

CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA Y ORAL

por

A. Smith y J. B. Johnson

DESDE tiempo inmemorial la rinoplastia ha sido ejecutada para mejorar el desfiguramiento causado por la mutilación de la nariz. Ciertos ritos religiosos y castigos militares de los pasados tiempos eran responsables de la completa escisión, hecha por lo general de un golpe de espada. Otras operaciones plásticas hechas para otras varias clases de desfiguraciones fueron practicadas hacia el siglo XV; pero lo conocido en la actualidad como resultado de tales operaciones, es casi nulo. Tal ha sido el estado de la cirugía plástica durante dos o trescientos años. Durante este tiempo se han hecho en esta rama de la ciencia muy escasos progresos, a causa de la falta de interés de la profesión médica y del escaso adiestramiento de los que practicaban este arte.

La nueva era en cirugía reconstructiva puede ser atribuida en gran parte a los estados subsiguientes a la Gran Guerra. La necesidad de segregar los casos de mutilación de la cara, así como otros varios tipos de estados quirúrgicos durante la guerra, naturalmente repercutió en un creciente interés sobre estos temas entre los cirujanos militares. Ello les dió una oportunidad para aprender un proceder más científico en estos casos. Aunque algunos cirujanos de hoy afirman que la cirugía plástica ha tenido su

despertar previo a aquel tiempo, ninguno puede poner en duda la profunda influencia que la gran catástrofe ha tenido sobre aquella letárgica rama de la cirugía.

En la actualidad, más que en cualquier otro tiempo de la historia del hombre, es necesario para cualquier persona el ser tan perfecto física y mentalmente como sea posible para conseguir el éxito. Parece que la apariencia es todavía más importante, hoy día, que la habilidad. La perfección mental es menos posible de adquirir cuando se presenta alguna deformidad. Es bien conocido que los defectos congénitos o adquiridos producen profundos cambios mentales, y, en su consecuencia, afectan en gran parte al estado físico general. Parece no existir relación entre el grado de deformidad y la extensión de los cambios mentales producidos. De una deformidad mínima ciertos pacientes derivan en tan marcados complejos de inferioridad que prácticamente los conduce al aislamiento. No solamente estos pacientes acusan un lamentable espectáculo, sino que en los casos muy graves, muy a menudo presentan para la sociedad problemas que no son fácilmente solubles.

El automóvil juega un importante papel en la génesis de los estados en los que tiene que intervenir la cirugía plástica. Los accidentes de motor junto con los deportes violentos, son responsables de un largo porcentaje en los estados traumáticos faciales. Las lesiones congénitas, tales como las perforaciones palatinas y los labios leporinos, contribuyen en un porcentaje igualmente grande a los casos que deben ser tratados por el cirujano plástico. Los progresos que se han hecho en las reparaciones de las perforaciones palatinas deben ser atribuídos igualmente a la cirugía plástica, pues durante muchos años el cirujano se satisfacía con cerrar el paladar, prestando poca atención a la deformidad resultante o al resultado funcional obtenido de este modo. Muchos de estos casos resultaban con cierre incompleto, y un alto porcentaje de ellos no acusaban mejoría alguna en la pronunciación.

El importante papel del dentista en este campo de la cirugía no debe ser olvidado. Su estrecha cooperación, es-

pecialmente en las restauraciones faciales por restablecimiento de los arcos maxilares y mandibulares a su normal posición y relaciones, así como los numerosos casos en que él es directamente responsable, es de inestimable valor para el cirujano oral.

A continuación hacemos una reseña de cinco casos que han estado bajo nuestra observación y cuidado:

Caso 1.^o—D. G., taqui-mecnógrafa de veintitrés años de edad, nos consultó respecto de una profunda depresión que padecía en su mejilla izquierda desde hacía siete años. La historia de este caso nos reveló que a los diez años recibió un fuerte golpe de "base-ball" en la mejilla izquierda. Aparte de la extirpación de amígdalas y de vegetaciones a los cinco años, no acusaba nada importante en su historia, habiendo transcurrido su vida posterior en buen estado de salud.

El examen físico acusaba que estaba bien desarrollada y bien nutrida. No sufría de ningún dolor físico ni había evidencia de infección. El examen físico general fué negativo.

Según su madre, la paciente había sufrido durante varios años "un complejo de inferioridad" tal, que rehusaba aceptar ninguna invitación. El examen revelaba una profunda depresión en la región de la mejilla izquierda, que se extendía en una área de alrededor de cinco centímetros y medio de diámetro, estando el punto de mayor depresión correspondiente al seno maxilar. La profundidad de esta depresión en su punto mayor era de unos tres cuartos de pulgada. La palpación no acusaba ningún dolor ni tejido blando.

El examen intra-oral acusaba ausencia del primer molar izquierdo y segundo y primer bicúspide superiores. El tejido de este área estaba absolutamente normal de aspecto.

El impacto de "base-ball" fracturó la pared externa del antro, el hueso malar y el margen infra-orbitario del hueso maxilar. El examen radiográfico acusaba una casi completa obliteración del seno maxilar. El margen infra-

orbitario aparecía fracturado. Presentaba, además, ectropión del párpado inferior izquierdo, y el lado izquierdo de la ventana de la nariz estaba aumentado y en distorsión: el ángulo izquierdo de la boca estaba inclinado hacia abajo. El contorno natural del lado izquierdo de la cara estaba destruído, pues presentaba una superficie cóncava, en vez de la convexidad normal. Las mediciones revelaban que la concavidad del lado izquierdo de la cara era tres cuartos de pulgada más profunda que el contorno normal de la cara del lado derecho. El grosor del tejido blando en la profundidad de la depresión era de un octavo de pulgada, dando la sensación al dedo, en la palpación, de que no existía más que la piel y la mucosa.

Cirugía constructiva.—Un injerto entubado conteniendo considerable cantidad de tejido adiposo fué preparado sobre la pared abdominal, y fué transportado en cuatro pasos a la cara, terminando en el lado izquierdo del cuello y empleado para restaurar el contorno facial del lado izquierdo de la cara. Se hizo después una incisión de una longitud de una pulgada y cuatro paralelamente al borde inferior del lado izquierdo de la mandíbula. La piel fué cuidadosamente movilizada de los tejidos subyacentes en el ángulo de la boca, por debajo del ala de la nariz, por debajo del párpado inferior izquierdo y extendiéndose hasta una pulgada y media por delante de la oreja derecha. El extremo inferior del tubo fué abierto, y la superficie de la piel, desepitelizada. Después de preparar esta terminación, el injerto, entubado, fué introducido a través de la pequeña incisión y sostenido por suturas equidistantes, las cuales fueron colocadas en el margen de la hoja de piel. Esta hoja estaba cortada, según medidas previa y cuidadosamente determinadas por modelos. Los puntos de sutura fueron insertados en la hoja de piel con anterioridad de que ésta fuese colocada en su sitio, extendida encima de la piel y sujetos los puntos sobre botones. Tres semanas más tarde, el extremo inferior del tubo fué desinserto del injerto activo, cortando y modelando su porción inferior de forma apropiada, y cerrada la incisión de la

piel. El contorno facial de la mejilla izquierda fué restaurado a la normalidad, quedando esta mejilla con el mismo grosor y la misma forma que el otro lado de la cara, siendo ambos simétricos. Hubo restauración completa de la expresión.

Caso 2.^o—D. W., hombre de cuarenta años de edad, músico, que en un accidente de automóvil recibió una herida grave en la extremidad de la barbilla, de lo que resultó una fractura de la mandíbula inferior en la línea media. Según la historia clínica, sufrió una infección secundaria y una considerable pérdida de hueso en la región de la fractura. Permaneció en el hospital durante varios meses, sometido a tratamiento. Después de la pérdida del hueso en la línea media, los fragmentos fueron aproximados por medio de ligaduras de alambre, bajo anestesia quirúrgica, de lo cual resultó un considerable estrechamiento del arco inferior. La pérdida del hueso en la región de la sínfisis dio como resultado unafilamiento de la barba, cuyo contorno anterior era redondeado. Este caso nos fué remitido a nosotros por J. C. Vinetz, de Los Angeles, cerca de seis meses después de la lesión inicial.

El examen revelaba una mandíbula extraordinariamente estrecha, que comprimía a la lengua. Existía una fístula cutánea abierta en la barba, que arrojaba un exudado muco-purulento. El examen radiográfico demostraba la existencia de varios secuestros en la línea de la fractura. A través de una incisión hecha en la región de la fístula se extrajo el secuestro y se rasparon los bordes del hueso. Los dos lados, derecho e izquierdo, de la mandíbula, fueron movidos lateralmente; se le colocaron los dientes en oclusión apropiada y fueron inmovilizados ambos fragmentos por medio de ligaduras intermaxilares de alambres. Ocho meses más tarde se hizo un injerto óseo. Este injerto fué extraído del "ílium" con la sierra de Albee. Los siete meses siguientes al injerto óseo, la mandíbula inferior fué sujeta fuertemente a la superior por ligadura interdientaria. Este injerto óseo fué un éxito completo, pues reconstituyó a la normalidad el contorno mandibular.

Caso 3.^o—J. L., muchacho de dieciocho años, estudiante de un Colegio, nos consultó con referencia a la conveniencia de llevarle a cabo una rinoplastia correctiva. La historia clínica revelaba que había sufrido mutilación de sus tejidos nasales. (Este caso no tiene interés bajo el punto de vista odontológico.)

Caso 4.^o—L. F., chica de veinte años de edad, estudiante, nos consultó acerca de la modificación de un labio leporino y perforación de paladar. Había sufrido trece operaciones entre los dos meses de edad y los once años en inútiles intentos de corregir aquellas deformidades, no encontrando mejoría alguna de su estado, sino todo lo contrario, pues había perdido una gran cantidad de tejidos, incluyendo hueso, cartílago y tejidos blandos, como consecuencia de las inútiles operaciones, dando como resultado una horrible deformidad, tanto facial como funcional. Su pronunciación era tan deplorable, que con dificultad la entendían sus mismos familiares. El examen revelaba una escasa separación del labio, a causa de una extensa cicatriz, y una gran discrepancia entre los bordes mucosos de los labios, de cerca de un octavo de pulgada. El examen de la cara revelaba una marcada deformidad, debida a la extensa pérdida y alteración de los tejidos de sostén, de lo que resultaba una depresión completa del carrillo derecho, incluso del ala nasal derecha, y aplastamiento del labio superior. La base del ala derecha de la nariz estaba deprimida, y la nariz, cerrada. Debido al colapso del cartílago del ala, la pared nasal lateral contactaba con el "septum" en su tercio inferior.

El examen de la boca revelaba una tremenda deformación de la mandíbula superior. Presentaba pérdida de una gran cantidad de proceso alveolar del lado derecho del maxilar, existiendo solamente tejido fibroso separando el suelo del antro de la boca. En toda la arcada dentaria superior no existían más que cuatro dientes, y aun éstos se presentaban profundamente irregulares y en posición anormal. La mandíbula inferior estaba en protrusión de unas tres cuartas de pulgada, con "mordida en tijeras", exis-

tiendo únicamente contacto entre un diente de la mandíbula superior y otro de la inferior. La deformidad era tan enorme, que el paciente podía cubrir fácilmente con su labio inferior el tercio inferior de la nariz, e incluso llegaba a tapar los orificios de la nariz con los dientes inferiores. El palador, duro, presentaba una perforación en hendidura, que tenía una extensión por su sitio más ancho de una pulgada. Una pequeña porción de velo aparecía cerrada; pero lo estaba con un tejido cicatricial muy duro y no tenía una extensión mayor de unos tres cuartos de pulgada. Anteriormente se encontraba un puente de tejido de una media pulgada de diámetro, que constituía la única separación de las dos cavidades oral y nasal. Todo el tejido que constituye de ordinario el armazón de separación de la nariz y de la boca, no existía.

Operación.—El método elegido para conseguir la clausura de la fisura palatina, fué el injerto entubado, y este procedimiento fué el de elección (1), por el abundante tejido de cicatriz que existía en estas regiones, el cual tenía, naturalmente, una gran pobreza circulatoria, y (2) por la extensa deformidad, debida a la pérdida del proceso alveolar, y a lo sumido que presentaba el labio superior. Nuestro objeto era evitar en lo posible las pérdidas posteriores de tejidos por necrosis, debidas a la pobreza circulatoria de esta región.

Este caso ha sido el cuarto en el que hemos empleado el procedimiento de los injertos entubados para conseguir la clausura de hendiduras palatinas, con excelentísimos resultados.