

Manejo quirúrgico urgente de heridas faciales por mordedura humana

Urgent surgical management of facial human bite wounds



Fernández García, A.

Fernández García, A.*

Resumen

Las heridas por mordedura pueden generar algunas dificultades quirúrgicas en su manejo inicial debido a su especial predisposición a las complicaciones sépticas y la importante destrucción tisular frecuentemente asociada. Sin embargo, es importante su reparación inmediata, especialmente en el caso de amputaciones y colgajos por avulsión. Las mordeduras humanas se hallan envueltas además en consideraciones psicológicas que incrementan la dificultad del tratamiento debido a las expectativas estéticas de los pacientes que las sufren.

Este trabajo analiza 7 casos de mordedura facial humana desde los puntos de vista epidemiológico y clínico. Presentamos y discutimos el uso de los tejidos amputados como fuente de injertos de piel, injertos condrales y el papel de los colgajos locales en dos tiempos en la cirugía de urgencia de estas lesiones.

Abstract

Bite wounds can create several surgical difficulties in their initial management due to the special facility for infectious complications and the frequent association with extensive tissue damage. However, the immediate repair is desirable, mainly in amputations and flap avulsions. The human bite wounds are also involved by psychological considerations that increase the difficulty of the treatment due to patient's aesthetic expectations.

This article analyzes 7 cases of facial human bites under the epidemiological and clinical points of view. The use of the amputated tissues to obtain skin grafts, condral grafts, and the role of local two stage flaps in the emergency surgery of these wounds are exposed and discussed.

Palabras clave Mordedura humana, Herida facial.

Código numérico 15115

Key words Human bite, Facial wound.

Numeral Code 15115

* Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reparadora.

Introducción

Las heridas faciales por mordedura humana constituyen una entidad nosológica muy poco frecuente en nuestro medio pero que a menudo asocia secuelas graves. Las agresiones por mordedura en general, enfrentan al cirujano reconstructor a una situación clínica directamente comprometida por el riesgo de infección, la isquemia tisular y la destrucción mecánica de los tejidos. En el caso de las mordeduras faciales humanas, se añade en el paciente un importante impacto psicológico condicionado por las potenciales secuelas estéticas y la naturaleza voluntaria de la lesión.

Como sucede en otras situaciones urgentes, la intervención inicial determina en gran medida las posibilidades de reconstrucción posteriores y la calidad del resultado final. En este trabajo analizamos 7 casos de mordeduras faciales humanas asistidas con carácter urgente. Presentamos la epidemiología de las lesiones desde un punto de vista iconográfico y descriptivo, siendo estos aspectos interesantes no sólo para la cirugía, sino también para la medicina legal y forense. Analizamos también desde una perspectiva clínica, el tipo de reconstrucción inicial realizado, las cirugías secundarias y los resultados finales.

Material y método

Todos los casos presentados fueron intervenidos con carácter urgente pocas horas después del accidente. Se recogieron las características epidemiológicas del paciente, del agresor y las lesiones producidas. También se registraron el número de intervenciones necesarias para cada reconstrucción y las complicaciones halladas.

Como protocolo de actuación de urgencia se administró en todos los casos profilaxis antitetánica según el estado vacunal del paciente. Para la desinfección de las heridas se procedió a lavado profuso con una mezcla de povidona yodada 40%, agua oxigenada 10% y suero sa-

lino 50% y se administró antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico 1g/200mg, vía oral, cada 8 horas durante una semana.

Caso 1: Mujer de 33 años de edad que acude a urgencias con herida en surco retroauricular de 3 cm de longitud que expone pericondrio (Fig. 1). Ha sido agredida por una amiga en una disputa domiciliar. Como tratamiento reconstructor se realizó, bajo anestesia local, sutura directa de la herida tras desbridamiento y limpieza. La sutura fue retirada a los 10 días, momento en el que la herida estaba cerrada sin complicaciones.

Caso 2: Varón de 34 años de edad que presenta pérdida de sustancia en dorso nasal de 2x3 cm de diámetro (Fig. 2a) producida tras ser agredido en un intento de robo. La herida dejaba ver tejido subcutáneo sin exposición ósea o cartilaginosa. En la atención inicial se practicó, bajo anestesia local, un injerto de piel de espesor total (Fig. 2b) tomado de pliegue supraclavicular. El injerto prendió en su práctica totalidad a excepción de algunas zonas perimetrales. La curación completa se produjo a los 20 días de la intervención (Fig. 2c).



Fig. 1: Mordedura humana en región retroauricular. Limpieza y sutura.



Fig. 2a: Mordedura humana en punta nasal con pérdida de partes blandas.



Fig. 2b: Obtención de injerto de piel de espesor total de región supraclavicular para cobertura urgente de la lesión.



Fig. 2c: Prendimiento del injerto. Resultado a los 2 meses.

Caso n°3: Varón de 22 años de edad que presenta amputación de ala nasal izquierda (Fig. 3a) tras agresión por varios individuos en una pelea nocturna. Aporta fragmento de amputación con 6 horas de isquemia (Fig. 3b). En la intervención inicial se practicó, bajo anestesia general, un colgajo cutáneo-graso nasogeniano basado en las ramas de la arteria angular, volteado en sentido craneo-caudal para reconstruir el ala nasal izquierda. La piel del colgajo sirvió para reconstruir la mucosa nasal mientras que la superficie cruenta del colgajo quedó evertida hacia la superficie. La crura lateralis del cartílago alar izquierdo se obtuvo del fragmento de amputación, como injerto condral y se suturó en posición anatómica. Empleamos un bolsillo subdérmico del colgajo para vascularizar el injerto condral (Fig. 3c). La piel del fragmento de amputación sirvió como injerto de piel total para cubrir la superficie cruenta del colgajo. En el postoperatorio, se objetivó pérdida parcial del injerto que obligó a epitelización por segunda intención de algunas áreas marginales. A los 2 meses y medio de la primera intervención, se remodeló el pedículo del colgajo, recreando el reborde de la base alar (Fig. 3d). A los 3 meses del accidente la reconstrucción estaba finalizada.



Fig. 3a: Amputación de ala nasal izquierda tras mordedura humana.



Fig. 3b: Fragmento de amputación.



Fig. 3c: Colgajo basado en la arteria angular volteado para reconstrucción del defecto. Injerto condral y cutáneo obtenidos del fragmento de amputación.



Fig. 3d: Resultado tras remodelación del pedículo del colgajo a los 3 meses de evolución.

Caso 4: Varón de 36 años de edad que sufre amputación de tercio superior de pabellón auricular derecho tras agresión por uno de sus compañeros de trabajo (Fig. 4a). Aporta fragmento de amputación en buen estado, con

3 horas de isquemia (Fig. 4b). Bajo anestesia local y sedación se procede a la obtención de injerto condral del fragmento de amputación que se sutura en posición anatómica con Vicryl® 4/0 (Fig. 4c). Se diseña un bolsillo de piel retroauricular para alojar el injerto condral (Fig. 4d). A los



Fig. 4a: Amputación de tercio superior de pabellón auricular secundaria a mordedura humana.



Fig. 4b: Fragmento de amputación.



Fig. 4c: Injerto condral obtenido de fragmento de amputación suturado en su posición anatómica.

2 meses del primer tiempo quirúrgico se procede a recrear el surco retroauricular mediante sección del reborde posterior del hélix y aplicación de injerto de piel total supraclavicular en el surco retroauricular (Fig. 4e). La evolución fue favorable, con prendimiento de los injertos condral y cutáneo. A los 3 meses del accidente el paciente había terminado su reconstrucción.



Fig. 4d: Colgajo retroauricular de cobertura.



Fig. 4e: Resultado tras la sección del pedículo del colgajo y remodelación a los 4 meses de evolución.

Caso 5: Varón de 25 años de edad con amputación de tercio superior de pabellón auricular derecho tras agresión en una pelea nocturna. Aporta fragmento de amputación con 4 horas de isquemia en el que se objetivan con claridad huellas dentarias (Fig. 5a). Bajo anestesia local y sedación se realiza injerto condral de la pieza, suturándola en su ubicación original (Fig. 5b). El injerto condral se cubre con un colgajo retroauricular cutáneo-graso. Dos meses más tarde, realizamos la sección del pedículo del colgajo recreando el surco retroauricular y aplicando en el lecho cruento un injerto de piel de espesor total tomado de la región supraclavicular. La evolución fue favorable y sin incidencias. La curación completa se produjo a los 3 meses y medio del accidente (Fig. 5c).



Fig. 5a: Amputación de tercio superior de pabellón auricular secundaria a mordedura humana.



Fig. 6: Avulsión de raíz del hélix por mordedura humana. Tratamiento urgente con limpieza y sutura de la herida.



Fig. 5b: Injerto condral obtenido de fragmento de amputación y suturado en su posición anatómica.



Fig. 5c: Resultado tras la remodelación del colgajo retroauricular de cobertura a los 4 meses de evolución.

Caso 6: Mujer de 25 años de edad que sufre agresión en una discusión con un familiar. Presenta arrancamiento de raíz del hélix y sección de tejidos retroauriculares (Fig. 6). Bajo anestesia local se procedió a la reinscripción del hélix y sutura de partes blandas. Las suturas se retiraron a los 10 días sin incidencias.



Fig. 7a: Amputación parcial de bermellón del labio inferior secundaria a mordedura humana.



Fig. 7b: Reconstrucción mediante avance de colgajos locales.

Resultados

Recogemos las características epidemiológicas de los casos de mordedura humana estudiados en la Tabla I. La media de edad de los pacientes del grupo fue de 28,5 años (intervalo 22-36). La mayoría de las agresiones se observó en varones (72%), siendo el agresor, en todos los casos estudiados, del mismo sexo que la víctima. El 71,4% de las

agresiones estudiadas se produjo entre las 6:00h am. y las 8:00h am. Todas las heridas se produjeron en el área facial, distribuyéndose entre los pabellones auriculares 57,2%, el apéndice nasal 28,5% y el labio inferior 14,3%.

A nivel global, la cirugía reconstructiva urgente aportó buenos resultados en este tipo de lesiones. Los resultados del estudio desde el punto de vista quirúrgico se presentan en la Tabla II.

Tabla I: Características epidemiológicas de los casos del grupo de estudio.

Caso	Edad	Sexo Paciente	Sexo Agresor	Hora agresión	Localización de la lesión
1	33	M	M	6:16h	Pabellón auricular derecho
2	34	V	V	7:42h	Pirámide nasal
3	22	V	V	7:08h	Pirámide nasal
4	36	V	V	12:45h	Pabellón auricular derecho
5	25	V	V	5:55h	Pabellón auricular derecho
6	25	M	M	6:15h	Pabellón auricular derecho
7	24	V	V	22:6h	Labio inferior

Tabla II. Análisis de los resultados

Caso	Días de ingreso urgente	Tiempos quirúrgicos	Intervención	Complicaciones
Caso 1	1	1	Sutura de herida	No
Caso 2	1	1	Injerto de piel	Pigmentación del injerto
Caso 3	5	2	Colgajo nasogeniano e injerto de piel	Pérdida parcial del injerto
Caso 4	3	2	Injerto condral y colgajo retroauricular	No
Caso 5	3	2	Injerto condral y colgajo retroauricular	No
Caso 6	1	1	Sutura de herida	No
Caso 7	1	1	Colgajo de avance	Dehiscencia parcial

Discusión

Las lesiones faciales por mordedura humana son una entidad rara, pero que puede originar lesiones muy graves y mutilantes. Las mordeduras humanas son menos frecuentes que las originadas por animales, y a su vez, la localización facial de las heridas producidas es minoritaria respecto a las lesiones en miembros (1).

En la mayoría de los casos, la víctima es un varón de mediana edad, a diferencia de las mordeduras por animales que suelen ocurrir en pacientes de edad pediátrica (2).

El accidente suele tener lugar a altas horas de la madrugada y no es infrecuente que el paciente y el agresor se hallen bajo los efectos de tóxicos (3) o que medie un conflicto de pareja entre ambos (4).

La localización de las lesiones suele seguir un patrón topográfico que se repite de unas agresiones a otras. Las estructuras acras faciales, especialmente los pabellones auriculares y el apéndice nasal sirven de punto de agarre a muchos mamíferos sobre sus presas o adversarios. En

una disputa entre humanos, mediando un elevado componente agresivo, estos patrones arcaicos afloran. Con relativa frecuencia el resultado es una mutilación facial y una grave deformidad por lesión en orejas, nariz o labios.

La lesión se suele presentar en la víctima impregnada de un fuerte componente afectivo. Las secuelas, por pequeñas que sean, son vividas por el paciente como un estigma que rememora el dramático episodio. El cirujano debe tratar a estos pacientes desde su ingreso en Urgencias con todos los medios a su alcance para tratar de minimizar las secuelas finales. Los fragmentos de amputación que no sean reimplantables pueden emplearse como banco de tejidos. Los cartílagos auriculares y nasales son fuente de injertos condrales muy útiles en la reconstrucción. Los colgajos locales en dos tiempos pueden plantearse con seguridad en la atención inicial como cobertura y soporte para estos injertos (Casos 3, 4 y 5).

La flora bucal humana puede producir infecciones por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans* y anaerobios. Sin embargo, las mordeduras faciales presentan una incidencia de complicaciones sépticas algo menor que las

mordeduras en miembros (5). El lavado con soluciones antisépticas, el desbridamiento precoz de los tejidos desvitalizados y la profilaxis con amoxicilina/clavulánico se ha mostrado eficaz para prevenir la infección en este tipo de heridas (6).

La reparación urgente es el tratamiento de elección en las mordeduras faciales humanas. Los injertos, tanto de piel como condrales, los colgajos en dos tiempos y el cierre directo pueden plantearse desde el inicio. El cierre diferido se reservará para casos con gran destrucción tisular, elevado riesgo anestésico-quirúrgico o infección.

Conclusiones

El tratamiento reconstructivo de las heridas faciales por mordedura humana debe iniciarse desde el momento de la primera atención del paciente en el Servicio de Urgencias. El lavado profuso con antisépticos, así como la profilaxis antibiótica y antitetánica permiten prevenir la infección en este tipo de heridas.

Los fragmentos de amputación que no sean reimplantables pueden emplearse como banco de tejidos. Así mismo, es posible emplear injertos condrales y colgajos en dos tiempos quirúrgicos en la cirugía urgente de estas heridas.

Agradecimientos

A todos los miembros del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. España.

Dirección del autor

Dr. Alvaro Fernández García
C/ Rector Royo Villanova nº 10 Bl. 2, 1ºA
28040. Madrid. España.
e-mail: alvaro.fernandez@telefonica.net

Bibliografía

1. **MacBean CE, Taylor DM, Ashby K.:** "Animal and Human bite injuries in Victoria 1998-2004". *Med J Aust.* 2007; 1;186(1):38.
2. **Scheithauer MO, Rettinger G.:** "Bite injuries in the head and neck area". *HNO.* 1997;45(11):891. Review.
3. **Henry FP, Purcell EM, Eadie PA.:** "The human bite injury: a clinical audit and discussion regarding the management of this alcohol fuelled phenomenon". *Emerg Med J.* 2007;24(7):455.
4. **Obukwe ON.:** "A study of human bite injuries to the face". *Cent Afr J Med.* 2002;48(5-6):68.
5. **Stefanopoulos PK.:** "Management of facial bite wounds". *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009; 21(2):247.
6. **Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD.:** "Facial bite wounds: management update". *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(5):464.