

• CIERRE DE LAS PERFORACIONES TRAUMATICAS DEL PALADAR CON PLASTIAS TUBULADAS DE GILLIES (*)

por el

Doctor José Sánchez Galindo

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Militar de Madrid (Carabanchel)

EN los traumatismos de la cara, principalmente aquellas heridas por arma de fuego y las consecutivas a la acción de la metralla, en las cuales se producen, entre otros diversos y múltiples destrozos, la pérdida de sustancia más o menos ex-

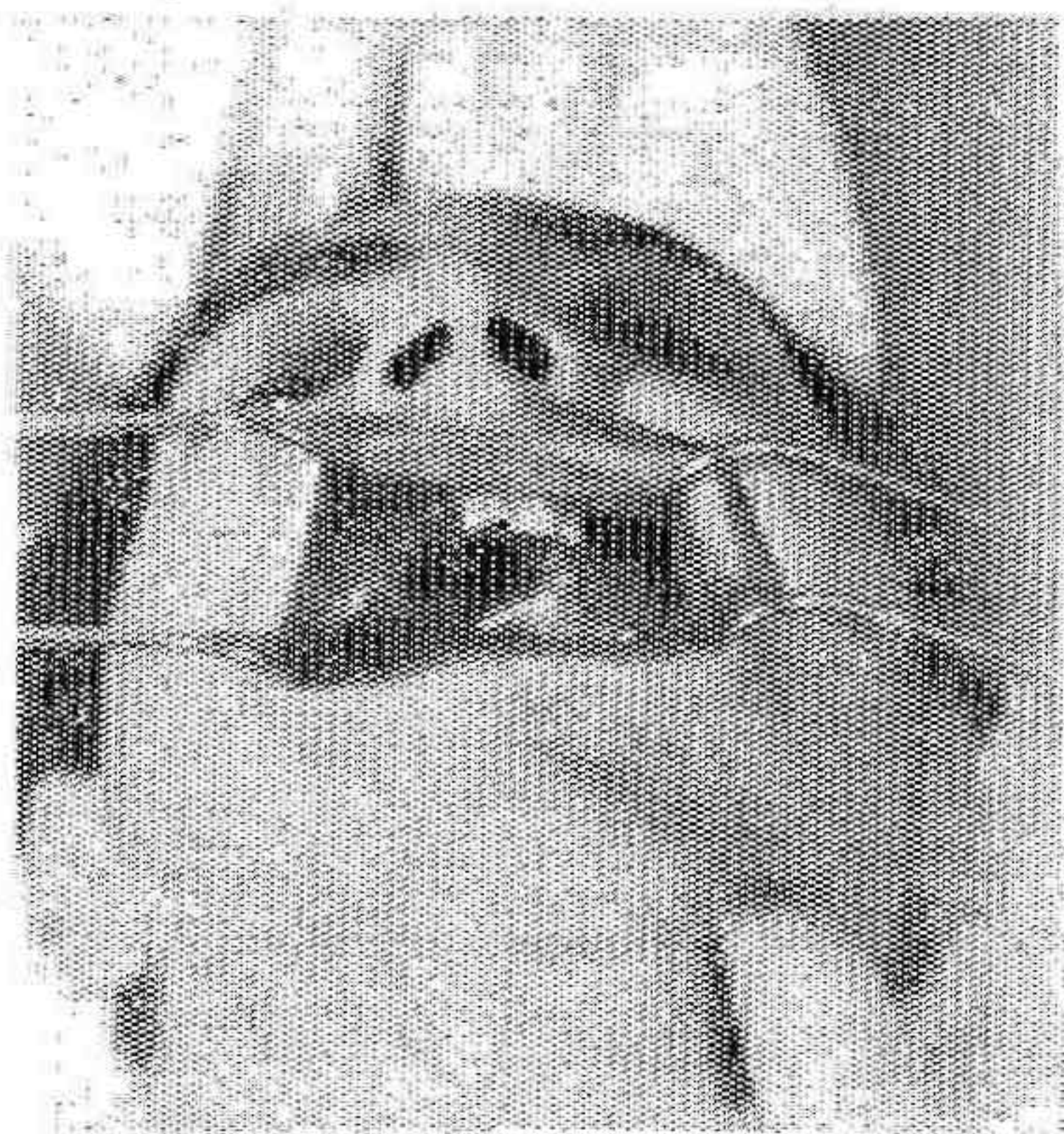


Fig. 1.—Perforación extensa de paladar

tenso de las apófisis palatinas del maxilar superior y de las horizontales de los palatinos, que son los elementos óseos constitutivos del paladar duro, dejan como secuela unos orificios de mayor o menor regularidad de sus bordes, que ponen en comunicación la cavidad bucal con la de las fosas nasales, per-

(*) Comunicación leída en la Sociedad de Cirugía de Madrid.

foraciones (y nos referimos en especial aquéllas que su diámetro sobrepasa de dos centímetros), que su tratamiento constituye un grave problema, tanto en su planteamiento como en su técnica.

Podemos también incluir entre este tipo de perforaciones del paladar, en lo que toca a la orientación de sus tratamien-

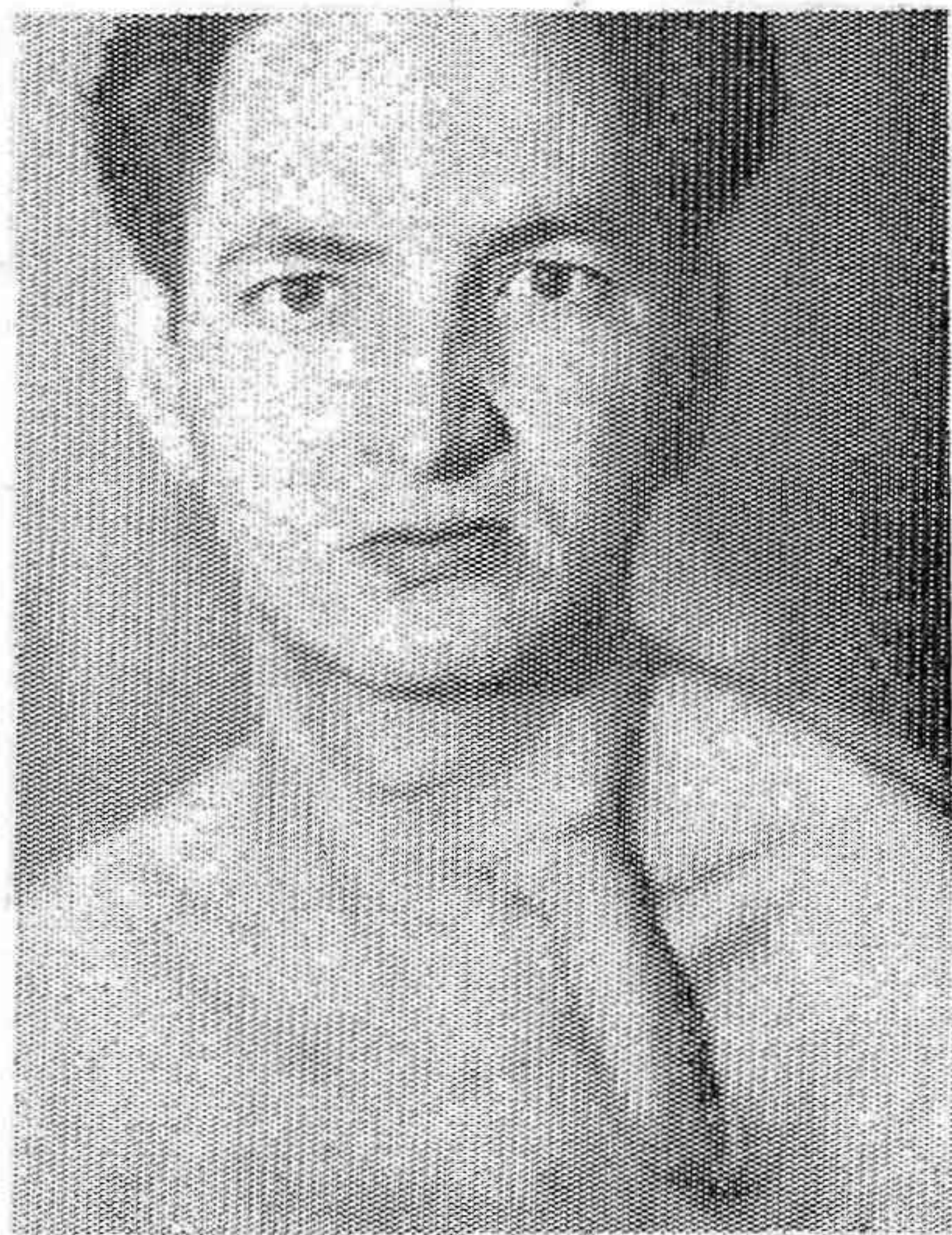


Fig. 2.—Plastia tubular de Gillies implantada en región lateral del cuello

tos, otras que, aunque no teniendo su origen traumático, se encuentran ya constituídas y han sido producidas, bien por procesos destructivos anteriores, como son las lesiones gomosas sífilíticas o consecutivas a tratamientos físicos o quirúrgicos, que, como en las neoplasias, es necesario llevar a cabo.

No hablaremos en estos momentos de las perforaciones de paladar de origen congénito, hendiduras de velo, hendiduras completas y complicadas con labio leporino. Únicamente haremos notar que para el tratamiento de este tipo de lesiones no son necesarias plastias de tejidos tomados a distancia, casi la totalidad de los casos se resuelven satisfactoriamente por la

estafileorrafia y uranoestafileorrafia, siguiendo preferentemente las técnicas de Veau, que permiten la aproximación de los colgajos laterales sin tensión en las suturas y con perfecta coacción de sus bordes centrales. En algún corto número de casos puede que sea más conveniente la intervención, según la técnica de Blair o la de Brown, pero ya esto es otro punto a tratar fuera del tema, advirtiendo solamente de la

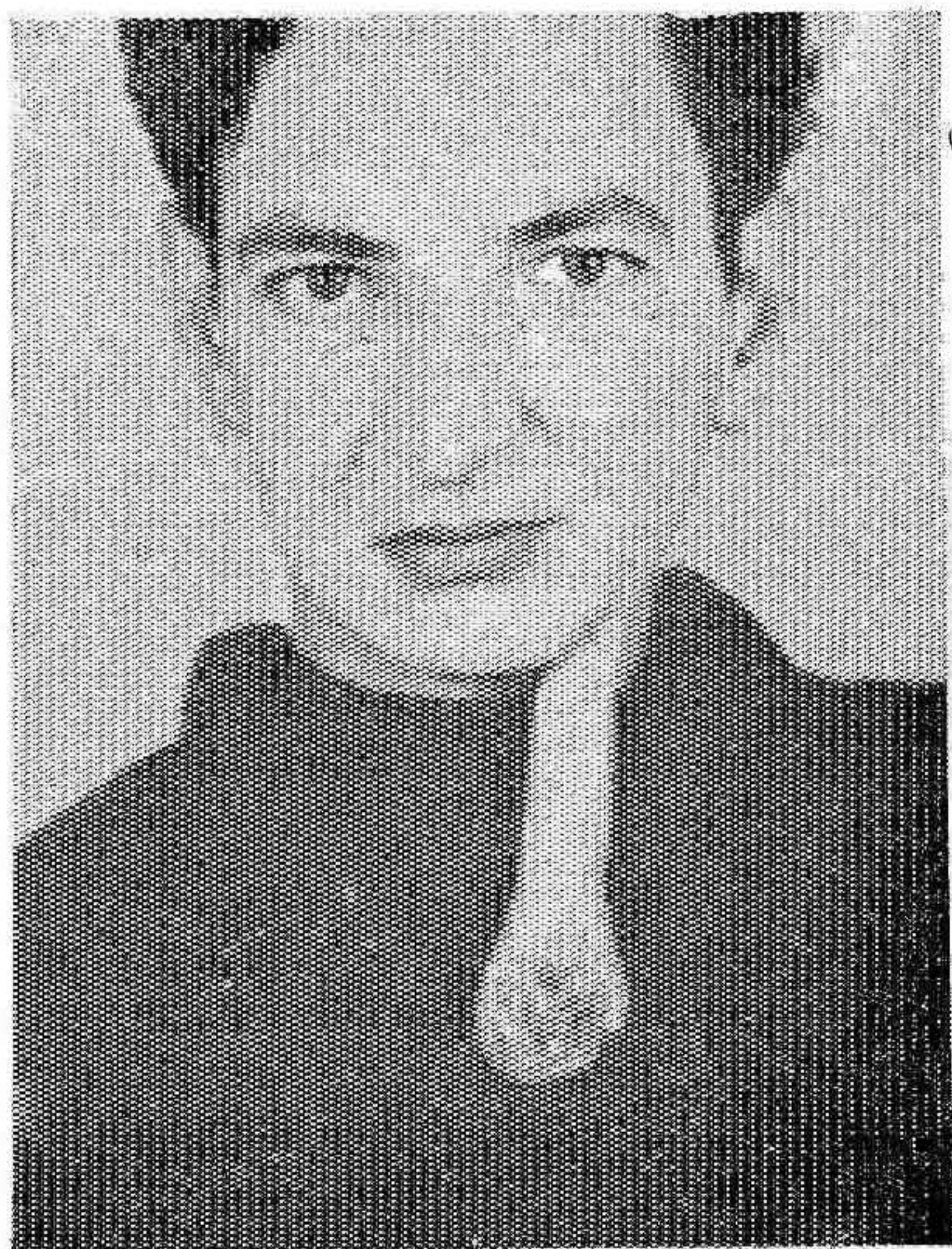


Fig. 3.—Extremidad del tubular de Gillies desdoblada y recubierta de un injerto epidérmico de Thiersch

posibilidad que estas deformidades congénitas sean separadas casi siempre por plastias de tejidos inmediatos, sin que sea necesario tener que valernos de plastias de otros tejidos contiguos, ni tomadas de otras diversas partes del cuerpo.

Las perforaciones traumáticas del paladar las podemos clasificar para su tratamiento en dos grupos. Uno, aquellas perforaciones cuyo diámetro no sobrepasa el centímetro o centímetro y medio, y otro, que comprenda todas aquellas de comunicación más amplia.

Las comprendidas en el primer grupo, su cierre y recons-

trucción del paladar, puede realizarse por plastias pediculadas tomadas de los tejidos próximos, variando la técnica de la intervención y el lugar de la toma del colgajo, según el sitio en donde se encuentre la perforación que queremos reparar. Si ésta se halla situada en la línea media o en sus proximidades, aprovecharemos las partes sanas del paladar para trazar sobre ellas los colgajos muco-periósticos, para que, por su deslizamiento, conseguir el cierre de la perforación, usando para ello de la gran variedad de técnicas descritas la más apropiada para cada caso; así, podemos emplear la de Horsley-Bigger o la de Brown (deslizamiento de delante atrás de un colgajo muco-perióstico que comprenda toda la porción anterior del paladar), la de Ganzer (tallado de un colgajo muco-perióstico en forma de raqueta) o la de Padgett (aproximación de colgajos laterales).

Cuando la perforación se encuentra situada en las proximidades del borde alveolar, los colgajos pediculados que emplearemos para realizar la reparación plástica les tomaremos, bien de fondo del vestíbulo, en el punto más próximo a la perforación, o bien de la cara mucosa de la mejilla, siguiendo las técnicas de Padgett o de Rosentdal, respectivamente.

Para el tallado de estas plastias pediculadas tenemos que tener en cuenta, no solamente el tamaño de la perforación en sí, sino también el halo cicatricial que la rodea y que a veces es tan extenso que perforaciones relativamente pequeñas no pueden ser tratadas por los procedimientos antedichos y es necesario para obtener su cierre el valerse de plastias tomadas a distancia, principalmente por medio de tubos de Filatov-Gillies.

Las del segundo grupo, esto es, aquellas perforaciones extensas de amplia comunicación, su cierre y reconstrucción plástica del paladar no puede conseguirse más que por la trasplantación de tejidos tomados de puntos más o menos distantes. Yo, como la mayoría de Cirujanos, en la actualidad desecho las técnicas que, como la de Rosenthal o la de Kappis, toman los colgajos pediculados para su inmediata implantación en el paladar y reconstrucción del mismo, bien de la mejilla en todo su espesor (*Rosenthal*) o bien de la cara anterior del cue-

llo (*Kappis*), y reanversando este último colgajo es introducido en la cavidad bucal a través de un ojal abierto desde el borde de la mandíbula al fondo vestibular. Repito, no creo que estas técnicas merezcan de ser tenidas en cuenta; las deformidades y trastornos cicatriciales subsiguientes en la cara y región suprahioidea no son compensadas de ningún modo con

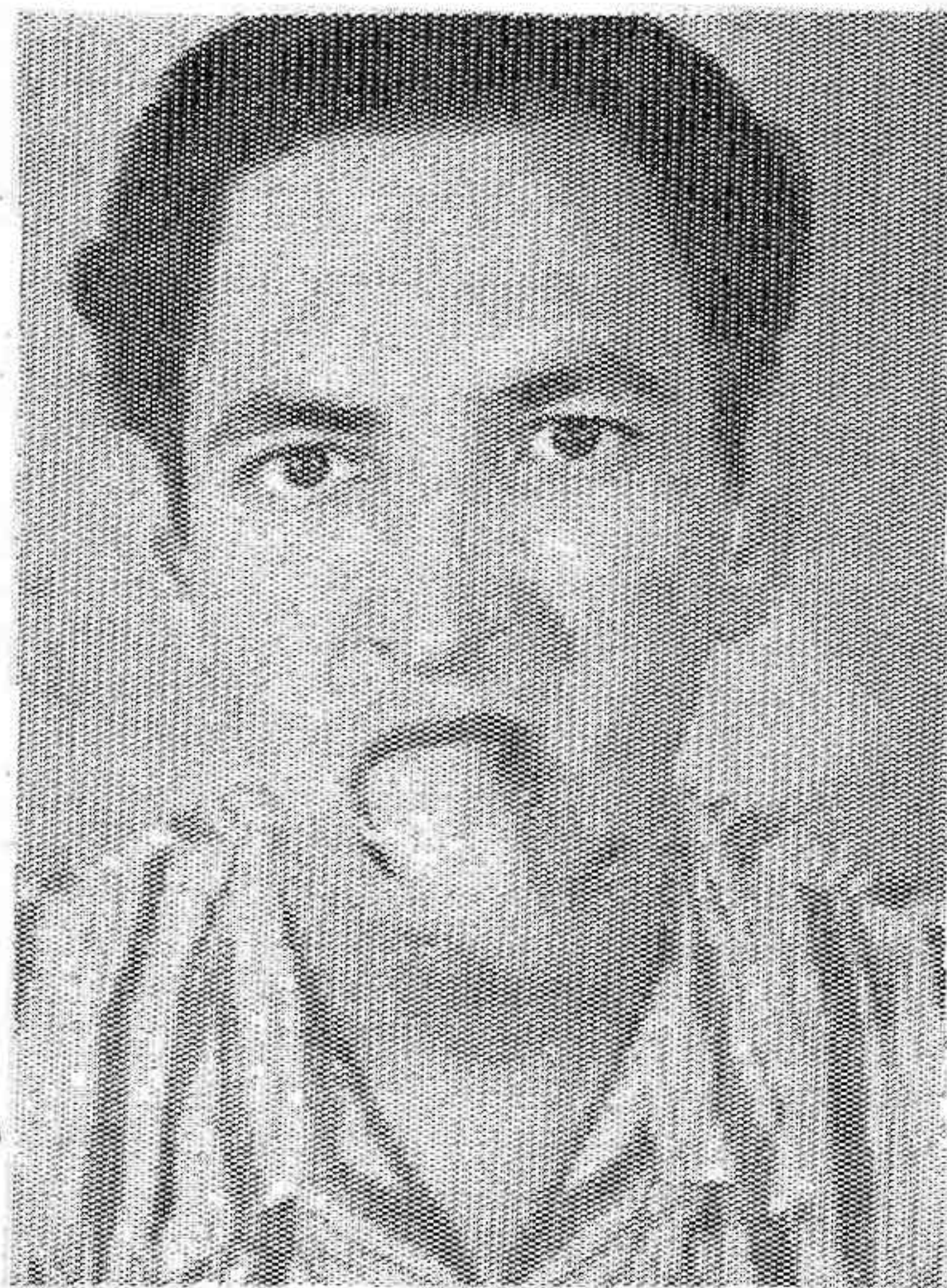


Fig. 4.—Plastia tubular implantada en el paladar a través de la abertura bucal.

la reconstrucción del paladar conseguida, y el paciente no nos agradece la intervención en favor de su desgracia.

Las plastias tubuladas de Filatov-Gillies han resuelto el problema del transporte de tejidos tomados a distancia de la forma más segura para el Cirujano, más cómoda para el paciente, al mismo tiempo que con la menor esclerosis de los tejidos transportados y la menor deformidad y trastornos cicatriciales de la región donante. Estas plastias tubuladas pueden ser implantadas, con una relativa comodidad del paciente, en los bordes de la pérdida de sustancia del paladar, sin dejar nunca al descubierto una superficie no revestida de epitelio, que su existen-

cia hacen que sea la puerta de entrada de la infección y el comienzo del desprendimiento y fracaso de la plastia.

En nuestro Servicio seguimos la siguiente técnica en los varios casos en él intervenidos:

1.º Construcción de una plastia tubulada de Filatov-Gillies, acromio-pectoral o clavículo-pectoral, región muy a propósito como donadora de tejidos en estos trasplantes, por ser en ella la piel relativamente fina y la capa de tejido celular

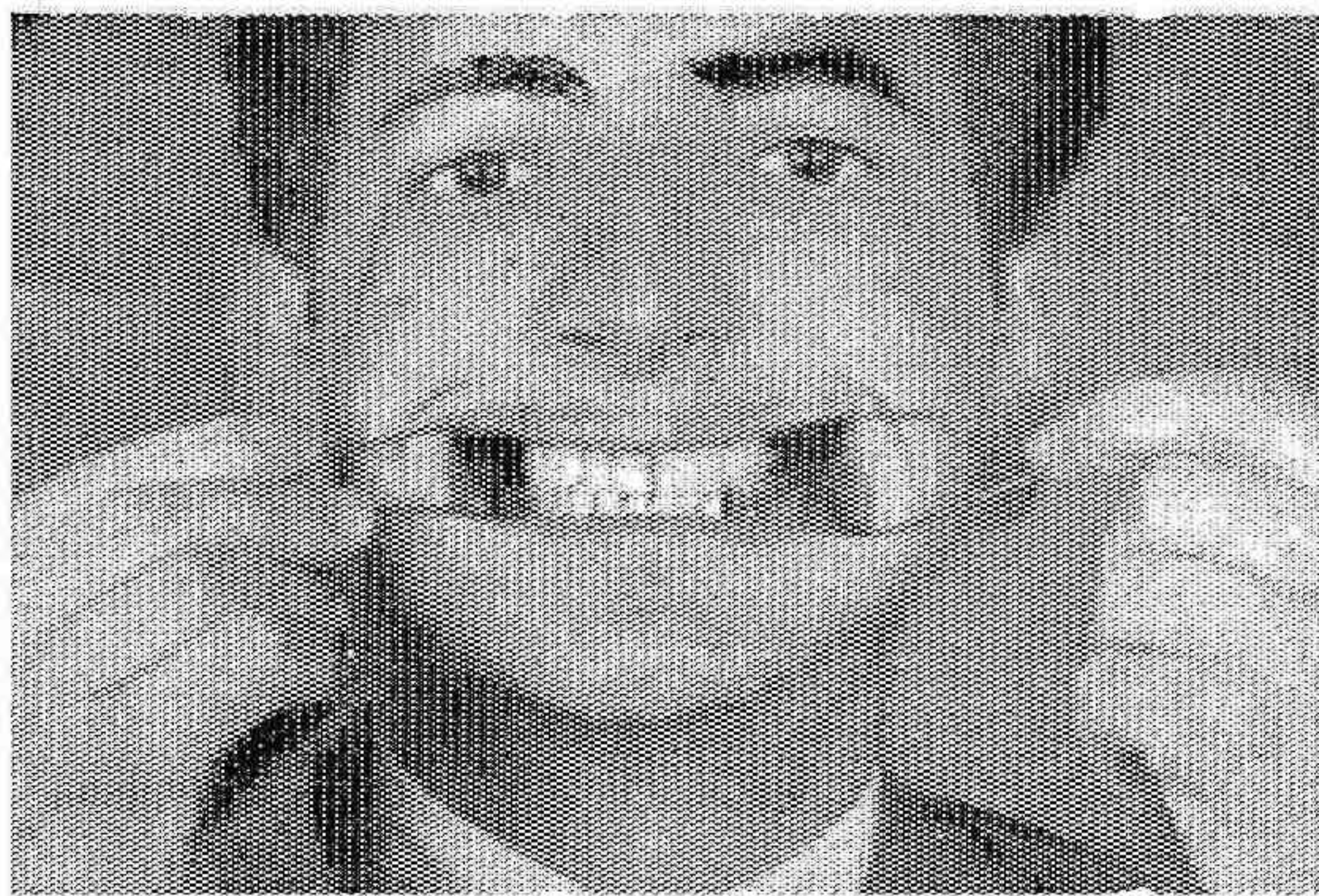


Fig. 5.—Paladar reconstruido

subcutáneo no muy abundante. Como único inconveniente es que en algunas personas la existencia del bello impide la utilización de esta región, teniendo que elegir para tomar la plastia la cara interna del brazo, vientre u otra región que creamos apta para ello.

2.º Pasados veinticinco días el extremo inferior de esta plastia tubulada es trasplantado, en el caso de la acromio-pectoral o clavículo-pectoral, a la región lateral del cuello. En el plazo de otros veinticinco días es pasado al otro extremo para ser colocado en la región suprohioidea. En el caso de que la plastia sea tomada de un lugar más distante, en vez de ser aproximada por medio de pases sucesivos efectuaremos el trasplante por implantación previa de la plastia en el borde radial del antebrazo y, a través de esta implantación, aproximarle,

manteniendo el brazo con un aparato de escayola. Esta última forma no hemos tenido necesidad de emplearla, porque en todos nuestros casos han podido ser resueltos, tomando la plastia de la región acromio-pectoral.

3.º Una vez que la plastia la tenemos implantada en la región suprahioidea, liberamos la extremidad inferior del tubo,

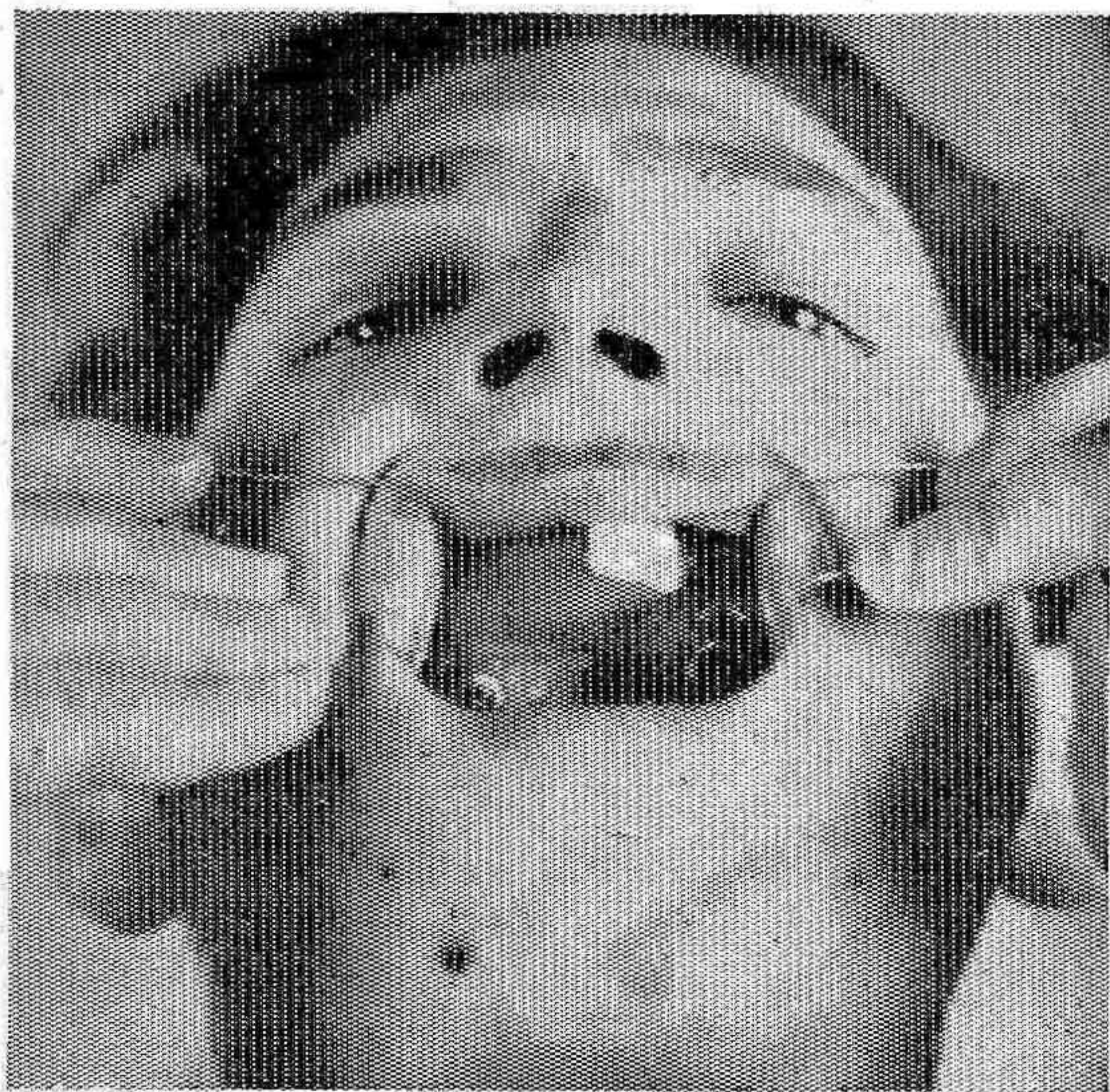


Fig. 6.—El mismo paciente con la protesis colocada

desdoblándola, para rehacer una superficie plana. Se aplica sobre esta superficie cruenta un injerto de Tiersch, fijándolo con unos puntos de seda y conteniéndolo con una compresión elástica por medio de esponjas colocadas bajo el vendaje.

4.º Ya así preparada la plastia para verificar el cierre de la perforación, son avivados ampliamente los bordes de esta última, liberando de una manera clara la mucosa nasal, por una parte, y del borde mucoperióstico del paladar, por otra. Los bordes de la parte plana de la plastia tubulada son reseca- dos, haciendo entonces una doble sutura: la primera, de la superficie superior de la plastia con la mucosa nasal, y la segunda

sutura, de la superficie inferior o bucal de la plastia con la capa muco-perióstica del paladar.

El paso del tubular a la cavidad bucal se hace por la abertura natural, al menos que exista otra artificialmente labrada por el traumatismo, o una cicatriz en la mejilla, en donde su extirpación y provocación de una nueva comunicación con el exterior de la cavidad bucal no añada al paciente nuevos trastornos. De no ser por una de las coincidencias expuestas, siempre introduciremos el tubular a través de la abertura natural, sosteniéndole por medio de un aparato protésico que a la vez nos sirva para impedir que el paciente pueda cerrar las arcadas dentarias y herir la plastia con sus dientes.

5.º A los veinticinco días de realizada la implantación, se secciona el tubular en las proximidades de la perforación ya cerrada, estirando la piel por deslizamiento y suturando la herida.

Lo sagrado no se puede suprimir en lo moral. (Durkheim.)

MINGUIJÓN