

## **Consideraciones sobre el tratamiento de las heridas de guerra de la mano**

**por el doctor V. SANCHIS OLMOS**

Cirujano del Grupo de Sanidad de la 41 División. 19 Cuerpo de Ejército

Nos referimos en este pequeño trabajo a las heridas de mano complicadas, en las que la nuestra fué la primera intervención.

Dejamos aparte de este estudio todos los casos de heridas, sea cual fuere el tipo de proyectil causante, que no interesaran más que la piel o fueran simples sedales, porque estas heridas no ofrecen ningún tipismo dependiente de la función tan importante del último segmento del miembro superior y nuestro criterio en líneas generales ya fué expuesto. (Véase el número 2 de esta Revista.)

Las heridas propiamente de la mano, producidas por bala a poca distancia, tienen un orificio de salida grande y con fractura de uno o varios metacarpianos. Con gran frecuencia hay secciones tendinosas generalmente pertenecientes al grupo extensor. Lo mismo ocurre con las producidas por casco de metralla, que generalmente no tienen más que un orificio y que casi siempre interesa el dorso.

La resección de los bordes de la piel ha de ser particularmente económica, pues precisamente en el dorso de la mano la existencia de un armazón rígido, formado por el esqueleto y la ausencia de masas musculares que cree un plano subepidérmico elástico, no permiten una sutura de la piel si la pérdida de sustancia en ésta es algo grande. Nosotros al principio nos vimos obligados alguna vez a hacer plastias, que son costosas de realizar.

Actualmente hacemos la escisión de los bordes de la piel muy económica, no con bisturí como al principio, sino con tijera; medio milímetro de borde resecaado es más que suficiente, y en algunos casos de heridas por bala que vienen en buenas condiciones de limpieza, en los puntos alejados de la salida del proyectil, donde sólo el estallido produjo la solución de continuidad, se puede obviar la resección del borde, limitándonos con la tijera a pelarlo y a limpiarlo luego con una torunda de gasa empapada en éter, pero esto se hará sólo en casos particulares indicados de heridas de bala, ya que la regla será la resección; económica, pero resección.

En los casos en los que está indicado amputar algún dedo, la piel servible de éste es utilísima y permite una escisión más amplia de bordes.

Una vez hemos intervenido sobre la piel, actuamos sobre el fondo de la herida, que limpiamos bien, en particular de granos de pólvora de los que están incrustados los tejidos en los casos de disparos a bocajarro; a la pólvora la consideramos como un cuerpo aséptico y si la quitamos con tanto afán es porque con gran facilidad da lugar a supuraciones que aunque comiencen siendo asépticas, por cuerpo extraño crean un medio favorable para que se superponga otra microbiana.

Verificada la limpieza minuciosa suturamos siempre la piel si han transcurrido menos de doce horas después del accidente; en caso contrario, antes hacíamos la limpieza quirúrgica, pero no suturamos. Tuvimos, no hace muchos meses, un caso que ingresó después de las treinta y seis horas, en el que no quisimos intervenir por no modificar el reposo de la herida y cambiar las condiciones circulatorias; redujimos e inmovilizamos las fracturas de los metacarpianos (fué un herido que pudimos retener algún tiempo). Algunas semanas más tarde hicimos cura oclusiva con gasa vaselinada, y el resultado ha sido inmejorable, no habiendo tenido el herido, durante todo este tiempo, ni una sola décima de fiebre; es un caso que nos ha dado enseñanzas y al que en otra ocasión nos referiremos con detalle. A partir de entonces hemos creído preferible en aquellos casos de heridas de bala cuyas heridas tenían buen aspecto, y en las que el tiempo transcurrido impedía la sutura, no tocarlas, no modificar el reposo de la herida, y si bien nuestro criterio es el de dejarlas al aire libre, como se trata de heridos que tienen que ser rápidamente evacuados nos limitamos a hacer una cura de embalsamamiento con aceite alcanforado. En las heridas de metralla o en las de bala en malas condiciones de limpieza hacemos, sin embargo, la monda y limpieza siempre que hayan transcurrido menos de treinta horas; en caso contrario no las tocamos, y en ambos casos hacemos cura de embalsamamiento.

La sutura de la piel cuando la hacemos es completa, y como regla general no dejamos desagüe; sin embargo, en algún caso en el que han desaparecido los lumbricales e interóseos de un espacio metacarpiano solemos colocar por la cara palmar un pequeño tubo de goma, que retiramos dos o tres días después; lo hacemos así por la imposibilidad de hacer hemostasia por compresión y evitar la formación de un hematoma interóseo.

Los casos con sección tendinosa (lo que es frecuente) antes los dejábamos sin hacer la tenorrafia, fieles a nuestro criterio de no dejar suturas perdidas que pudieran ser el punto de partida de infecciones, pero pronto cambiamos de opinión, ya que dedo cuyo fascículo correspondiente del tendón extensor dejamos en estas condiciones fué dedo perdido, pues a pesar de

buscar y colocar la mano y dedos en posición favorable para la cicatrización del tendón, el herido que rápidamente era evacuado iba rodando de hospital en hospital y acababa por volver al frente a pedirnos que le quitáramos el dedo que con su contractura irreducible en flexión le molestaba.

Actualmente no obramos así; en los casos con poca pérdida de sustancia del tendón, herida no muy sucia y posibilidad de recubrir cutáneamente toda la herida suturamos el tendón. La sutura no es fácil casi nunca, pues los bordes de la sección no son netos y suele haber pérdida de sustancia, por lo que hay que recurrir con frecuencia a suturar los cabos al fascículo tendinoso del extensor común correspondiente a un dedo vecino.

Si las condiciones para hacer la tenorrafia no son favorables amputamos el dedo correspondiente, siempre que no sea, naturalmente, el pulgar, que no amputamos nunca, y el índice, para el que sin ser tan absolutos somos muy reservados; la piel del dedo amputado nos resuelve el problema de cerrar la herida dorsal, pues generalmente en estos casos todo es desfavorable, y suturar la piel sería difícil; de esta forma es más fácil evitar la infección, que sería el final obligado de las heridas abiertas que hoy son intervenidas en el hospital de vanguardia, mañana curadas en el de etapa, al otro día en otro hospital, etc.

Una vez suturada o no la herida, pero pelada y limpia, lo ideal para nosotros, y que en un medio favorable puede hacerse, es dejarla al aire libre; esto lo hicimos en algunas ocasiones con inmejorables resultados.

En los casos con fractura de metacarpianos acto seguido de la intervención, en la que reponemos en su sitio cuantas esquirlas han saltado, y tanto con sutura o no de la piel, colocamos una férula dorsal enyesada con la mano hiperextendida, que fenestramos a nivel de las heridas y que nos permite sujetar una férula digital para mantener reducida e inmovilizada la fractura.

Nunca hemos colocado la férula de yeso palmar, como hace mucha gente, con trozos de férulas de Cramer y con manoplas, etc., no ya en el medio hospitalario de primera línea, donde éste es excusable, pues muchas veces se carece de los medios indispensables, sino en los hospitales de retaguardia, ya que imposibilita la flexión en las articulaciones metacarpofalángicas y se retarda la recuperabilidad funcional de la mano.

La férula digital, cuando no hay sutura tendinosa, la colocamos en flexión pronunciada, pues la reducción de la fractura es así correcta, y además, y sobre todo, permite que los dedos sanos puedan moverse en toda su amplitud. Sin embargo, ignoramos el porqué, y sería interesante que lo dijeran, hay algunos que han quitado nuestro vendaje, nuestra inmovilización, etc., y han colocado el dedo en extensión.

La férula digital muchas veces hay que incurvarla a nivel de la herida

OPERADO

palmar, que generalmente coincide en el trayecto que la férula digital ha de recorrer, a fin de que no impida la percepción visual de la herida y el acto de las curas, ya que la inmovilización no debe ser interrumpida hasta la curación.

En un caso tuvimos que recurrir a hacer una férula digital dorsal con puente, pues la herida palmar estaba situada precisamente en el pliegue dígito-palmar donde el codo de la férula debía apoyarse.

La férula digital en los casos de sutura de tendón la colocamos en extensión o flexión ligera, según los casos; ya sabemos que la reducción de la fractura del metacarpiano no será tan correcta como si estuviera la férula digital en flexión pronunciada, pero no tenemos más remedio, aun enamorados de la exactitud anatómica de la reducción de las fracturas, que sacrificar ésta en aras de la función del dedo, y más importante es no someter a una tensión excesiva la sutura del tendón y que ésta fracase.

Al cabo de quince días se puede ir flexionando la férula digital e ir colocando, poco a poco, el dedo en la posición de flexión necesaria para que su función se recupere rápidamente, pues todos sabemos las consecuencias desastrosas de una larga inmovilización en extensión de los dedos.

El dedo lo sujetamos a la férula digital con esparadrapo. Carecemos de alambre de acero inoxidable, y si bien alguna vez probamos a hacer extensión continua con seda pasada a través de la yema del dedo, como nuestros heridos los perdemos pronto de vista no hemos querido repetir esta técnica hasta saber por propia experiencia si la seda es o no bien tolerada y no perjudicar la posterior aplicación en el medio de retaguardia de la tracción con alambre siempre con el dedo en flexión, según la técnica de Böehler.

El esparadrapo ha inmovilizado suficientemente y el ser al óxido de cinc ha evitado la producción de dermatitis; su colocación es fácil, y en vanguardia es preferible recurrir a medios rápidos y sencillos. Confesamos, sin embargo, que si hubiéramos tenido alambre de acero inoxidable no hubiéramos dudado en colocarlo, ya que la mayoría son heridos aislados que preceden o suceden a las aglomeraciones, no coincidiendo con ellas, y permiten el gasto de un tiempo en otras circunstancias precioso.

Las heridas propiamente de los dedos no difieren de las de la mano en cuanto a líneas generales de tratamiento se refiere; sin embargo, es donde más veces hemos tenido que amputar total o parcialmente. En la mano fueron raros los casos en los que tuvimos que sacrificar algún dedo, pero en aquéllos con lesiones aisladas de los dedos éstos vinieron muchas veces en tales condiciones que no sólo lo cómodo, sino lo racional, fué amputar. Quizás en otro medio, bajo la directa vigilancia del traumatólogo y ortopédico, con tracción alámbrica, suturas tendinosas, cura al aire libre y plastia tubular hubiera sido posible salvar algunos de nuestros dedos ampu-

tados, pero en las circunstancias nuestras estamos seguros que dedos atricionados groseramente, con sección de uno o varios tendones, fractura conminuta de una o varias falanges y pérdida de sustancia de la piel la única conducta lógica y dirigida a evitar mayores males era la de amputar; esto no quiere decir que hayamos rehuído a hacer filigranas: las hemos hecho siempre y cuando podían tener éxito, y sobre todo tratándose del pulgar.

En la amputación una norma que hemos llevado a cabo siempre ha sido el conservar la mayor cantidad de muñón, rara vez hemos recurrido a la desarticulación metacarpofalángica, y por conminuta que haya sido la fractura de la primera falange hemos procurado suprimir las puntas del fragmento proximal con la pinza gubia y hemos dejado algún centímetro de falange, que tan importante es después para hacer la presa de puño.

En las desarticulaciones hemos resecado siempre la cabeza articular, que dejándola suele dar muñones dolorosos.

En un caso, para poder conseguir la sutura del tendón extensor del dedo medio seccionado a nivel de la primera falange, recurrimos a un medio que se nos ocurrió durante la intervención y que ignoramos si ha sido descrito antes de ahora. Consiste en pasar un hilo de seda a través del tendón de los interóseos dorsales (que estaban intactos) de un lado; después a través del cabo proximal del tendón exterior, frunciéndolo transversalmente, y luego pasarlo a través del otro tendón de los interóseos dorsales, anudándolo después muy prieto y repitiendo la operación con el extremo distal. Lo utilizamos en un soldado a quien se le disparó su propio fusil destrozándole tres dedos de su mano derecha, índice, medio y anular. Intervenido por nosotros no tuvimos más remedio que amputar el anular, dejando a duras penas algo de muñón falángico, conseguimos dejar la primera falange del dedo índice, y en el dedo medio, que era el que en mejores condiciones estaba, suturamos el tendón extensor por el procedimiento antes dicho, pues era imposible la sutura directa; el dedo medio llevaba además su fractura conminuta de la primera falange y pérdida de sustancia de la piel, que pudimos recubrir con un pequeño injerto pediculado tomado de la piel del cuarto dedo.

Las fracturas de las falanges las reducimos y contenemos como las de los metacarpianos con férulas digitales en flexión sujetas con vueltas de una venda enyesada a una férula dorsal también enyesada, siempre con la precaución sobre la que insiste Bastos (véase su libro *Algunos aspectos clínicos de las heridas por arma de fuego*, pág. 70) de mantener la mano hiperextendida.

De esta forma creemos que es posible en las heridas de la mano resolver los dos problemas, quirúrgico y ortopédico, sin abandonar, antes al contrario, con la mirada puesta en el porvenir funcional de la mano y dedos.