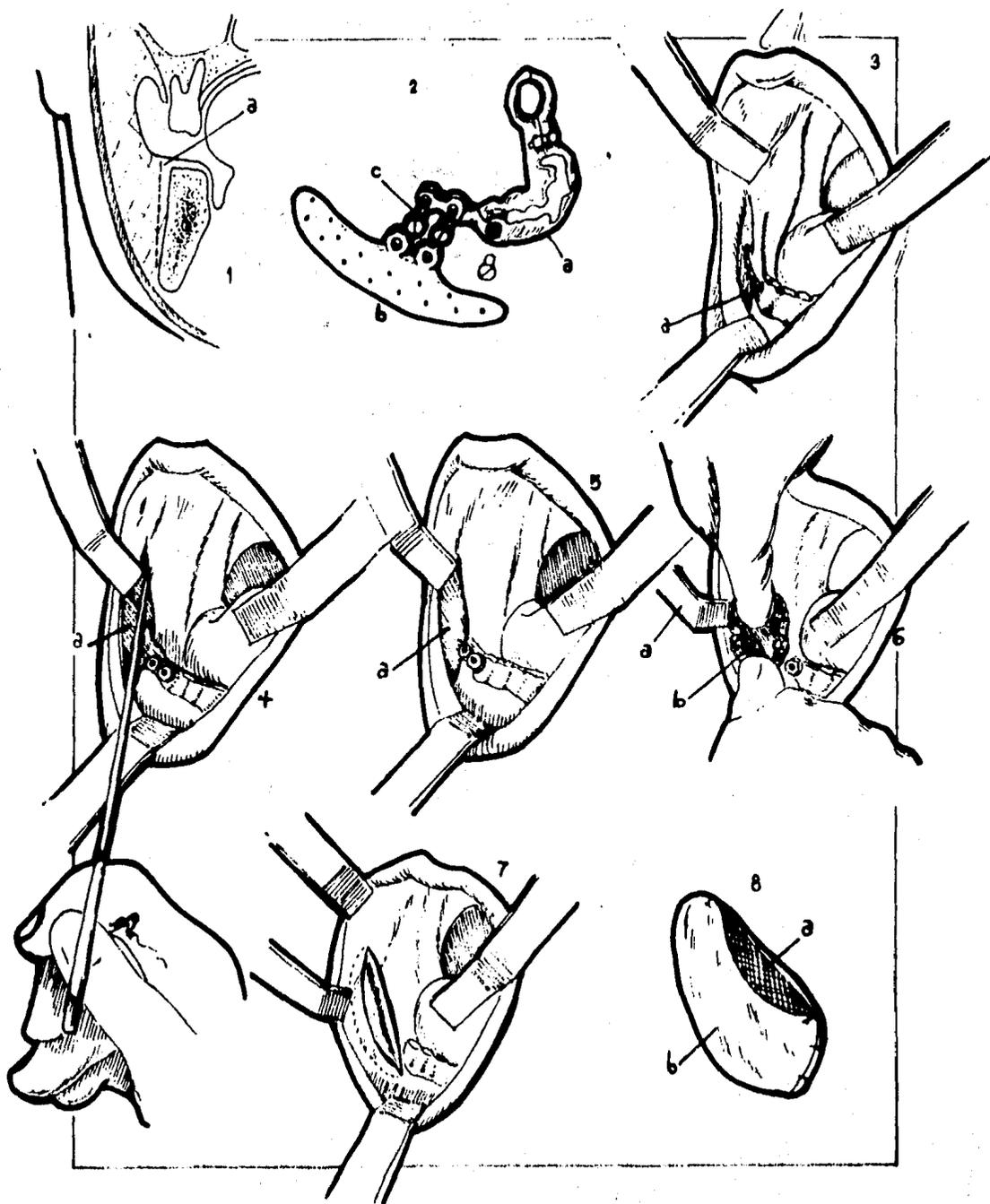
sellado. (fig. 3,a);

b)-Una cubeta metálica en forma de gotera de concavidad inferior, perforada, cuya longitud y ancho corresponden a los de la cavidad creada. Se la fija, en el curso de la operación, a una prolongación de la gotera, por tornillos (fig. 2, byc).

Toma de impresión. Separamos la mejilla y la vertiente externa de la herida con un separador de rama larga (fig. 6,a).

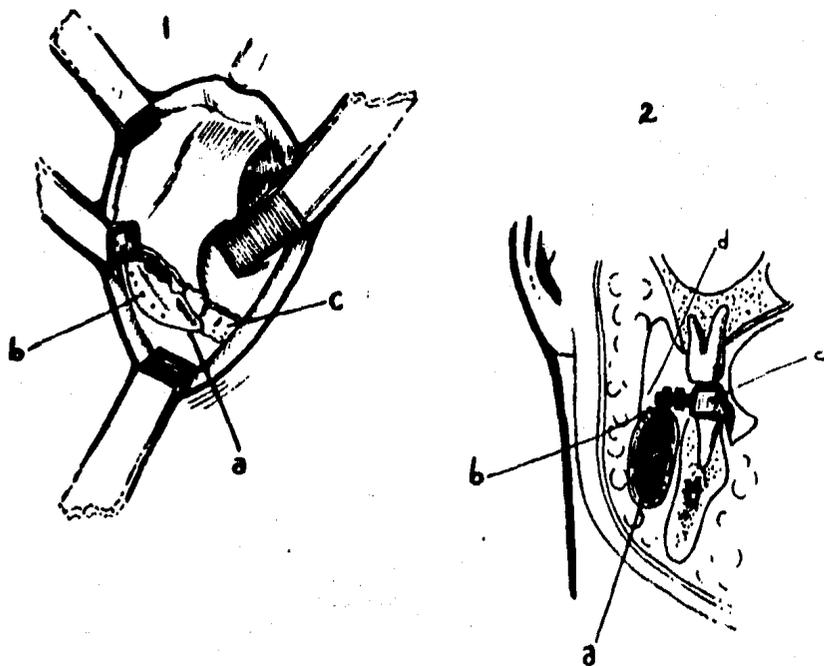
Se prepara una masa de material de impresión, ablandada en agua caliente. Se hace una bola ovoide de volumen correspondiente a la brecha y se introduce progresivamente hasta que desborda. Se le cubre en seguida con la cubeta fuertemente apoyada. El Stens ablandado (material de impresión) penetra en las perforaciones y queda así fijado. Quitar las rebabas y alisar los bordes, dejar endurecer (fig. 6,b).

Colocación de la incrustación epitelial. Levantar la masa moldeada (fig. 8,a) sin deformarla; regularizar ligeramente su forma, recubrirla con un injerto dermo-epidérmico extraído del paciente con anterioridad (muslo, nalga) (fig. 8,b). Probarlo en la cavidad (fig. 7).



El bloque de Stens (figs. 1,a y 2,a), revestido del injerto de xmo-epidérmico, con la cara cruenta hacia afuera, introducido en la cavidad preparada por el se mantiene por la cubeta (fig. 1,b y 2,b) que ejerce presión sobre el. Esta pieza metálica se mantiene en su lugar, de modo estricto, por los tornillos que la mantienen a la gotera o mejor dicho la mantienen fija (figs. 1, c y 2,c). Para aumentar la profundidad del vestíbulo, remontar lo más posible su vertiente externa sobre la espalda de la incrustación y amarrarlo a las tuercas de fijación de la cubeta o a sus perforaciones. (fig. 2,d)

El bloque "inlay" se mantiene insitu durante siete días bajo -- protección de antibioterapia. Alimentación líquida, por sonda -- nasal, en caso de necesidad; higiene bucal estricta.



3) Pérdidas de substancia completas o perforaciones

Pérdidas de substancia o más específico perforaciones; en las cuales hay que reconstruir si es posible tres planos, por lo menos dos si la perforación es pequeña, más o menos de 1 cm.

a) El método simple por aproximación puede bastar.

El plano mucoso se reconstruye por aproximación de los bordes de la brecha, previa liberación.

Por arriba es preciso liberar el plano medio célula-muscular, conferirle autonomía y suturarlo.

El conjunto se recubre en seguida con los tegumentos superficiales, previo avivamiento de los bordes de la brecha, y liberación a distancia; sutura después de la aproximación.

b) En las pérdidas de substancia más importantes, es menester recurrir a los colgajos pediculados por el método indiano, en rigor italiano, pero el plano profundo mucoso debe ser siempre asegurado. Se lo constituye por deslizamiento de la mucosa a la francesa, si es posible -- por torsión de un colgajo cutáneo tallado a expensas de un borde de la brecha -- por un colgajo pediculado de vecindad basculado sobre la brecha, con la cara epitelial hacia la cavidad bucal.

MONOD y WANVERTS han preconizado esta técnica; tomaban como doblete un colgajo temporal y como cubierta un colgajo cervical. Estos autores habían notado que la piel traspuesta a la boca adquiría los caracteres de la mucosa, sin embargo, investigaciones posteriores no dicen las mismas condiciones.

El colgajo pediculado de revestimiento, previa torsión, más o menos importante de su pedículo, se rebate encima del colgajo -

de doblaje. Si entre ambos se puede interponer una lámina de tejido célula-muscular vecino por deslizamiento, la intervención es más satisfactoria.

Se ha logrado obturar una brecha yugal total por medio de un --colgajo pediculado previamente doblado con dermoepidermis, colgajo temporal en este caso; de esta manera ambas paredes se reconstruyen juntas desde el principio.

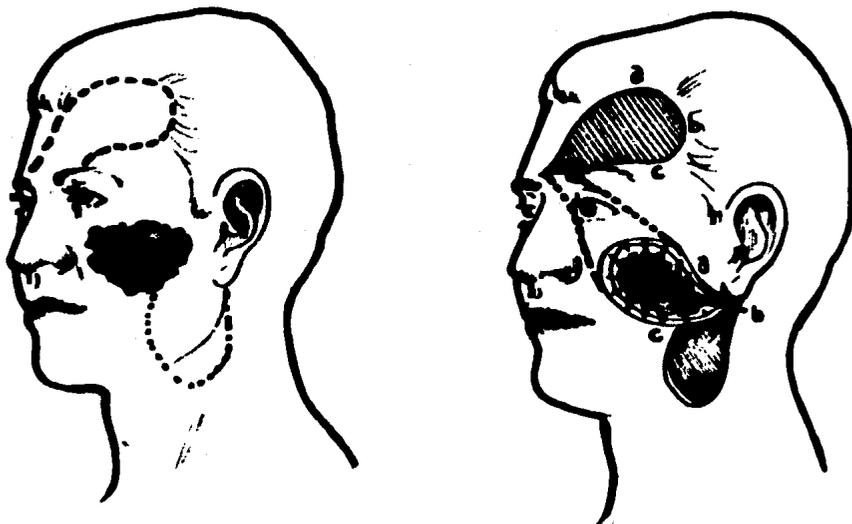


FIG. Autoplastias: En este caso de la mejilla con dos colgajos pediculados; plano profundo reconstruido por un colgajo cervical yugal rebatido; plano superficial por colgajo frontal.

c) Muchos autores hablan del empleo de colgajos cilíndricos a -pedículo largo, obtenidos en el tórax, la espalda o la región -cervical; ya revisamos las características de estos colgajos cilíndricos, sus tiempos son los siguientes:

Primer tiempo. Se talla el pedículo por medio de dos incisiones

paralelas de longitud adecuada, separadas entre sí por un espacio suficiente para obtener un diámetro adecuado en el momento del enrollamiento.

El colgajo, fijo por sus dos extremidades, se enrolla siguiendo su eje longitudinal y se suturan sus bordes. El cilindro está preparado.

Segundo tiempo. Al cabo de dos o tres semanas se talla una palga o espátula en la extremidad del cilindro, la cual luego se trasplanta sobre la brecha previamente avivada; se suturan sus bordes, sutura de la herida dadora, previa liberación.

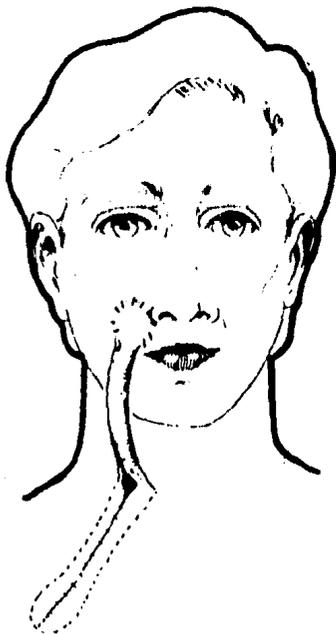


Fig. Genoplastía a colgajo -- cervical tubulado (Método de GUILLIES). La plástica en marcha (segundo tiempo). En una última operación se secciona el pedículo, se lo bascula hacia abajo, y se lo repone en la zona de toma.

Tercer tiempo. Después de 15 días a tres semanas, se secciona el pedículo a poca distancia de la brecha a ocluir y se sutura el colgajo a los bordes de la misma.

En ese momento el pedículo se torna inútil y algunos autores lo

suprimen; es mejor reaplicarlo a su lugar de origen después de reseca la cicatriz consecutiva a su obtención, siendo de esta manera el resultado final más estético, a menos que se hubiera tallado un cilindro muy pequeño que hubiera dejado cicatriz residual mínima, no extendida por la tracción de los tejidos. Ya posteriormente intervienen operaciones complementarias de retoque.

Los colgajos cilíndricos tienen la ventaja de proveer piel en cantidad y al mismo tiempo el tejido célula-adiposo subcutáneo, reconstruyendo en un bloque todos los planos yugales y permitiendo obliterar brechas considerables provocadas por heridas o intervenciones por neoplasmas; basta con tallarlos según las necesidades.

Para obliterar una brecha muy grande, parece preferible traer el cilindro en puente sobre ella y extender su parte central.

4) Pérdidas de substancia completas que interesan también esqueleto

En este caso resultan grandes depresiones que desfiguran a los pacientes, porque los soportes óseos están destruidos o perforados.

Pueden presentarse varios casos:

Cuando únicamente el esqueleto ha desaparecido o está deprimido. En estos casos las lesiones cutáneas han cicatrizado correctamente o han sido poco acentuadas. Por ejemplo: En un choque, el malar (un malar) puede haber desaparecido literalmente, por hundimiento en los tegumentos (sin que estos se hayan destruido); el contorno del rostro se ha modificado.

Si el hueso en los primeros 15 días no ha sido repuesto, su desplazamiento es irreductible y la deformación se puede corregir, como ya vimos por medio de un injerto óseo o cartilaginoso. O bien implantes de acrílico, metálicos,..etc.

Los planos superficiales (cutáneos), el esqueleto y el plano mucoso están destruidos. Existe una comunicación con la cavidad bucal, lo que constituye el caso más complejo.

El esqueleto no puede ser restaurado sino después de reconstruidos los dos planos entre los que este debe situarse.

Solamente cuando la continuidad de los dos revestimientos, interno y externo, ha sido asegurada mediante autoplastias, y únicamente entonces, se puede pensar en practicar los injertos óseos destinados al sostén de los planos superficiales, permitiendo la reconstrucción del contorno facial.

Grave mutilación de la cara (herida de guerra). Fractura conminutiva del malar, del maxilar superior y de la rama montante del maxilar inferior.

Pérdida de substancia ósea correspondiente, y pérdida de substancia de las partes blandas.

Cicatrización espontánea (3 meses después de la herida).



Mismo paciente; Después de --
 las intervenciones quirúrgi -
 cas reparadoras (injerto car -
 tilaginoso), 9 meses después
 de la herida (MORESTIN).



**"LA PÉRDIDA DE SUSTANCIA NO INTERESA AL ARMAZON OSEO DE LA CA
 RA"**

Las pérdidas de substancia de los tejidos blandos bajo un re -
 vestimiento cutáneo intacto determinan profundas depresiones o
 surcos.

El esqueleto está intacto y bastará rellenar la región con te -
 jido célula-adiposo. Se ha observado que la grasa se reabsorbe,
 si se da el caso, se puede renovar, sin embargo se puede decir
 que es preferible rellenar con dermis que es mucho más estable
 y practicamente inmutable.

Para el relleno de la región inframalar, se propone desplazar
 un fascículo del músculo temporal, que se aísla y se trae has -
 ta la zona a rellenar, pasando bajo la arcada cigomática.

Tiempo atrás se implantaban bloques de substancias inorgáni --
 cas, celuloide, caucho, metal y resina. Además de los riesgos
 de eliminación, estos materiales conservan su movilidad.

b) LOS LABIOS (QUEILOPLASTIAS)

Los labios constituyen una entidad anatómica complicada, porque desempeñan el papel de esfínter.

Su revestimiento cutáneo se continua con un revestimiento mucoso, siendo la línea de unión entre ambos, o línea cutáneo-mucosa, muy importante para la estética del rostro, tanto más que el borde libre, armoniosamente curvado, presenta una forma y un color que le son muy propios.

Por otra parte los labios, tienen una musculatura activa, en la que el orbicular desempeña el papel esencial, pero que es completado por un grupo de músculos dedicados, que aseguran la movilidad del conjunto y la mímica tan llena de matices, característica del hombre.

Cualquier reconstrucción del labio si la vemos, desde el punto de vista morfológico, y sobre todo funcional, podríamos decir que es imperfecta, porque.....

A continuación presento lesiones labiales desde las más simples, hasta llegar a la destrucción completa de los labios.

1.- LESIONES LABIALES QUE INTERESAN EL BORDE LIBRE

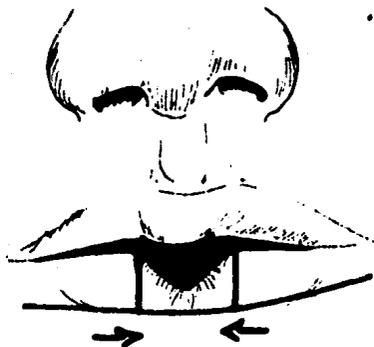
Especialmente estamos hablando de lesiones del borde rojo mucoso, que forma la orla de los labios.

A partir de la línea mucosa-cutánea, la mucosa forma un relieve paralelo a dicha línea, de coloración roja, cuya integridad es indispensable para asegurar el papel estético y fisiológico de los labios; desde este último punto de vista, el papel de esfínter exige una oclusión hermética del orificio bucal, la que está condicionada por la integridad del borde libre.

A) Pérdida de sustancia poco extensa del borde rojo

La operación consiste en el avivamiento de los bordes de la muesca por medio de dos incisiones verticales, que yendo del borde superior a la línea cutáneo-mucosa, realizan una sección neta vertical.

El borde rojo es liberado en toda su longitud por una incisión horizontal que sigue la línea cutáneo-mucosa y excede ampliamente la muesca.



Ahora el borde libre es flotante, y es fácil aproximar las dos superficies verticales de sección y suturarlas en dos planos, - plano muscular y plano mucoso.

La operación se termina por la sutura de la incisión mucosa.

B) Saliencias hipertróficas

Se producen raramente ya sea por causa de un traumatismo o de una afección adquirida.

En general son consecutivas a intervenciones quirúrgicas por heridas o labios leporinos, que no han dado los resultados esperados, por lo general por mal afrontamiento a nivel de la línea cutáneo-mucosa.

Si la saliencia es muy importante, el defecto de coaptación es muy visible, será preciso realizar una verdadera autoplastia, puesto que si no es muy importante la saliencia, si es mínimo el escalón, una excisión discreta, y aun la coagulación, bastarán para restablecer la armonía del labio.

Si se trata de una sección mal suturada, es menester excindir la cicatriz y rehacer la sutura plano por plano, mucosa, músculo, piel.

Conviene asegurar el resultado por medio de puntos de apoyo a distancia.

Hay que obrar como si nada hubiera sido hecho previamente.

Es difícil obtener un labio bonito porque la afección congénita inicial entraña una aplasia más o menos acentuada y asimétrica de la región.

C) Atresia bucal

El estrechamiento del orificio bucal se debe por lo común a una herida, quemadura, raramente está en causa una afección adquirida, (lupus) porque es destructiva.

La operación consiste en resecar todo el tejido cicatrizal y en restablecer el plano mucoso, el borde rojo y la vertiente cutánea del labio.

La recidiva es fatal si el ángulo comisural muy agudo no se epidermiza bien.

La atresia poco marcada es causada por la lesión de una sola comisura o por una lesión bilateral.

En la comisura defectuosa se traza una incisión hacia el carrillo, aproximadamente hasta el punto donde debiera encontrarse - el ángulo interlabial, excediéndolo ligeramente. Se clivan los bordes de la incisión en ambos labios, se excinde el tejido cicatrizal entre la vertiente cutánea y la vertiente mucosa; se suturan los bordes, eversando lo más posible la mucosa; cabe recordar que es muy difícil reconstruir el borde rojo. Según los casos la intervención será uni o bilateral.

La atresia es marcada. La simple sección seguida de sutura no basta ya para restaurar el orificio bucal, partiendo de un cráter informe, de bordes a veces irregulares y esclerosos.

Entonces será preciso utilizar las técnicas de McLARTON y OMBRE-DANNE, que es la siguiente:

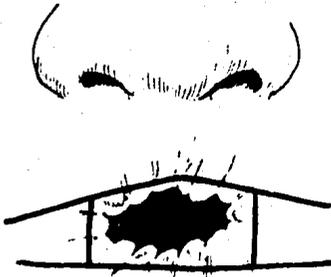
1) En ambos lados se talla un colgajo cutáneo de 5 a 8 mm. de ancho, a pedículo externo, que corresponde a la futura comisura.



Tratamiento de la atresia poco marcada del orificio bucal. En AB y CD incisiones horizontales de desbridamiento.

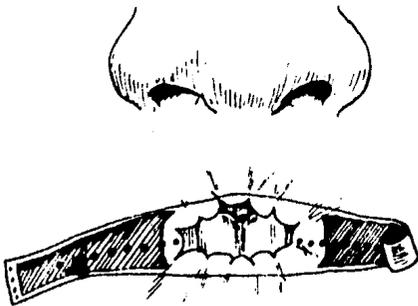
ra. Los colgajos se evierten provisoriamente sobre la mejilla.

Líneas de avivamiento y debridamiento. Tratamiento de la atresia bucal (grado muy acentuado)



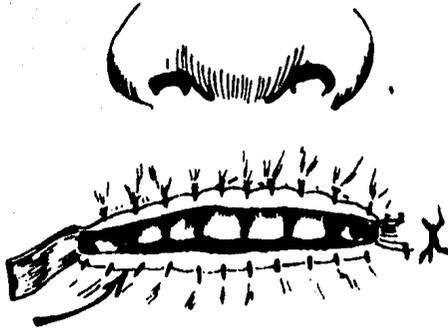
2) Exéresis del tejido cicatrizal hasta la mucosa, la que es incidida horizontalmente hasta el punto comisural teórico.

En punteado, líneas de incisión horizontales de la mucosa. A la derecha, el colgajo cutáneo se halla en reserva; a la izquierda, se encuentra rechazado hacia adentro.



3) Ambos colgajos cutáneos se retrotraen hacia la mucosa y se suturan sobre la vertiente bucal, para constituir la región comisural.

En la siguiente figura, tenemos la operación casi terminada; se han ejecutado las suturas excepto en el lado derecho donde el colgajo cutáneo, todavía libre va a ser rebatido hacia adentro y suturado a su vez.



4) Las vertientes cutánea y mucosa de ambos labios se suturan para constituir el borde libre.

Luego de estos diversos tiempos no existen partes cruentas en los labios y las comisuras lo mismo que el orificio bucal, no tienen ninguna tendencia a estrecharse.

TECNICA DE SANVENERO ROSELLI.- Francia 1940.

Se le llamó método del "botón de camisa". Consiste en perforar la mejilla en el sitio donde debe estar la comisura, e introducir en la perforación el extremo pequeño de un botón de cuello de camisa, grande. Si se le deja "in situ" de 15 días a tres semanas, el botón permite la epidermización espontánea del trayecto correspondiente. Bastará entonces seccionar el tejido que separa la comisura cicatrizal del orificio creado para ensanchar dicha comisura; no se vuelve a ensanchar porque está epidermizada.

Posteriormente se fabricaron botones de cuello en plata, con --

formas más ideales (con vástago largo y cabeza atornillada), lo que facilita la instalación de esta pequeña prótesis, que se mantiene bien por su cabeza que es más ancha que el orificio -- por donde pasa el vástago.

En cuanto a las superficies cruentas resultantes de la sección, las dejamos epidermizarse o bien las suturamos previo clivaje.

D) Macrostomía

La macrostomía puede ser congénita; se parece al labio leporino.

Comunmente es de origen traumático, con menos frecuencia es consecutiva a una intervención quirúrgica.

La operación consiste en avivar los dos labios, así como los superiores los inferiores, hasta el sitio deseado para la nueva comisura.

Las dos vertientes mucosa y cutánea son liberadas y clivadas a distancia, mientras el plano muscular intermedio es autonomizado.

La brecha se cierra mediante sutura en tres planos, que limitan la abertura bucal hasta los puntos elegidos.

El tratamiento de la macrostomía simple, sin pérdida de substancia, así comprendido es fácil y eficaz.

Cuando la macrostomía se debe a una pérdida de substancia, a veces es posible restablecer el plano yugal y la comisura por afrontamiento, previo avivamiento de los bordes y liberación a distancia.

Pero si la hendidura es muy amplia, no se puede esperar a obtener buenos resultados por el método francés; en un caso de este

no se utilizó con éxito un colgajo cervical a pedículo posterior.

Igualmente si se aplica en largo un colgajo cervical, torácico o abdominal, será posible ocluir la brecha aportando los tres planos.

Hasta aquí hemos visto que la comisura se encuentra hacia adentro, atresia, o bien hacia afuera, macrostomía. Pero con frecuencia sucede que la comisura se encuentra desplazada en sentido vertical, hacia arriba o hacia abajo, consecutivamente a una pérdida de substancia, o porque existen adherencias en la vecindad inmediata; en tales casos la comisura suele estar intacta y no debe ser tocada.

La intervención reparadora consiste en desplazar el ángulo interlabial hacia arriba o abajo por el procedimiento de los colgajos en Z, cuyas puntas se invierten, o por medio de un simple colgajo pediculado.

E) Destrucción o insuficiencia extensa del borde rojo de los labios

En este caso será preciso aportar material.

El tejido mucoso necesario se encuentra en el mismo labio o en el carrillo, donde se talla un colgajo pediculado cuya parte libre se aplica y sutura sobre la brecha.

Cuando se necesita un colgajo importante para recubrir todo un borde libre o más de una mitad del mismo, puede emplearse el procedimiento llamado de la cortina, divulgado por SEBILEAU y DUFOURMENTEL, o el colgajo bipediculado.

TECNICA DEL COLGAJO EN CORTINA. Consiste en tallar en el labio

sano un colgajo a charnela, situada hacia el borde y paralela - al mismo.

La extremidad de este colgajo rectangular que debe ser bastante espeso, es rebatida hacia el exterior y suturada al labio avivado.

La sutura debe mantenerse el tiempo necesario para que la unión sea sólida.

En ese momento bastará seccionar el pedículo en el labio sano. El colgajo se encuentra fijado únicamente ahora en el labio a restaurar.

El segmento de tejido que acaba de ser liberado se sutura a su vez sobre la vertiente interna de la brecha a llenar. La herida dadora cicatriza espontáneamente o después de la sutura y afrontamiento.

Es difícil recubrir de este modo, en una sola vez, toda la extensión de un labio, so pena de condenar al paciente a la alimentación por sonda nasal.

SEBILEAU y DUFOURMENTEL hablaron también de un colgajo bipediculado, tallado en ansa paralelamente al borde libre del labio sano, flotante en su parte media y nutrido por sus dos extremidades.

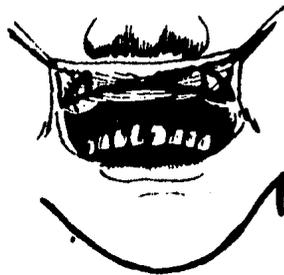
La parte flotante se rebate e injerta sobre el labio opuesto; este procedimiento es menos seguro que el anterior, esto para la mayoría de autores.

Nota: Estas técnicas ya las habíamos visto en el capítulo de injertos pediculados y creo que remarcando algunos puntos pues, -- nos vienen bien. Las figuras que están a continuación, son también de la técnica de colgajo en cortina, pero enfocado desde q

otro punto de vista (otro ángulo).



Reconstrucción de una -
pérdida de substancia del -
borde rojo del labio infe--
rior.



F) Ectropión

Tratamiento del ectropión. El ectropión de los labios especial-
mente del labio inferior, en general es consecutivo a una quemadura.
dura.

La piel destruida en superficie ha cicatrizado y el tejido fi-
broso que ha reemplazado sus capas superficiales, tejido retráctil,
ha provocado la eversión del labio.

Si el ectropión es localizado y se caracteriza por una brida ci-
catrizal vertical, casi lineal, la resección del bloque cicatri-
zal en triángulo, seguida por una sutura en V, permite la re-
construcción del borde libre; en muchos casos da excelentes re-
sultados la plástica en Z. Si la placa cicatrizal retráctil in-
teresa una gran parte del reborde labial, después de reseca-
el borde libre puede recuperar su sitio; por debajo de la línea
cutáneo-mucosa queda una pérdida de substancia en forma de me-

dia luna, que será preciso llenar.

Para esto se dispone de tres procedimientos; uno o dos colgajos nasogenianos a pedículo inferior paracomisural -- uno o dos colgajos paramentonianos a pedículo superior -- un injerto libre - dermoepidérmico o de piel total.

Para el labio superior la técnica es la misma



A) Cicatriz (con ectropión), B) Exéresis del tejido cicatrizal ya realizada, C) Injerto libre dermoepidérmico.

2.- PERDIDA DE SUBSTANCIA EXTENSA DEL LABIO SUPERIOR

Aquí se trata de lesión del labio en toda su altura.

Los procedimientos de reconstrucción son muy numerosos y describiré los más usuales. Los cuales derivan del método indiano.

A) Queiloplastías por colgajos pediculados

Los colgajos se tallan de dos maneras: Con el pedículo dirigido hacia arriba o con el pedículo dirigido hacia abajo; son los -- colgajos descendentes y ascendentes.

a) Procedimiento de DENONVILLIERS, divulgados por NELATON y OMBREDANNE, a colgajos descendentes.

Consiste en tallar dos colgajos yugales verticales a lo largo del surco nasogeniano, cuya anchura debe corresponder a la altura del futuro labio.

El pedículo inferior se sitúa a nivel de las comisuras.

La incisión debe interesar todo el espesor del carrillo hasta la mucosa bucal inclusive.

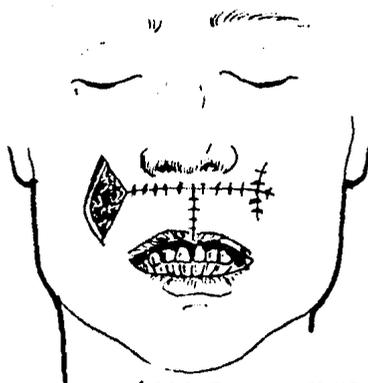
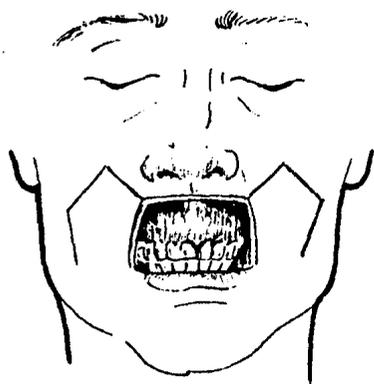
Los colgajos liberados sufren una rotación de 60° a 90° hacia la línea media y se suturan uno al otro por planos.

El cierre de la brecha geniana está siempre asegurado por aproximación, y la elasticidad de los tejidos es tal, que la cicatriz residual consecutiva es estrictamente lineal. Los colgajos son excelentes a causa de su textura; los músculos están incluidos en ellos y su inervación y vascularización son muy buenas porque están tallados en el eje, en la dirección que siguen estos elementos.

Cuando los extremos de los colgajos sobrepasan los vestíbulos ya no comprenden más la mucosa; algunos autores prolongan el colgajo mucoso yendo sobre el vestíbulo vertiente maxilar y de esta manera el revestimiento endobucal del labio neoformado es completo.

Se acostumbra tallar los colgajos más anchos que en la técnica clásica y biselar su extremidad, con el fin de cruzarlos sobre la línea media después de haberlos basculado, y de dar más altura al labio.

La toma de mucosa vestibular es útil justamente en este caso sobre todo.



(NELATON y OMBREDANNE)

Destrucción del labio superior y su reconstrucción por dos colgajos nasogenianos.

b) Procedimiento del colgajo ascendente propuesto por GUILLIES. A la inversa del que acabamos de ver, el colgajo se talla en la parte baja de la mejilla, tomando parte del labio inferior. Su pedículo superior está a la altura del labio superior.

El colgajo es sometido a una rotación de 80° a 90° .

El procedimiento original trata de un colgajo único, unilateral, impar, pero fácilmente pueden utilizarse dos, uno derecho y otro izquierdo; esto ofrece gran ventaja cuando la destrucción se extiende a todo el labio.

El doblaje intraoral está constituido por la mucosa de la cara profunda del colgajo si ella es suficiente. También se puede tallar el colgajo de una anchura suficiente para que su borde inferior rebatido pueda emplearse en el doblaje.

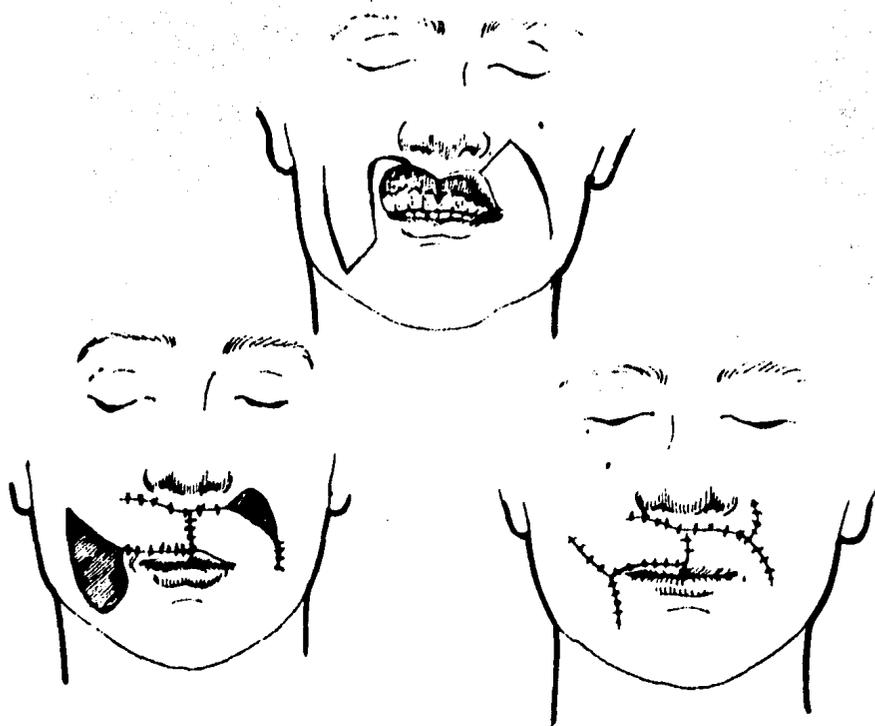
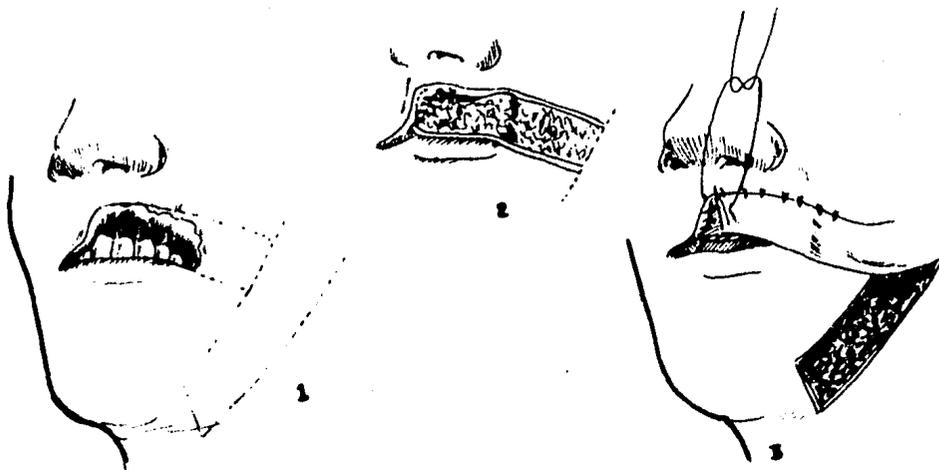


Fig. Destrucción del labio superior compensada por dos colgajos pediculados inversos

Cuando la pérdida de substancia es parcial, se pueden bascular sobre la brecha los tegumentos de la parte labial residual, y -recubrir todo con el colgajo único tallado como se dijo antes. Esto dispensa de tomar todo el espesor de la piel y del labio, pero no es aplicable en el hombre a causa del bigote que crecería en el interior de la boca.

En la siguiente figura tenemos: 1) Destrucción parcial del labio superior. 2) Un colgajo cutáneo de vecindad, pediculado, -

rebatido, reconstruye el plano profundo. 3) Un colgajo pediculado a charnela superior reconstruye el plano superficial.



c) Procedimiento de ESTLANDER

Consiste en tallar en el espesor del labio inferior o superior, un colgajo total a vértice inferior, dejando de un lado como pedículo el borde rojo.

Este triángulo se bascula 180°, y viene a alojarse en una hendidura vertical del labio superior, cuya longitud, por lo tanto, aumenta.

El colgajo así concebido puede tallarse en el medio del labio o hacia las comisuras; todo depende del sitio del labio opuesto - que requiera el aporte de material.

Figuras en la pagina siguiente:



B) Colgajo cilíndrico

Quando la destrucción es más importante e interesa la mejilla - al mismo tiempo que el labio, GUILLIES obtiene un colgajo de la región temporal, cuyo pedículo enrolla.

En general es suficiente un colgajo unilateral para llegar al labio y reconstruirlo completamente.

Pero la longitud es grande en relación con la anchura, y a menos de retardar, como ya se explicó, se corre el riesgo de esfacelo del colgajo.

Se puede emplear un colgajo parecido para reconstruir el bigote con cuero cabelludo. Muchos autores utilizan, con DUFOURMENTEL un colgajo bipediculado fronto-temporal que rebaten en yugular bajo la nariz y cuyo pedículo enrollan.

Es un excelente procedimiento que en el hombre permite aportar una banda de cuero cabelludo para el bigote, al mismo tiempo -- que restaura el labio.

Para evitar la mutilación facial fronto-temporal suplementaria, poco inestética por otra parte, es preferible aportar un colga-

jo torácico abdominal cilíndrico que provee todo el material requerido.

Cualquiera sea el procedimiento empleado, las comisuras constituyen un punto difícil de realizar; hay que evitar la atresia bucal, que a veces requiere un tiempo suplementario de autoplastia.

3.- PERDIDA DE SUBSTANCIA DEL LABIO INFERIOR

Las indicaciones de la cirugía reparadora del labio inferior -- son las mismas que las del labio superior.

También podrían considerarse las autoplastias inmediatas y las autoplastias secundarias. Las primeras pueden llevarse a cabo únicamente en los primeros días de una lesión traumática, o inmediatamente después de la exéresis de un neoplasma.

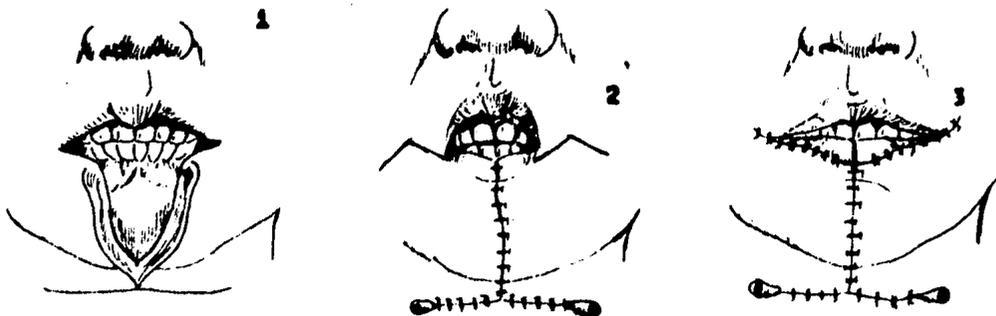
Por el contrario, las tardías están destinadas a tratar secuelas de las grandes destrucciones, que no han podido ser compensadas de inmediato.

INTERVENCIONES REPARADORAS SEGUN LA EXTENSION Y LA LOCALIZACION DE LA PERDIDA DE SUBSTANCIA

a) Pérdida de substancia poco extensa.

Aquí se efectúa la resección en V, a vértice inferior, que da una sección labial neta; se aproximan los bordes de la herida y sutura en tres planos, mucoso, muscular y cutáneo.

Debido a la elasticidad de los tejidos se puede compensar una pérdida de substancia de dos cm. sin que se produzca atresia bucal.



1. Vasta resección cuneiforme del labio inferior. 2 y 3. Reconstrucción por el método francés, con desbridamientos laterales.

b) Pérdidas de substancia extensas.

No pueden ser tratadas por simple aproximación y sutura. Será por medio de desbridamientos laterales, horizontales, en la mejilla y en el cuello.

A veces se está obligado a compensar el pliegue que de ello resulta en la mejilla, mediante la resección de dos triángulos de Burrow, en que se inspiró la técnica húngara.

Hay una gran variedad de técnicas derivadas del método francés para reconstruir el labio destruido en parte a expensas del tejido de la mejilla o de la región submaxilar. Si estos nos son insuficientes, podemos sacar partido de los colgajos pediculados del método indiano.

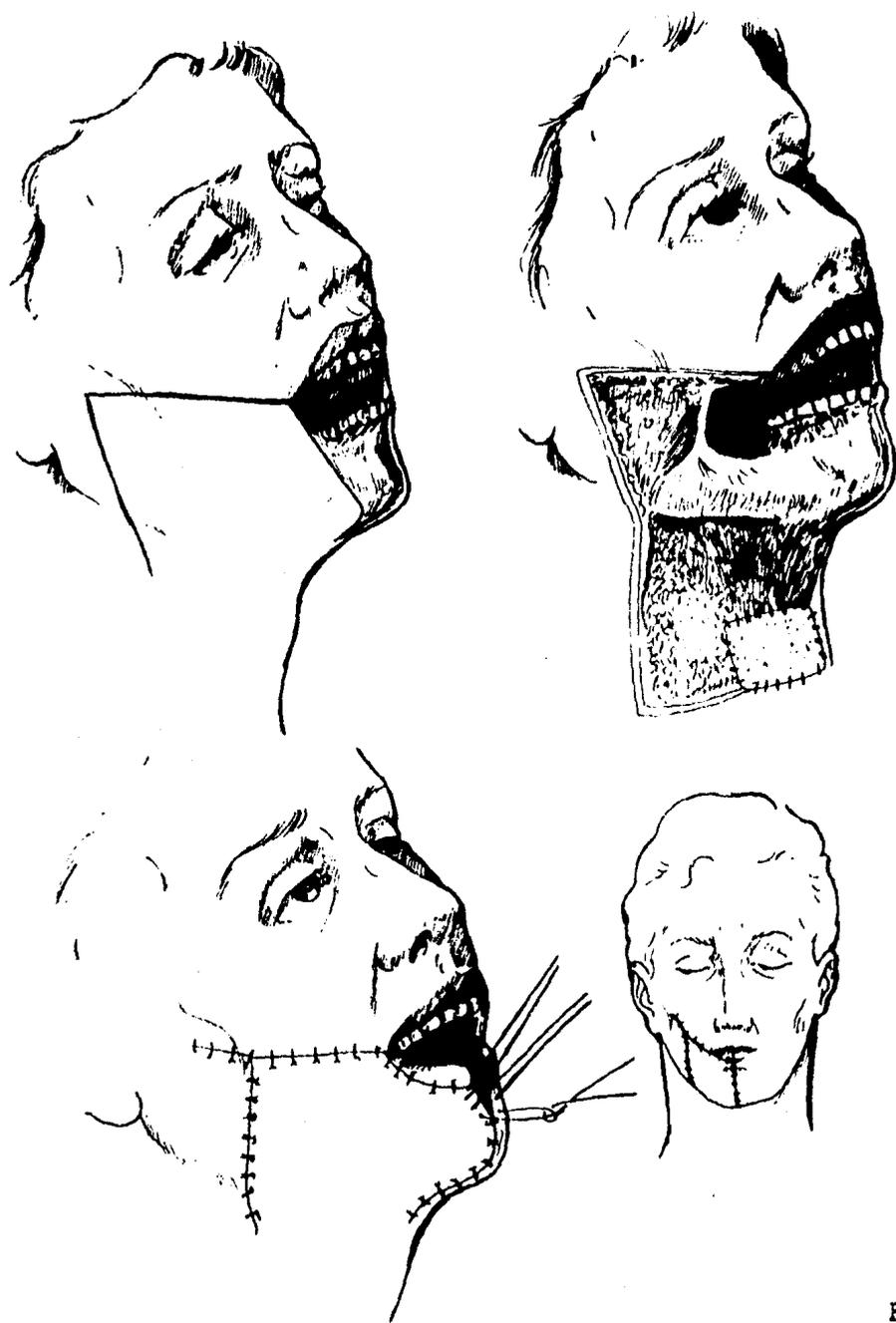


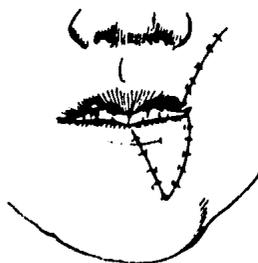
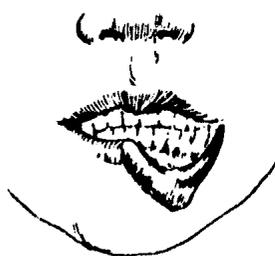
Fig.

Vasta mutilación del labio y del mentón. Se llena la brecha por deslizamiento de la mejilla derecha.

El colgajo puede obtenerse a nivel del labio superior, de la zona nasogeniana, o también de la región paramentoniana, y en ambos casos viene a su sitio efectuando una rotación de 60° a 90°. En el primer caso el pedículo es inferior y en el segundo caso es superior.

Es preferible el colgajo a pedículo inferior paracomisural, porque si está bien tallado suspende el labio; por el contrario, - el colgajo inferior a veces puede determinar ulteriormente una tracción hacia abajo.

Por lo tanto, tratemos el labio superior o el labio inferior, - el principio de la reconstrucción es el mismo por el método --- francés o por el método indiano.



Pérdida de sustancia de la mitad del labio inferior ocluida -- por un colgajo paracomisural.



Trazado del colgajo y basculamiento para remediar la deformación de una comisura labial en el plano vertical.

En ciertos casos se puede apelar al método italiano a expensas del brazo, por ejemplo, aunque está raramente indicado; o bien la lesión es mínima y se encuentra el material necesario en el mismo sitio, o bien es extensa y el brazo sería incapás de proveerlo.

c) Destrucción subtotal o total del labio inferior.

También puede bastar aquí la aproximación a la francesa.

El método italiano aquí no tiene aplicación, ni el de Guillies a colgajo único enrollado, obtenido a nivel de la región temporal, porque su longitud es mayor y existe un gran riesgo de necrosis del mismo.

Para reconstruir la totalidad del labio inferior se pueden emplear los colgajos pediculados conjugados, obtenidos de la región nasogeniana.

O también el colgajo bipediculado temporo-frontal (y aun cabelludo), de DUFOURMENTEL, que da buenos resultados, pero al precio de una importante cicatriz. Y también por qué no, tenemos a los colgajos cilíndricos.

Tomemos en cuenta que los colgajos citados, lo mismo que los -- que provienen del tercio superior de la cara en puente, están desprovistos de elementos vasculares y nerviosos, y en definitiva, desde el punto de vista funcional, las mejores autoplastias labiales son las que, a falta del método francés, se realizan por medio de colgajos pediculados totales, nasogenianos y yugales. Esto cuando se les puede emplear.

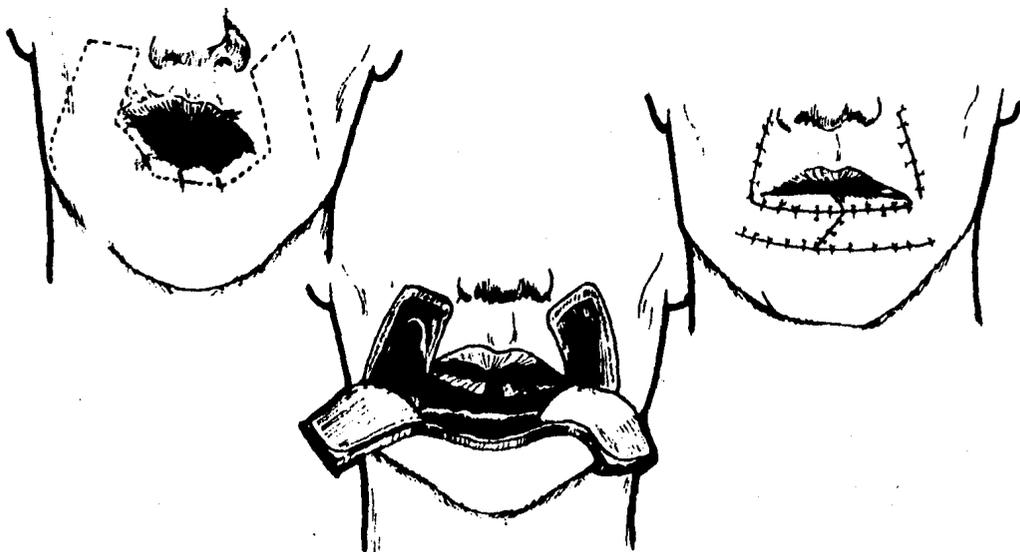
4.- DESTRUCCION DEL LABIO Y DEL MENTON

La destrucción aislada de la zona mentoniana comprende planos blandos cutáneos y musculares, y un armazón óseo, el arco mandibular.

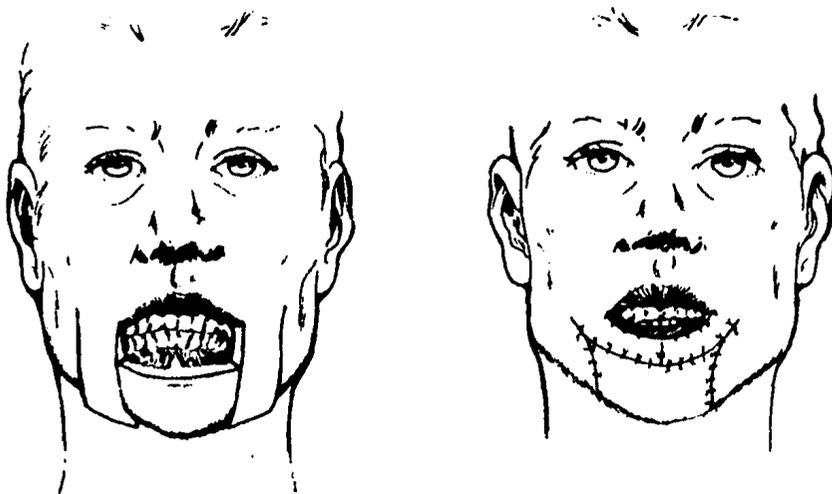
Con esto se quiere decir que su reconstrucción exige restaurar primero el plano de revestimiento y, un injerto óseo.

En cuanto al plano cutáneo, según la extensión de la pérdida de substancia podemos utilizar el método francés, el colgajo bipediculado cervical o aun el cabelludo en el hombre, cilíndrico - abdominal en la mujer.

Aun con el método francés es difícil reconstruir el labio y el mentón (si es el caso) en un solo bloque; a menudo hay que agregar colgajos pediculados obtenidos en la vecindad. Lo ideal es reconstrucción simultánea de las pérdidas de substancia.



Destrucción del labio inferior. Autoplastia mediante dos colgajos nasogenianos "totales"



**Autoplastia del labio inferior por dos colgajos pediculados a -
charnela superior**

En el hombre se trata de reconstruir el mentón y lo más que se pueda el labio, mediante un colgajo bipediculado de cuero cabelludo, proveyendo el doblaje mediante un colgajo cutáneo infrahioideo rebatido, o dos colgajos yugales.

La parte flotante del labio se reconstruye con dos colgajos nasogenianos si es necesario, y a continuación, gracias a una cortina mucosa del labio inferior.

En la mujer se recurre a otro procedimiento, se puede restaurar el tercio inferior (parte baja de la cara) y una gran parte del labio por medio de un colgajo cilíndrico abdominal de preferencia, mientras la parte superior, la parte libre del labio, se restaura empleando colgajos nasogenianos, como en el hombre, -- con la mucosa por arriba en cortina.

A veces la lesión es más extensa y es preciso compensar la pérdida no solamente del labio y del mentón, sino también de la región suprahioides y de la parte anterior del piso de boca. En - entonces no puede tallarse el colgajo de cuero cabelludo con una anchura suficiente bajo pena de denudar la mitad del cráneo; -- tampoco basta un colgajo cilíndrico común de 8 a 10 cm. de ancho.

En estos casos se propone en el hombre la combinación de ambos en una autoplastia en dos espesores y tres colgajos, abdominal, craneano y cervical para el doblaje.

En la mujer, renunciamos al segundo, la dificultad puede soslayarse por medio de un colgajo abdominal cilíndrico excepcional, de 12 a 15 cm. de perímetro, o si no, mediante un colgajo abdominal de 8 cm. de ancho, pero lo bastante largo para proveer -- dos planos superpuestos después de seccionado en el medio y de fijadas sus dos mitades una por encima de la otra. Su extensión brinda un plano cutáneo de superficie suficiente.

c) LA NARIZ (RINOPLASTIA)

Se le llama rinoplastías a las intervenciones de cirugía reparadora cuyo fin es remediar pérdidas de substancia de la región nasal.

La reparación autoplástica debe intervenir tiempo después de -- constituida la pérdida de substancia, cuando desde la cicatrización de la herida primitiva ha transcurrido un tiempo relativamente largo. En suma podemos decir que en todos los casos la indicación de rinoplastia es una indicación de autoplastia secundaria.

Aunque habrá excepciones, especialmente en el curso de traumatismos que interesan particularmente los tegumentos, podrá considerarse la autoplastia primitiva, si la pérdida de substancia es limitada.

Empezaremos viendo la rinoplastia total y después las rinoplastias subtotales y parciales.

1.- RINOPLASTIA TOTAL

Antes de describir las técnicas, recordemos lo que nos dicen -- las directivas que sirven de guía en el curso de este tipo de -- reconstrucciones:

Se trata de una operación de plástica facial, de orden estético.

Las funciones naturales, especialmente respiratorias de la nariz, no es algo que se puede pasar por indiferente (cabe mencionarlo). Será necesario esforzarse, para asegurar a este órgano mínimo sus funciones de permeabilidad, de areación; de sus otras funciones, en particular la olfacción si fué suprimida por

el traumatismo no podrá ser readquirida.

Para asegurar la permeabilidad, bastaría con no formar en el -- curso de la intervención, un bloque de tejidos impermeable, de espesor anormal. Sin embargo, la rinoplastía en particular el -- tiempo que asegura la morfología de la base nasal, lóbulo, a -- las, subtabique, es una de las realizaciones más difíciles de -- conducir a buen fin, y con mayor razón, cuanto que es indispensable asegurar la permeabilidad nasal.

Para hacer esto contamos con la prótesis, bajo la forma de tubos moldeados en resinas acrílicas, libres o montados sobre una "lira", que a su vez está conectada con una gotera intraoral. -- Es una prótesis difícil de realizar.

Por lo general una atresia narinaria tardía impone autoplastias secundarias.

Los mejores resultados se obtienen por medio de injertos dermo-epidérmicos sobre moldes colocados previamente en su sitio "calibramiento" quirúrgico de los orificios nasales y de la parte anterior de las fosas nasales.

En lo que se refiere a la parte plástica de la intervención, entre los varios e innumerables procedimientos aquí presento dos que para muchos autores parecen los más interesantes para la reconstrucción de la pirámide nasal y son las técnicas de MORESTIN y SEBILEAU.

A) Técnica de MORESTIN

Intervención de cobertura cutánea y suministro de un sostén, tomado del esqueleto del paciente (constituido exclusivamente por tejido cartilaginoso).

Son dos tiempos operatorios:

a) Instalación del injerto en su sitio, en nutrición, en la región frontal, luego de su obtención a nivel de los cartílagos costales.

b) Descenso del colgajo frontal con los cartílagos en nutrición hasta el nivel de la pérdida de substancia a llenar.

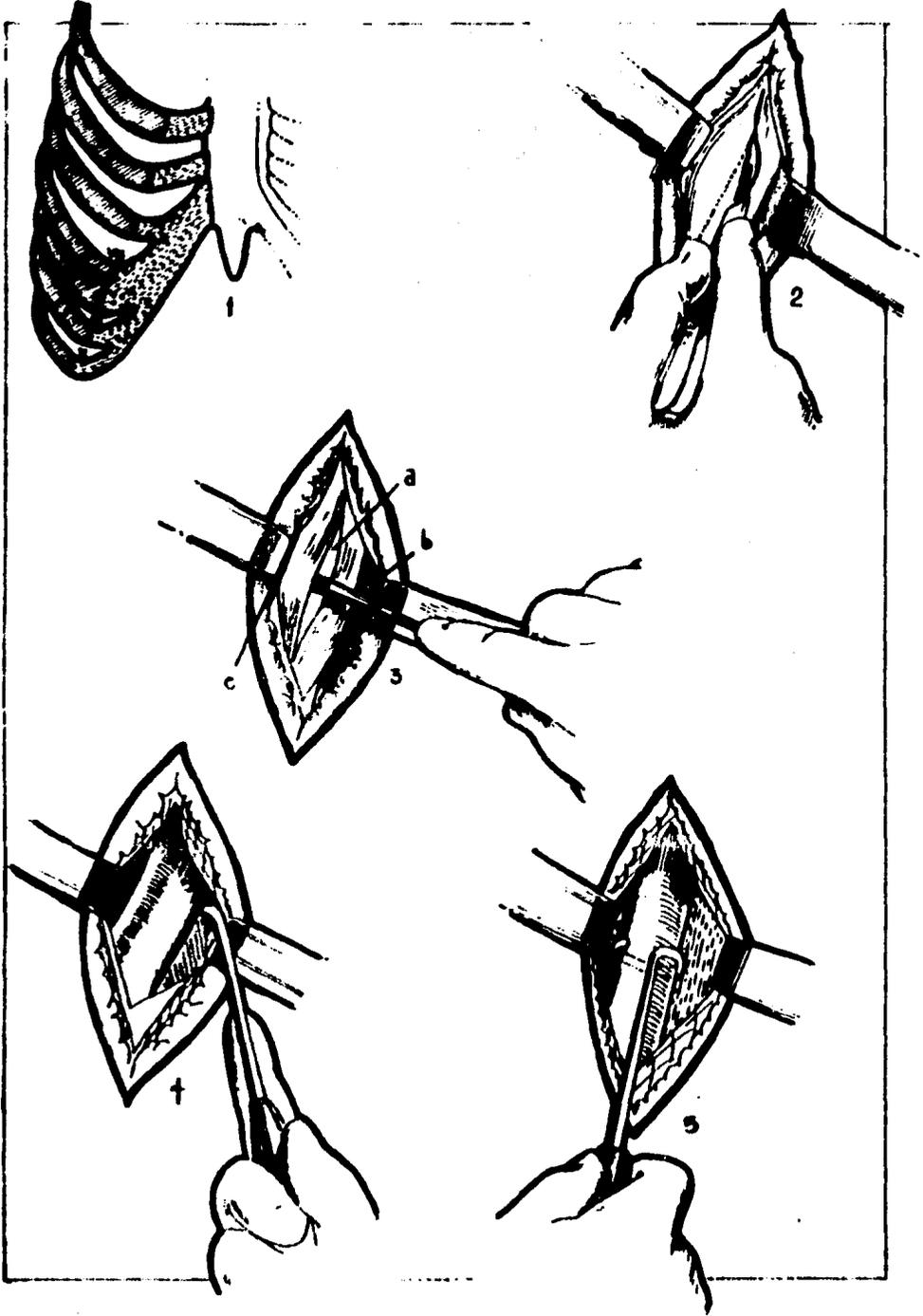
Sin salirme mucho del tema anexaré a continuación regiones de donde tomar el cartílago y como tomarlo a nivel de la región costal.

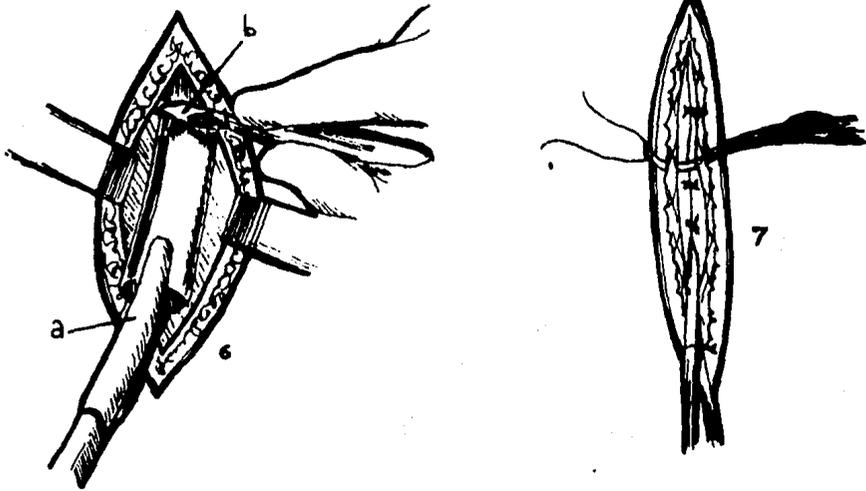
En el primer tiempo, la obtención del injerto la podemos hacer dirigiéndose de preferencia a los 8°, 9°, y 10° cartílagos costales.

Descubrimiento del cartílago costal. Incisión longitudinal del pericondrio sobre su parte media (fig. 2); liberación de la cara anterior y los bordes del cartílago (fig. 3,a); Liberación de la cara profunda (fig. 4); completar el desprendimiento con una legra de Doyen (fig. 5,a); sección de una de las extremidades. Tomándola entre los mordientes de una pinza (fig. 6,a); Elevando ligeramente, liberar bien por debajo y al ras del cartílago y seccionar la otra extremidad (6,b).

Si se quiere cuidar el pericondrio (no es aconsejable) liberar los bordes del cartílago y desinsertar las uniones intercostales. Legrar el borde superior, de adentro hacia afuera, y el borde inferior, de afuera hacia adentro, de acuerdo con la orientación de las fibras musculares. (fig. 3,b y c).

Cierre del plano (fig. 7).



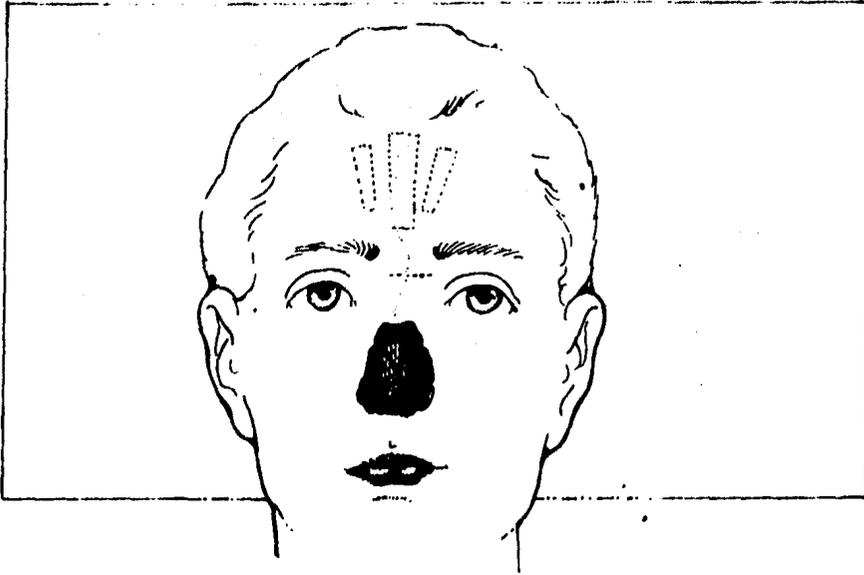


La puesta en nutrición del injerto se hace bajo la piel de la frente por despegamiento de esta, gracias a una incisión en la región media frontal en la prolongación de la ceja.

Estos despegamientos hay que limitarlos para que las bandaletas cartilaginosas no tengan tendencia a desplazarse. Por lo tanto es necesario excavar túneles bajo la piel de la frente, destinados a recibir los injertos cartilaginosos.

La zona en la cual van colocados los trozos de cartílago representa, vista en sentido inverso, la futura pirámide nasal, vale decir que aquello que ulteriormente quedará situado abajo, estará ahora colocado arriba, y aquella parte que definitivamente estará arriba se encuentra ahora abajo.

El cartílago más largo es mediano; los cartílagos laterales serán colocados oblicuamente hacia arriba y afuera, como se ve en la figura siguiente.



La incisión frontal se sutura con algunos puntos.

Estos injertos se dejan en su sitio, en nutrición de uno a dos meses.

En este momento se puede practicar el segundo tiempo, es decir la rinoplastia propiamente dicha.

Esta intervención consiste, previo avivamiento del contorno de la región cicatrizal, en rebatir hacia ella, con el fin de reconstruirla, los injertos puestos en nutrición en la región frontal acompañados de su cobertura cutánea, constituyendo un vasto colgajo triangular a vértice inferior y base superior.

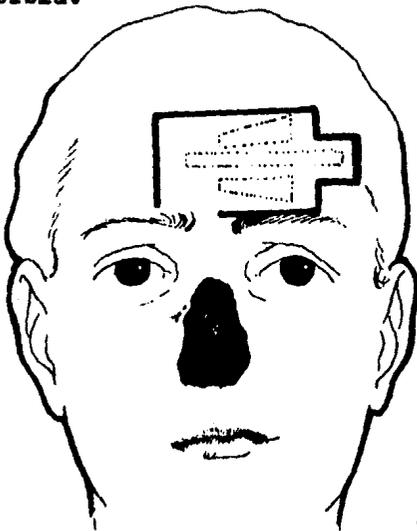
Mientras realizamos la disección de este colgajo triangular, debemos dejar envueltas las láminas cartilaginosas en su ambiente celular profundo; esto es para aislarlas de las infecciones que ulteriormente impedirían que continuaran su vida normal.

Mediante una rotación progresiva se rebate el colgajo frontal -

sobre la región nasal, y se efectúan las suturas necesarias. -- Aparte de esto en la parte baja del colgajo, las láminas serán reunidas entre sí, de manera de fijar el tegumento y obtener orificios narinarios que se aproximen a los normales.

B) Técnica de SEBILEAU - CABOCHE

Esta técnica difiere por el hecho de que en el curso del primer tiempo los injertos utilizados no son cartilagosos, sino osteoperiósticos, obtenidos a nivel de la cara antero-interna de la tibia.



Los injertos osteoperiósticos son puestos en nutrición en la región frontal, en posición horizontal.

En punteado es el primer tiempo. En línea no punteada (llena), trazado de la incisión esto en el curso del segundo tiempo.

Injerto arista: Se sitúa una plicatura a corta distancia de una de las extremidades del injerto mediano (para la reconstrucción del tabique).

Ahora, hablando de los injertos laterales, que van a reconstruir el esqueleto bilateral de las alas de la nariz, también se obtienen a nivel de la tibia, inmediatamente por encima del sitio de obtención del injerto arista. Al igual que la técnica --

que precedió a esta (MORESTIN), aquí se ponen en nutrición los tres injertos en la región frontal; se les fija sobre el periostio por su cara ósea; la cara perióstica de los injertos queda más superficial.

Quedan dispuestos en un plano horizontal, según esto dicen los autores para que la rotación para descender el colgajo sea mucho menor (90° en lugar de 180°).

La puesta en nutrición de los injertos se hace por medio de la talla de un postigo (ventana) cutáneo que se rebate, para permitir fijar los injertos mediante algunos puntos de catgut, y luego se repone en su lugar.

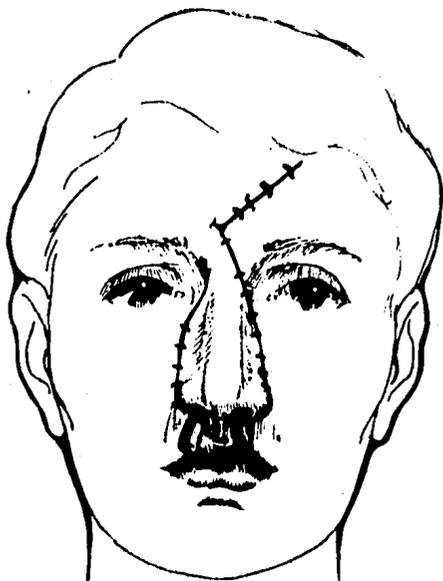
En el segundo tiempo, previo avivamiento de los bordes de la -- pérdida de substancia nasal, liberar el colgajo frontal, rotarlo y llevarlo a su sitio, sobre la mucosa nasal.

El subtabique se reconstruye con ayuda de la parte alta de la -- bandaleta ósea preparada en el curso de la primera intervención

Es preferible el cartílago que el hueso, porque el primero soporta mejor aislamiento en la intimidad de los tejidos blandos, ya que el hueso sin contacto óseo es a menudo reabsorbido, además que este daría rigidez anormal a la nariz.

En la siguiente figura: Rinoplastia Total. El injerto está en su sitio. Los drenes de vidrio modelan las narinas. La herida -- frontal suturada.

nota: Los tubos de vidrio eran mantenidos y fijados con leucoplasto y gracias al cambio sucesivo de su calibre, realizaban -- la dilatación progresiva de las vías aéreas superiores. Esto es asegurar la permeabilidad.



Rinoplastia total

C) Procedimiento de GUILLIES

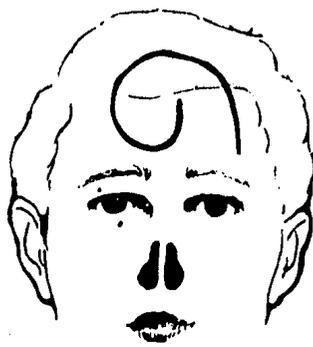
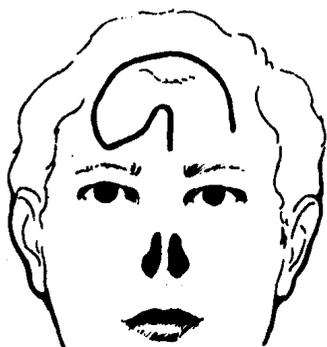
Guillies excluye el tejido óseo y recurre al cartilaginoso. Para él, el emplazamiento del injerto debe realizarse a nivel de la región frontal, en posición horizontal (CABOCHE), o bien en los casos que se traten de la reconstrucción de una sola ala de la nariz, a nivel de la región del surco naso-geniano.

En la segunda intervención la técnica es similar a la de MORESTIN, es decir descenso del colgajo cutáneo, en el cual había sido previamente puesto en nutrición el injerto cartilaginoso y a adaptación del mismo a la pérdida de substancia a llenar.

En lo que toca al revestimiento tegumentario, en estos casos es provisto por la región frontal o por la yugal, o bien por un -- colgajo cilíndrico en la región infraclavicular.

Guillies utiliza también colgajos frontales verticales a gran -

pedículo fronto-craqueano en anzuelo. De esta manera el modelado nasal parece más fácil de realizar, está mejor nutrido el colgajo, y de la soldadura no resulta una cicatriz más importante. Los cuidados consecutivos son los retoques para suprimir los excedentes tegumentarios, reducir la cicatriz frontal, suavizar las líneas de unión con las partes periyacentes.



Colagajos frontales (GUILLIES)

2.- RINOPLASTIA ALTA

Este acto operatorio se realiza a pérdidas de substancia de la parte superior de la pirámide nasal, a nivel de su inserción en la frente.

En lo que respecta a las reparaciones autoplásticas de la región de la nariz "la raíz" consideremos tres órdenes de hechos diferentes:

- A) Pérdidas de substancia ósea, sin lesiones tegumentarias.
- B) Pérdidas mínimas de substancia ósea, acompañadas de lesiones tegumentarias.
- C) Destrucción de todos los planos.

A) Primer caso.- El procedimiento de elección parece ser espe -

cialmente el tejido cartilaginoso, ya que es un tejido de sostén, de consistencia dura en auto, homo o heteroinjerto (VEAU). La técnica ya la revisamos.

En el segundo caso, B).- El armazón óseo y cartilaginoso está casi intacto; se trata de reconstruir el revestimiento cutáneo.

Puede ser realizada esta autoplastia por un colgajo pediculado frontal, a pesar de la cicatriz frontal residual (puesto que -- hay retoques posteriores), o bien por un colgajo italiano braquial, de preferencia a pedículo cilíndrico, cuyo inconveniente es la diferencia de color.

Ni dudar que es más fácil y más rápido reconstruir el tegumento por medio de un injerto libre dermoepidérmico o de piel total; el primero es fácil, pero da resultados con frecuencia poco estéticos; por otra parte el segundo está expuesto a más fracasos parciales, pero cuando tienen éxito, el resultado es mejor.

C) Tercer caso.- Este es más difícil y exige una técnica más -- compleja. Ante todo excindir primero los tejidos cicatrizales -- existentes en el contorno de la pérdida de substancia, y luego efectuar la reparación autoplástica, que en los casos típicos exigirá cartílago en una región vecina de la pérdida de substancia, especialmente en la región frontal.

Luego de la puesta en nutrición del injerto cartilaginoso, será descendido, envuelto en su ambiente celuloso, junto con el revestimiento cutáneo que forma el colgajo, hasta su emplazamiento definitivo.

En algunos casos será posible evitar el injerto cartilaginoso y llenar la pérdida de substancia ósea, cartilaginosa y tegumentaria gracias a un injerto cutáneo, tallado con suficiente ampli-

tud para el fin buscado. Es el principio de los colgajos bipedunculados, obtenidos de la región frontal y a pedículo temporal. Pero cuando se habla de destrucción esquelética importante, es preferible utilizar un injerto cartilaginoso con un colgajo cutáneo de revestimiento apropiado.

Si la pérdida es total (todos los planos) y se aproxima a la -- destrucción total de la raíz nasal, generalmente se lleva un -- colgajo cilíndrico abdominal, de gruesa talla (6 a 8 cm. de anchura o circunferencia), así proveyendo todos los planos, además que constituye un buen lecho para injerto óseo.

3.- RINOPLASTIA BAJA

Distinguiremos varios casos: Empezando desde el más complejo, -- la totalidad del vestíbulo nasal ha sido destruida, parte cartilaginosa y revestimiento cutáneo.

Otros casos muestran destrucciones solo de la punta de la nariz; de estos casos los menos graves a veces por una mordedura, solo la punta de la nariz ha sido destruida, sin incluir la parte cartilaginosa.

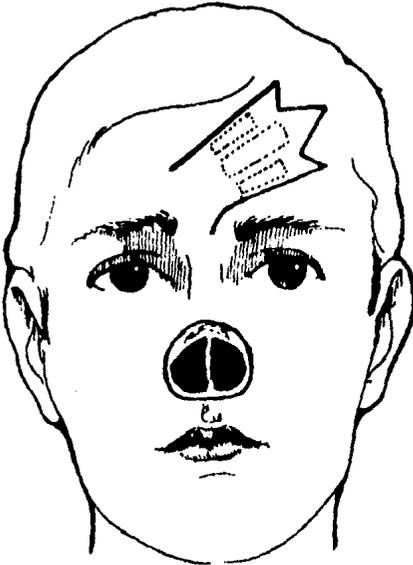
A) En este primer caso la cirugía reparadora es casi igual a la de la rinoplastia total.

En el primer tiempo, implantación del fragmento cartilaginoso (por injertar) en la región frontal, previa incisión horizontal interna.

En el segundo tiempo, mediante una incisión en U se delimita el contorno de la pérdida de substancia; y a continuación descendemos el colgajo frontal, trayendo consigo el cartilago, previa sección con sierra de lo que estaba por restar del vestíbulo na

sal; esta parte seccionada debe estar conservada o más bien dicho ser conservada y previamente revatida hacia abajo.

Guillies, Caboche, realizan una operación muy parecida a la de la rinoplastia total; puesta en nutrición (frontal), de bandaletas óseas o cartilaginosas apropiadas; en un segundo tiempo descenso de estas bandaletas para la reconstrucción, previo tallado adecuado del colgajo frontal.



Rinoplastia subtotal baja. Reparación del vestíbulo nasal. Implantación de los injertos (primer tiempo) y trazado de las incisiones a nivel del colgajo frontal y de la pérdida de substancia nasal (segundo tiempo). CABOCHE.

B) Segundo caso: Pérdidas del lóbulo o de las alas de la nariz. Entre los más interesantes procedimientos para estos casos están los preconizados por ESSER, en los que emplea un colgajo facial a pedículo temporal.

CABOCHE, para la reconstrucción esquelética del vestíbulo nasal utiliza material obtenido a expensas del tabique nasal (septotomía) y usa, para reconstruir el revestimiento cutáneo, colgajos yugales de vecindad, simétricos.

Como ya lo revisamos anteriormente, si pensamos en el injerto 1

italiano, que obtiene el material del brazo, es muy buen procedimiento para la reconstrucción del lóbulo de la nariz.

Aun en los casos más limitados de pérdidas de substancia del lóbulo nasal, se puede recurrir a un injerto italiano, este obtenido de la región de la mano que separa la cara dorsal del pulgar, del índice.

C) Para la reconstrucción de las pérdidas de substancia de las alas de la nariz. La mejilla será la zona donadora (la mejilla vecina) o el surco nasogeniano; previo avivamiento, del contorno de la pérdida de substancia.

D) Restauración del subtabique.

Si la pérdida puede ser reparada con piel, se puede obtener el material a nivel del labio superior.

Clasificación esquemática de las pérdidas de substancia de la base de la nariz, topográficamente, en cuatro tipos de lesiones:

1.- Destrucción del lóbulo

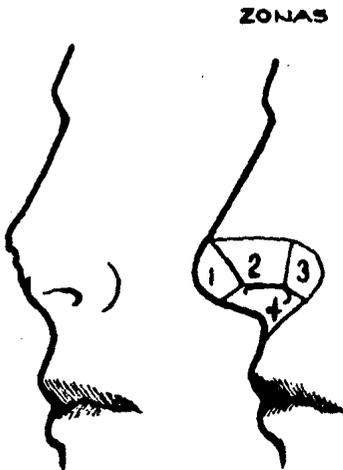
2.- Destrucción de la parte flotante o libre del ala

3.- Destrucción del pie o raíz del ala (parte posterior, orlada, fija, tangente al surco nasogeniano)

4.- Destrucción del subtabique

A continuación consideremos sucesivamente los procedimientos para remediar la destrucción de cada una de estas regiones.

1.- Destrucción del lóbulo. ZONA 1



Procedimientos:

El colgajo facial, obtenido a nivel del pliegue nasogeniano, con pedículo próximo yuxta-nasal;

El colgajo facial a pedículo -- frontal;

El colgajo frontal a pedículo -- vascular (procedimiento de Es -- ser)

El colgajo frontal bipediculado.

Estos procedimientos tienen el inconveniente de crear cicatrices suplementarias a nivel de las zonas vecinas. A continuación tres procedimientos al parecer más fáciles y menos mutilantes.

a) Un injerto libre, que puede ser:

-- un injerto dermoepidérmico.

-- un injerto de piel total.

-- un fragmento del lóbulo de la oreja, de espesor total.

b) El método italiano por colgajo pediculado, tomado del brazo.

c) El colgajo cilíndrico cervical o braquial, traído en trompa a la extremidad de la nariz.

2.- Destrucción de la parte libre del ala. ZONA 2

Los procedimientos clásicos son:

El método hindú por colgajo de ve-
cindad.

El método francés por aproximación
y deslizamiento.

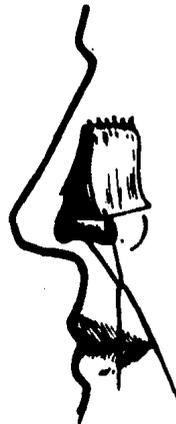
Este método debe proscribirse, por
la inextensibilidad de los tejidos
y de la imposibilidad de evitar la
atresia de las ventanas de la na-
riz, que implica, además, una des-
viación lateral del lóbulo.



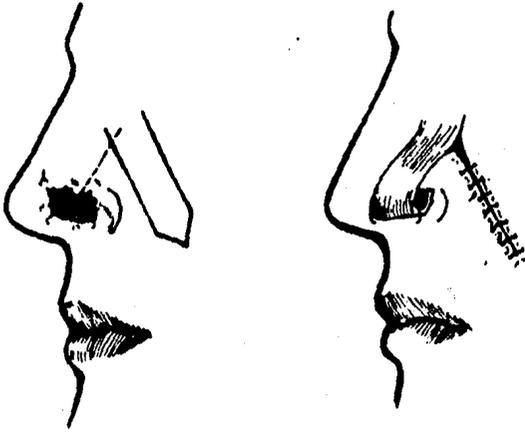
El injerto libre por fragmento del pabellón de la oreja, de es-
pesor casi total o del lóbulo de la oreja puede ser notable, pe-
ro es aleatorio.

Otros procedimientos son:

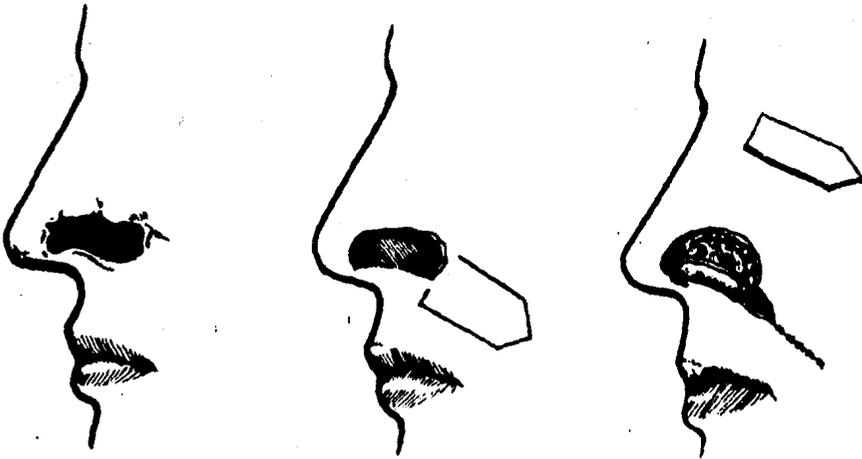
La inversión y el enrollamiento de un colgajo nasal mediano con
injerto libre de relleno.



El colgajo naso-geniano a pedículo superior



3.- Destrucción total del ala. ZONAS 2 y 3



La destrucción total del pie del ala (ZONA 3) es muy rara., lo que si es frecuente es la totalidad del ala, osea, la parte flotante anterior (ZONA2) y del pie orlado del ala (ZONA 3).

El tratamiento en su principio es el mismo que en los casos de

la zona 2. En el enrollamiento del pie del ala es donde se presenta gran dificultad.

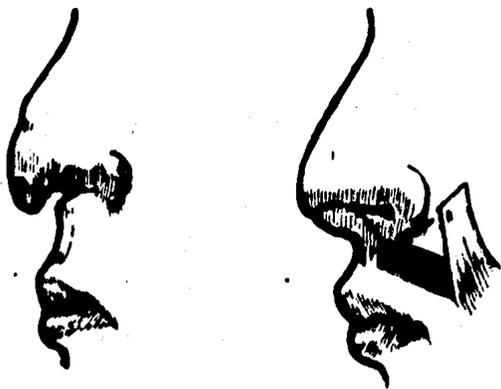
El procedimiento de Ombrédanne es el clásico, por colgajo geniano oblicuo. O bien Ombrédanne modificado.

Siempre lo común es que el colgajo geniano doblado no alcance a asegurar el revestimiento de su cara cruenta; además es considerable la brecha que se produce en la mejilla donante y a veces no se logra el cierre por simple afrontamiento. Si no es posible aplicar el Ombrédanne modificado a causa de la gran extensión a restaurar, o cuando es imposible utilizar la zona donante habitual, por lo tanto, recurramos a, el colgajo cilíndrico o braquial.

4.- Destrucción del subtabique. ZONA 4

Esto es la pérdida del lóbulo de la nariz hacia abajo y atrás.

La atresia de las ventanas nasales es constante.



Parece ser que el método -- más aceptable es: Un colgajo labial a pedículo mediano, con oclusión inmediata de la brecha por colgajo nasogeniano; o bien un colgajo cilíndrico, sobre todo -- si existen lesiones asociadas del lóbulo, de las alas

o de una región vecina.

Será necesario a menudo completar estos procedimientos por un injerto óseo o cartilaginoso de sostén del subtabique.

b) Lesiones asociadas

Prácticamente los métodos son los mismos que si reconstruyéramos una sola zona. Consideremos los siguientes casos:

1.- Destrucción del lóbulo y total de una ala (ZONAS 1, 2 y 3).

Se indica un colgajo cilíndrico.

2.- Destrucción del lóbulo y del subtabique. También aquí se emplea un colgajo cilíndrico.

3.- Destrucción de las dos alas y del subtabique.

En este caso se pueden emplear dos procedimientos:

- Sea dos colgajos nasogenianos invertidos para las alas, y para el subtabique un colgajo labial, cuyo lecho se ocluye si es posible, con un colgajo nasogeniano, aunque con más frecuencia mediante un injerto libre o por afrontamiento.

- Colgajo cilíndrico en puente desde una ala a la otra, reconstruyendo primero las alas y después el subtabique.

4.- Destrucción de las zonas 1, 2, 3 y 4. "Amputación de la base de la pirámide nasal".

Se dispone de dos métodos:

a) El colgajo frontal pediculado. El pedículo se obtiene del cuero cabelludo. Este se reconstruye a continuación volviendo a llevar el pedículo a su sitio.

Tiene el inconveniente de crear una pérdida de substancia en los tegumentos frontales, que debe ser llenada inmediatamente con un injerto libre (mientras solamente se necesita restaurar la parte inferior de la nariz).

b) El colgajo cilíndrico. Parece ser el método elegido el colgajo cilíndrico que con poco gasto, se pueden obtener buenos resultados.

Como lo dijimos antes para evitar el esfacelo, el método de retardamiento es un procedimiento de seguridad, ya que este se puede presentar cuando se manipulan colgajos cutáneos y en particular cuando se tallan estos contra la corriente, o un tejido cicatrizal (colgajos genianos o nasogenianos).

En suma, no nos baste poner los colgajos en su sitio; deben mantenerse en él. Para eso son los retoques.

Cuando por ejemplo, hay que asegurar un sostén a los lóbulos, a las alas o al subtabique: Injerto cartilaginoso u óseo con contacto óseo para el lóbulo y el subtabique, injerto cartilaginoso para las alas; o bien a la prótesis pre y postoperatoria por medio de aparatos a cada caso, tubos narinarios, tutores, y aparatos de presión en ciertos casos, para conformar los tejidos.

Frecuentemente se utilizan cornetas acrílicas (resinas) para disminuir la atresia narinaria.

Parece que en estas reconstrucciones los colgajos pediculados permiten más fácilmente, por su vitalidad, el injerto en estas regiones delgadas y con vascularización terminal, y son particularmente aptos para brindar el material necesario, que permita obtener un resultado suficiente.

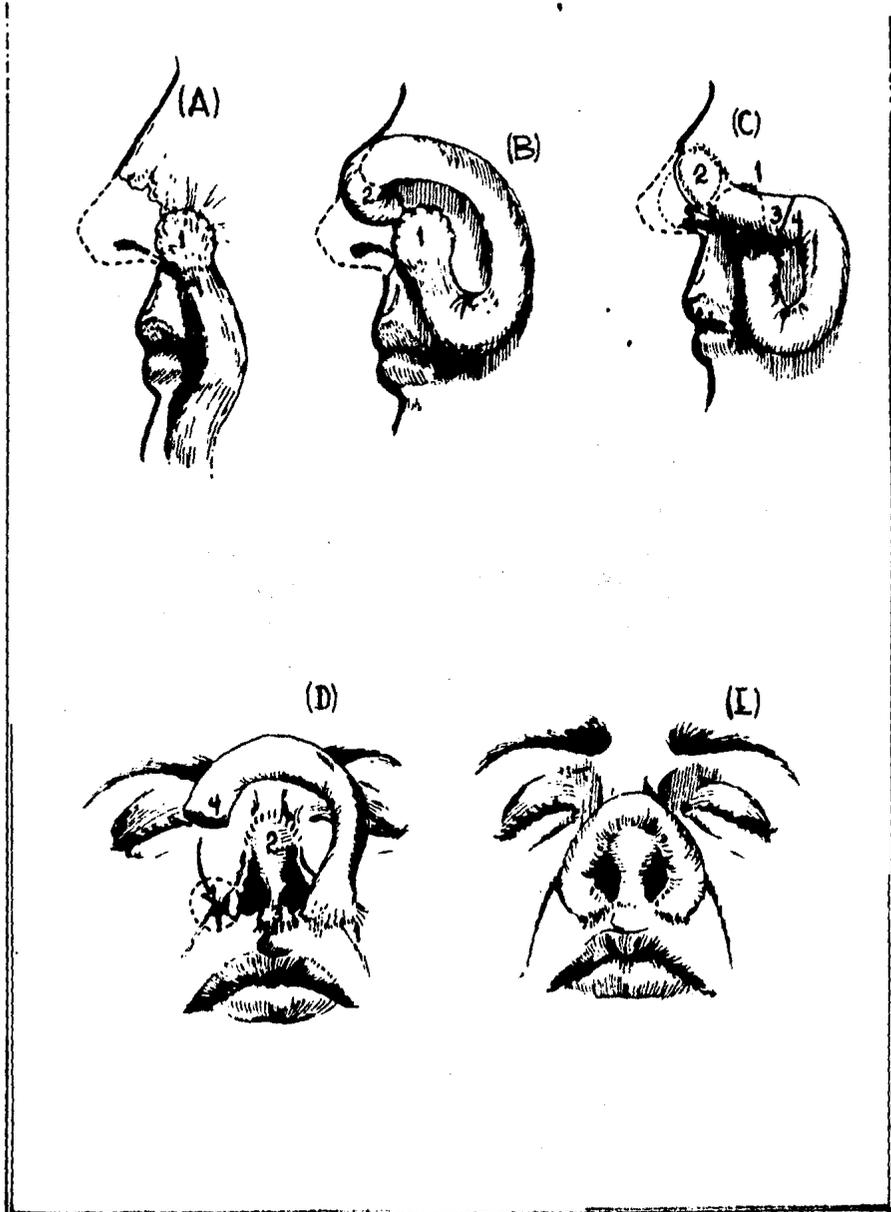
Los más indicados parecen ser los cilíndricos por su forma y extensas posibilidades de adaptación.

Tallar los colgajos cilíndricos a nivel del cuello tiene dos ventajas: Una piel cuya textura y color son comparables a los de la piel de la cara, y la rapidez de la ejecución. Pues de un solo paso llevamos el material cutáneo hasta la lesión nasal.

Si el paciente es mujer, es preferible como región donante el brazo o el tórax.

Fig. Rinoplastía baja total por colgajo cilíndrico.

Los diversos tiempos: En (C) el diseño muestra el colgajo cicatrizado y bien fijado en 2; entre 3 y 4 el lugar de la sección. La parte 3 vendrá al punto 3' y 4 a 4' como muestra (D).



CONCLUSIONES

Hay que ser eclécticos y saber usar todos los procedimientos, - pues me imagino que el mismo eclecticismo, aparte de ser lo - más recomendable, con él será más fácil en un futuro encontrar nuevas técnicas.

Sin la menor duda, el cirujano debe aplicar el acto quirúrgico que corresponda a la lesión que lo requiera y buscar adaptar - la mejor técnica para cada caso-paciente, tomando en cuenta el estado de los tegumentos, la edad, el sexo, la raza y la situación social.

El cirujano tiene por elegir toda una gama de procedimientos, - recordando que a menudo son o van a ser necesarios numerosos - retoques, y como ya se dijo, a veces las intervenciones se escalonan durante cortos o largos periodos.

El mal estado del paciente, su edad temprana, la infección local, la falta de cicatrización de las lesiones, puede contraindicar la operación, así como el rechazo sistemático de la misma por parte del interesado.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA
ACTUALIDADES QUIRURGICAS
ED. IMPRENTA CASAS, S.A.
1968.

A. WISE ROBERT AND HARVEY W.
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
MEXICO, D.F. ED. INTERAMERICANA
1959.

GINESTET GUSTAVE
CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y MAXILO-FACIAL
ED. MONDI.
1959.

MAUREL GERARD
CIRUGIA MAXILO-FACIAL.
BUENOS AIRES ED. ALFA.
1944.

N. EPKER BRUCE
DENTOFACIAL DEFORMITIES
ST LOUIS. ED. THE C.V. MOSBY
1980

T. SKOUG
CIRUGIA PLASTICA
ED. SALVAT, S.A.
1976.

TRAUNERD RICHARD AND PICHLER HANS
CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
ED. LABOR, S.A.
1953.

W. HAM ARTHUR
HISTOLOGIA
MEXICO, D.F. ED. INTERAMERICANA.
1969.

W. HARRIS ARCHER
CIRUGIA BUCAL
BUENOS AIRES. REP. ARGENTINA
ED. MUNDI.
1978.