Capítulo XI

Heridas de la cara

Martín Pinzón Navarro, MD
Sección de Otorrinolaringología
Fundación Santa Fe de Bogotá

EPIDEMIOLOGÍA

Las heridas graves de la cara son causa frecuente de consulta a los servicios de urgencias. El tratamiento exitoso depende de un manejo adecuado de las estructuras anatómicas involucradas. Todas las heridas de los tejidos blandos de la cara tienen la posibilidad de estar asociadas con fracturas del esqueleto facial y no deben ser consideradas triviales. Puede haber lesiones sistémicas asociadas que retarden la atención primaria. No obstante, se debe hacer un esfuerzo para tratarlas lo antes posible a fin de evitar secuelas. El tratamiento definitivo se realiza cuando las condiciones del paciente lo permitan y las lesiones que amenaza la vida hayan sido controladas.

Como con todo paciente politraumatizado, se requiere el manejo inicial de la vía aérea, de la ventilación, el control de la hemorragia y del estado neurológico. Además, se debe controlar el dolor y tomar las medidas para prevenir la infección.

MANEJO INICIAL

La historia clínica debe ser lo más completa posible, aclarando el mecanismo y las circunstancias del trauma, el grado de contaminación y averiguando antecedentes de alteraciones de la función motora o sensitiva de la cara y el antecedente de inmunización antitetánica.

En el examen físico se debe evaluar la localización, longitud y profundidad de la herida, y registrar la función motora y sensitiva de la cara. En ocasiones se requieren exámenes especializados, como en el caso de lesiones intraorales o cuando se sospechan lesiones del conducto parotídeo.

Cuando hay lesiones en la frente, se debe examinar el estado funcional de las ramas sensitivas del quinto par craneano y las ramas nerviosas motoras del facial. En los párpados se debe determinar el estado del elevador palpebral y del globo ocular. En lesiones en la mejilla se debe examinar la función del nervio facial y considerar la posibilidad de lesión del conducto parotídeo. En las heridas de los labios es pertinente registrar la función del nervio facial.

La radiografías simples de cara o de columna cervical están indicadas si se sospecha lesión ósea. La tomografía axial computadorizada (TAC) está indicada cuando hay trauma craneofacial grave.

En toda herida grave se debe sospechar contaminación por *Clostridium tetani*, y adminis-

trar profilaxis antitetánica según el esquema que plantea la guía de ***Tétanos*** de esta misma serie.

Aunque los tejidos de la cara están ricamente vascularizados, la hemorragia incontrolable es rara y la frecuencia de infección en heridas en cara es baja, del orden de 1,5 - 7% de los casos. Las heridas en cara se deben considerar contaminadas cuando estén en contacto con mucosas, secreciones de cavidades, y en traumas severos.

Posterior a esto se debe proceder con la reparación de la herida, que se puede hacer con anestesia local, regional o general, de acuerdo a las circunstancias individuales del paciente y las lesiones asociadas. Se debe practicar hemostasia con presión y ligadura de vasos específicos que se vean sangrar. La limpieza cuidadosa es esencial en el cuidado de toda herida de la cara. La piel debe ser lavada con jabón antiséptico y la herida irrigada con solución salina a presión para hacer un barrido bacteriano y del material contaminado. La herida debe ser examinada cuidadosamente, y todos los objetos extraños deben ser extraídos. A veces es necesario el uso de cepillos para remover el material extraño.

El desbridamiento de las heridas de la cara debe ser mínimo para evitar sacrificio innecesario de tejidos que son únicos y difíciles de reemplazar. Debido a la rica irrigación de los tejidos de la cara, los colgajos elevados por el trauma se pueden dejar, y en su gran mayoría sobreviven.

Las heridas en cara tienen mejores resultados si se tratan en las primeras horas de ocurrido el trauma. El cierre primario debe ser realizado en las primeras 24 horas. Esta práctica tiene dos ventajas:

1. Mejor cicatrización.
2. Control de la infección.

El cierre tardío primario después de las 24 horas es útil en:

- Contaminación.
- Cuando el edema de los tejidos impide el cierre.

En los casos de cierre primario tardío el paciente debe recibir antibióticos sistémicos y la herida se cubre con vendaje húmedo estéril que debe permanecer por 24-48 horas o hasta el cierre quirúrgico de la herida.

TÉCNICA DE SUTURA

Las heridas de la cara deben ser suturadas en capas. La mucosa puede ser cerrada con material absorbible como el catgut cromado 4-0 o el Vicryl 4-0. Para los tejidos subepidérmicos también se recomienda material absorbible 4-0. Los monofilamentos 6-0 son materiales ideales para la sutura de la piel de la cara.

Los principios para un cierre de herida son:

1. Proveer la máxima eversión de los bordes de la herida.
2. Mantener la fuerza tensil a lo largo del proceso de cicatrización de la herida.
3. Permitir una precisa aproximación de los bordes de la herida sin dejar marcas de la sutura en la piel.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

LABIOS

Tres estructuras anatómicas se deben tener en cuenta en la sutura de heridas de los labios:

1. El músculo *orbicularis oris*, el cual deber ser alineado para mantener una función labial adecuada.
2. La unión mucocutánea debe quedar restaurada para un buen resultado estético.

3. La unión de la mucosa seca y húmeda debe quedar alineada para obtener resultados estéticos satisfactorios.

MEJILLA

Cuando hay heridas en esta región de la cara, se deben descartar lesiones del conducto parotídeo y del nervio facial mediante cuidadosa exploración y verificación de la integridad de las estructuras, y si se comprueban, el paciente debe ser remitido al especialista.

NARIZ

Las lesiones de la nariz son comunes y usualmente se acompañan de fracturas nasales. Varían desde lesiones simples hasta lesiones complejas que comprometen las estructuras internas y la cobertura interior de la nariz, las cuales requieren reparo cuidadoso. Este tipo de lesiones y/o avulsiones graves son mejor tratadas por el especialista. A veces requieren taponamiento para manejo de la epistaxis. Se recomienda un examen intranasal lo más completo posible para descartar hematomas septales que requieren manejo urgente por el especialista.

PÁRPADOS Y TEJIDOS BLANDOS ORBITARIOS

Demandan una evaluación cuidadosa, sobretodo para descartar lesiones oculares, orbitarias y de la vía lacrimal que requieren interconsulta con el especialista. Se debe valorar el estado de los tendones cantales interno y externo, que pueden necesitar sutura para evitar secuelas de carácter estético.

PABELLÓN AURICULAR

En el manejo de heridas del pabellón de la oreja se debe ser lo más conservador posible. Si hay pérdida de tejido, es necesario recurrir a colgajos. Se recomienda remisión al especialista. Los hematomas deben ser drenados con incisiones pequeñas o con agujas por aspiración y mantener un vendaje compresivo por cinco a siete días para evitar la recurrencia del hematoma. Si no se drenan pueden llevar a deformidad permanente del pabellón auricular.

CUIDADOS DE LA HERIDA

Se recomienda la utilización de antibióticos para prevenir la infección. Las cefalosporinas de primera generación, como la cefalexina o cefazolina, activas contra *Staphylococcus* sp y *Streptococcus* sp, son universalmente aceptadas. Si la herida comunica con la cavidad oral se recomienda el uso de penicilina, penicilina más metronidazol o clindamicina. La duración del tratamiento deber ser de cinco a siete días.

La herida deber permanecer cubierta con un apósito húmedo (idealmente con ungüento antibiótico) por 24-48 horas. Las suturas deben ser retiradas en los cinco primeros días. Se debe evitar la exposición al sol por seis meses.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Curtin JW. Basic plastic surgical techniques in repair of facial lacerations. Surg Clin North Am 1973; 53:33-46.
2. Coiffmain F. Atención de urgencias en trauma de cara. Med UIS 1997; 11: 234-239.
3. Davis PKB, Shaheen OH. Soft tissue injuries of the face. En: Maxillofacial Injuries. Editado por NC Rowe, TE Williams. Churchill-Livingstone. Edinburgh, 1994.
4. Kurzer A. Heridas de la cara. En: Cirugía Plástica Básica. Editado por G Jiménez. Impresos Litográficos. Medellín, 1999.
5. Hendler BH, Kempers KG. Soft tissue injuries. En: Oral and Maxillofacial Surgery. Editado por RJ Fonseca, RD Marciani, et al. WB Saunders. Philadelphia, 2000.