

REHABILITACION EN CIRUGIA DE TRASPLANTE DE ROSTRO¹

SILVANA SALAS; HASIBA HALAL; VARGAS GINA; DURAN ELAR; RIVAS MILTON; RODRIGUEZ ERICK²; ORTIZ ANTONIO³

RESUMEN

Se describe la cirugía de trasplante de rostro de una manera resumida señalando la importancia que tiene su rehabilitación después de aquella. Se incide en la necesidad de informar de manera sencilla los pasos de la rehabilitación y sus efectos para que las personas interesadas resuelvan sus dudas y sobrelleven psicológicamente de mejor manera la cirugía.

ABSTRACT

We describe the face transplant surgery in summary indicating the importance of rehabilitation after that. It stresses the need to report simple steps of rehabilitation and its effects on interested persons resolve their doubts and to better psychological coping in surgery.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación quirúrgica; trasplante de rostro

KEYWORDS: Surgical rehabilitation, face transplant

ANTECEDENTES

El trasplante de cara (TDC) es señalado hoy como uno de los máximos logros en las intervenciones plástico-reconstructivas, para los pacientes con severas lesiones faciales. Proporciona un enorme beneficio potencial en términos de mejora de la función y de la imagen socialmente aceptada. Los pacientes candidatos a un TDC, a diferencia de otros tipos de trasplantes, viven en una situación de aislamiento social, con graves limitaciones en su calidad de vida, determinado por las malformaciones en la zona corporal más visible y vinculada a la identidad personal.

El procedimiento del TDC presenta importantes implicaciones y desafíos en el campo sanitario y social: por una parte la adecuada selección y preparación de las personas candidatas al mismo y por otra, que este tipo de intervenciones genera un gran debate social, por los aspectos éticos que conlleva pero también sobre los "mitos", falsas creencias que este tipo de procedimientos promueve en la opinión pública.

En la selección y preparación para la cirugía, los aspectos médicos, éticos y psicológicos ocupan un rol central. Pero y específicamente en este tipo de trasplante, cada vez más deben ser considerados los factores sociales. De allí que la integración de los psicólogos en este campo específico, deberá incluir la perspectiva social, por lo cual resulta acertado considerar el concepto de "Psicosocial".

OBJETIVOS

Objetivo General

Promover e Informar a las personas sobre las nuevas cirugía reconstructiva de rostro y demostrar la rehabilitación necesaria después de la cirugía

Objetivos específicos:

Mostrar los métodos de rehabilitación después de la cirugía.

Enseñar al paciente como mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN:

El trasplante de cara (TDC), aún en fase experimental, es un recurso posible hoy para las personas con severas deformaciones faciales y es uno de los máximos logros en las intervenciones plásticas reconstructivas. Proporciona un enorme beneficio potencial en términos de mejora de la función y de la imagen socialmente aceptada.

- 1 Trabajo ganador de categoría Exposición Carrera de Turismo
- 2 Estudiantes de la Carrera de Fisioterapia y Kinesiología UCEBOL
- 3 Docente Asesor. Carrera de Fisioterapia y Kinesiología UCEBOL

A diferencia de otros tipos de trasplantes donde prima el “salvar la vida” del paciente, en el TDC los beneficios a valorar sobre los riesgos que conlleva el procedimiento, son la mejora de la calidad de vida.

Por ello, el debate social abierto a partir de los primeros TDC, promueve no sólo la racionalización de las falsas creencias sobre las técnicas quirúrgicas, sino que abre el cuestionamiento hacia uno de los pilares contemporáneos: el valor de la imagen y la aceptación de la diferencia en los cánones estéticos imperantes.

En cuanto a los aspectos psicológicos y psicosociales, el campo de intervención en este tipo de cirugías no sólo comparte con otros trasplantes el manejo de las expectativas acerca de los resultados, como también valora la garantía de la adherencia al régimen inmunosupresor, así como la comprensión de los posibles riesgos físicos, tales como el rechazo.

La investigación sobre los aspectos psicológicos del trasplante de órganos es un punto de partida; pero en el TDC sin embargo, las cuestiones de identidad y alteración de la imagen (pre y postquirúrgica) y la adaptación a los cambios, así como el tipo de red familiar y social que tiene el paciente, además de garantizar el seguimiento sobre su integración comunitaria, son hoy un campo abierto para el trabajo multidisciplinario. El objetivo es en beneficio de la calidad y de la mejora integral de la atención.

Los trasplantes son un tratamiento médico-quirúrgico de alta complejidad que permite que un órgano, tejidos o células de una persona puedan reemplazar a estos mismos, afectados o ausentes, en otras personas y en si misma.

Los procedimientos médicos para su realización, se materializaron a partir de mediados del siglo XX, cuando se consiguió el primer trasplante renal exitoso. El problema principal que limitaba estas técnicas, era el rechazo por parte del organismo injertado. Las investigaciones, desde entonces y también en la actualidad, se centraron en la “histocompatibilidad”, por lo cual se desarrollaron fármacos inmunosupresores, que lo potencian.

Otro avance significativo han sido las técnicas de “microcirugía”, que han facilitado la extensión de los trasplantes hacia tejidos y órganos muy complejos.

CLASIFICACION CONSENSUADA

- Autotrasplante: Cuando el donante y el receptor son el mismo individuo.
- Isotrasplante: Cuando donante y receptor son gemelos idénticos o univitelinos.

- Alotrasplante o hemotrasplante: Cuando donante y receptor son de la misma especie pero diferentes genéticamente.
- Xenotrasplante: Cuando donante y receptor son de especies distintas.

Entre los riesgos más relevantes y frecuentes de las intervenciones para los alotrasplantes, se señala el denominado “rechazo”: Existen diferentes medidas para minimizarlo, entre ellas, la compatibilidad entre donante y receptor, teniendo en cuenta grupo sanguíneo y sistema HLA.

Posterior a la cirugía de trasplante, la persona receptora debe recibir tratamientos con los inmunosupresores, de forma continuada a lo largo de la vida. Pero también los tratamientos inmunosupresores, presentan riesgos tales como afectar negativamente la calidad de vida o acortarla, por la propensión a infecciones y a otras patologías graves que se desarrollan por la afectación sobre el sistema inmunitario.

ASPECTOS TÉCNICOS

Mientras que los avances tecnológicos, especialmente en el campo de la microcirugía, han hecho viable el TDC, aún persisten algunas de las dificultades propias de estos procedimientos. Entre ellos, la evaluación riesgo/beneficio de la inmunosupresión, el estudio de los aspectos psicológicos y sociales. También sobre las cuestiones éticas de los mismos, no sólo por las condiciones del donante sino y especialmente porque se trata del “rostro”, que es más que el lugar donde se alojan mayoritariamente los órganos perceptivos, porque es la puerta a la comunicación interpersonal presencial y la base de la identidad, según el desarrollo psicosocial de las personas.

La expresión facial facilita la mayor parte de la comunicación no verbal y es fundamental en nuestra relación social.

La expresividad es necesaria para desarrollar un sentido del “yo” integrado. Hay una compleja interacción entre los músculos faciales – el cerebro – las emociones.

El epicentro de la “persona” es su rostro, una señal de identidad única e irrepetible, la base de la creación de la “imagen corporal” en la maduración neuromotriz, desde los primeros años.

El primer trasplante “parcial” de cara tuvo lugar en noviembre del 2005, en Francia, caso que inició el debate mediático sobre este tipo de cirugías. En diciembre del 2008, en Estados Unidos, se realizó el que es considerado el primer trasplante casi total de cara (80% de la superficie del rostro).

Por ello, se ha de valorar que existen circunstancias en las que la única opción es el alotrasplante de piel facial tomada de otro ser humano para reemplazar la "máscara" de la deformidad. El donante ideal, el adecuado, debe ser una persona con unas dimensiones similares a las del receptor, del mismo sexo, de una edad similar y con el mayor grado posible de compatibilidad de tejidos.

Además, la textura y el color de la piel deberían ser cuanto más parecidos al receptor, mejor.

No hay que perder nunca de vista que los TDC, no son una cuestión de vida o muerte como podrían serlo los trasplantes de corazón. En los TDC, se intenta corregir grandes desfiguraciones del rostro que llevan a importantes secuelas funcionales (problemas para masticar u oler, por ejemplo) y también secuelas de tipo psicológicas y sus correlatos sociales

SELECCIÓN DE PACIENTES

Las personas con deformidades faciales severas, desean recuperar una funcionalidad perdida y una apariencia facial normalizada; buscan un rostro que permita un funcionamiento adecuado, con una gestualidad humanizada que no provoque rechazo.

La deformidad de la cara, especialmente si significa una incapacidad de autoreconocimiento, afecta profundamente a la imagen corporal. Las repercusiones psicológicas son importantes, pues la alteración facial supone un cambio en la identidad personal.

Después de una cirugía de TDC, no es sencillo ni inmediato integrar el trasplante en la propia imagen corporal, y por tanto en la propia identidad. Por la experiencia de otros trasplantes y la escasa existente en el TDC, se sabe

que esa dificultad es mayor al inicio, cuando todavía no existe recuperación de la movilidad o la sensibilidad de la zona trasplantada y que los riesgos de "rechazo psicológico" aumentan cuando los pacientes trasplantados no pueden aceptar" el trasplante como propio, en la evolución. Tal ha sido el caso de algunos trasplantes de mano.

Respecto a los criterios médicos para realizar la selección de los candidatos adecuados para un TDC, serían en primer término:

- Personas con una alteración funcional y estética extrema que provoca graves repercusiones individuales y psicosociales.

- Personas a las que la cirugía reparadora convencional no les aporta tratamientos satisfactorios debido a la amplitud y complejidad de las lesiones.

En palabras de Freeman "la selección de los pacientes apropiados es lo más dificultoso y lo que conlleva gran parte del tiempo. Será identificar los pacientes que podrían obtener un beneficio funcional y que presenten unas expectativas realistas sobre el procedimiento. El paciente deberá estar suficientemente fuerte para afrontar los desafíos físicos y psicológicos que implican estos procedimientos".

REHABILITACION EN CIRUGIA DE TRASPLANTE DE CARA

Tratamiento

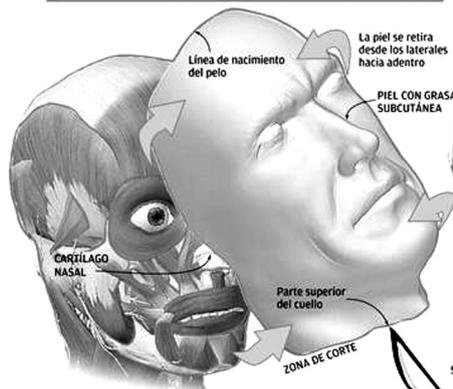
OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Disminuir dolor

Disminuir edema

Disminuir y/o evitar retracciones

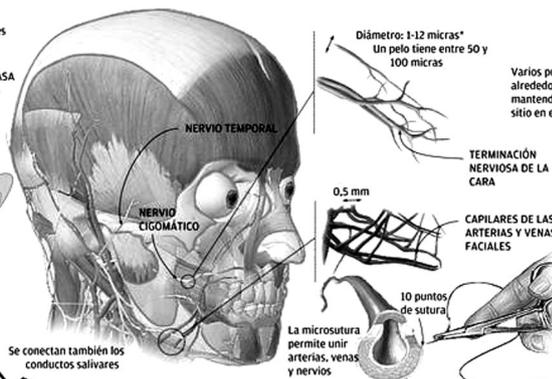
► La donación



El equipo de cirujanos extrae la piel sin dañar el tejido, los vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas. Se utilizan las mismas técnicas que en cirugía plástica

Fuente: Elaboración propia

► El trasplante y la reconstrucción del tejido en el receptor



Además, también se toman del donante fragmentos de hueso y cartilago para facilitar el acoplamiento de la cara en la estructura ósea del paciente

Con microcirugía vascular y nerviosa se comienza la reconstrucción de los enlaces entre el receptor y su nueva cara. Este proceso debe garantizar la vascularización del implante para evitar el rechazo

Mientras se prepara el trasplante, se conecta provisionalmente el tejido del donante a las arterias faciales de la barbilla para mantener el riego sanguíneo. Además se reimplantan los cartilagos y el tejido adiposo

► El resultado final



La fase final comienza con la colocación definitiva del tejido comenzando por el centro de la cara. La fisiología del receptor modifica la fisonomía de la cara adaptándola a su estructura ósea

Gráfico: I.ROY

Mantener y/o mejorar la amplitud de movimiento articular de la mandíbula

Aumentar fuerza muscular

OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO

Aumentar la tolerancia a los movimientos

Evitar las suplencias musculares.

Reeducación de los movimientos faciales.

Fortalecimiento de la musculatura afectada.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

Reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria (AVD).

Prevenir complicaciones motoras y sensitivas.

Prevención de actitudes viciosas y rigidez articulares.

Recuperar movilidad articular

PLAN TERAPEUTICO

1º ETAPA (AGUDA O POST QUIRURGICA)

Una vez el injerto esta estable y los bordes han curado plenamente se puede comenzar con el masaje.

Masaje.

La finalidad del masaje es esencialmente para obtener efectos circulatorios,

Favoreciendo el metabolismo celular y estimular la troficidad tisular muscular. Y otra parte importante es el rol psicológico para ganar confianza con el paciente y obtener su relajación). Existe una relajación importante a nivel facial.

La realización del masaje intrabucal y intranasal permite la relajación de los músculos profundos (bucinador y elevador superior labial). Se efectúa con la ayuda de dos dedos internos y el pulgar fuera en modo de pinza. Se realiza mediante presiones circulares.

El masaje se hace en un orden establecido:

Se empieza en la región del entrecejo hacia el sillón nasogeniano., el ala de la nariz, el labio superior y después pasando bajo el mentón a lo largo del maxilar, subimos hacia la oreja, donde el masaje se hace de una manera más energética donde terminamos hacia las cejas.

Después masaje del frontal, comenzando por los temporales, después deslizándonos con ligera presión de los dedos hacia el eje de simetría de la cara y retornamos hacia los temporales en estiramiento ligero, finalizando en dirección a la raíz del cabello y haciendo un masaje transversal a nivel de las arrugas.

Masaje de los ojos; que debe de ser repetido de 5 a 6 veces. Comienza en la región del entrecejo, pasando por los párpados superiores hasta el ángulo externo del ojo y volviendo bajo el ojo hasta la raíz de la nariz. El mismo masaje se realiza a la inversa y se termina por un estiramiento de la piel del ángulo externo. Finalizando con un ligero pinzado rodado de los pómulos. Es importante realizar el masaje alrededor del globo ocular en apoyo con el hueso y NUNCA sobre el globo ocular.

Masaje de labios de dentro hacia fuera seguido de un estiramiento hacia el exterior.

Existe también otro tipo de masaje que se puede hacer al comienzo y al final de Tratamiento que consiste en pases suaves, lentos y simétricos sobre los dos lados de la cara. Realizamos presiones con deslizamiento superficial, presiones locales y pinzadas rodadas suaves.

2º ETAPA (DE RE-EDUCACION)

Su objetivo es recuperar y educar al paciente sobre los movimientos de la fascia.

Pasos:

1º VALORACION: en este vamos a realizarlo a través de:

observación: se observa al paciente si presenta asimetría en la hemicara, flictemas, hematoma

palpación: para observar si se encuentra con dolor localizado, presencia de edema, contracturas

arco articular: se va observar la atm (articulación temporomandibular) El maxilar inferior puede ejecutar tres clases de movimientos:

Movimientos de descenso y elevación

Movimientos de proyección hacia delante y hacia atrás

Movimientos de lateralidad o diducción

*valoración muscular:

El tono de la cara se debe de comparar de manera simétrica con el lado contralateral, El tono será evaluado de la siguiente manera:

- 0 = tono simétrico y normal
- 1 = hipotonía ligera
- 2 = hipotonía fuerte
- +1 = hipertonía ligera
- +2 = hipertonía fuerte

RE-EDUCACION: hacerle retomar conscientemente el movimiento de sus músculos.

Pasiva: Se realiza antes que aparezca el movimiento voluntario, Se le demandará al paciente que realice unos ciertos gestos mímicos, con ayuda del terapeuta.

Activa: Comienza en el momento de la aparición del movimiento voluntario.

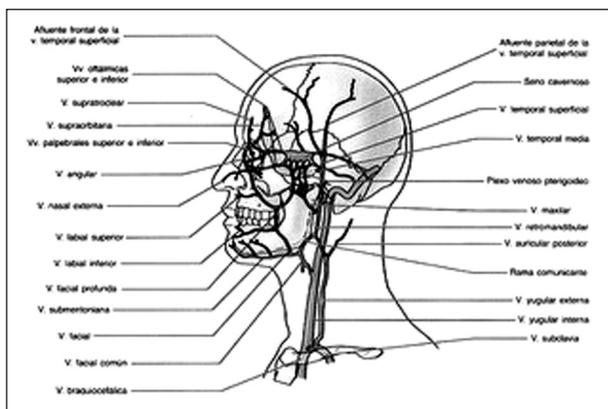
Fase activa con ayuda:

Todos los ejercicios se realizan delante de un espejo para tomar conciencia del movimiento.

Modos de resistencia:

- mascar chicle de forma exagerada
- Silbar
- Retener agua en la boca y desplazarla de un lado al otro.
- etc.

La duración del tratamiento suele ser entre 6 meses y 1 año.



3º ETAPA (RECUPERACION RELATIVA)

TENS: ESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA

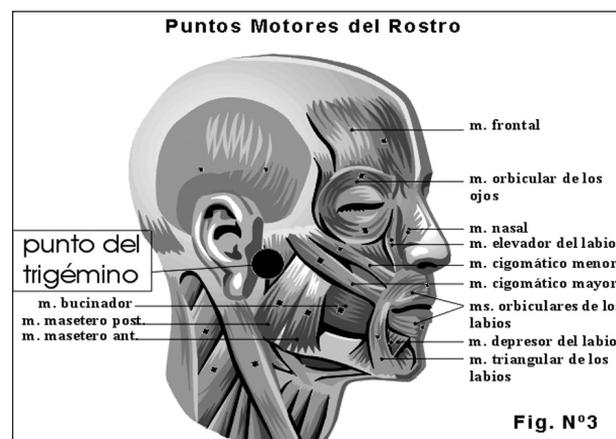
Se emplea para el tratamiento del dolor agudo y crónico en forma aislada o en combinación con otras modalidades terapéuticas, aunque puede ser empleada en afecciones no dolorosas.

Puntos motores:

El punto motor de un músculo corresponde a la proyección cutánea del punto de unión o penetración de las fibras nerviosas en el músculo.

Debemos observar que algunos músculos tienen varios puntos motores; también se puede decir que el punto motor es el punto donde se obtiene una respuesta más amplia con la menor intensidad de estimulación.

Para dar un estímulo a nivel muscular tenemos que saber donde están localizados los puntos motores, aplicando distintos electrodos, curva de intensidad y duración. Todo estímulo en condiciones normales debe tener una intensidad y una duración capaz de provocar una respuesta.



RECOMENDACIONES

Se le explica al paciente que deberá trabajar de manera constante en la cual quizás al principio se verá poca evolución sobre sí mismo, pero el día a día hará de una manera progresiva su recuperación.

realizar la ingesta de los inmunosupresores de por vida.

Recomendación pre-operatoria:

Dejar los malos hábitos (fumar, consumo de sustancias controladas, alcohol, etc.) ya que estos afectan en el proceso de cicatrización.

Suspender medicamentos que pueden interferir con la anestesia y causar efectos colaterales indeseables que pueden afectar a su cirugía. La Aspirina, el Ibuprofeno, la Vitamina E y cualquier otro medicamento que contenga estos derivados 2 semanas antes y 2 semanas posteriores a la cirugía.

Someter al paciente a estudios psicológicos para asegurarse de su capacidad para enfrentar los riesgos operatorios y el hecho de tener una cara diferente después de la intervención.

Recomendaciones post-operatorio

- El paciente deberá realizarse un control médico de por vida.

- Realizar los ejercicios terapéuticos con el médico y en su hogar.
- Podrá presentar algo de fatiga, esto es normal debido a los efectos usuales de la anestesia y de la cirugía.
- Evitar exponer al sol.
- Realizar la re-educación facial en casa
- Realizar las terapias para la disminución de edemas y del dolor
- Reintegrarse a sus actividades de vida diaria
- Realizar ejercicios que ayuden en la comunicación
- Explicar que necesita la ayuda de un equipo médico multidisciplinario, en el que estarían: medico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo etc.
- Realizar fortalecimiento muscular de los músculos faciales.
- Programa de atención y apoyo terapéutico al paciente tras el trasplante
- Facilitar los recursos para la atención adecuada de la familia del receptor

CONCLUSION

El trasplante de cara no solo salva la vida del receptor sino que al igual mejorar su calidad de vida. Sin embargo, la identificación de la persona se encuentra asociada a la imagen de la cara.

El TDC probablemente no hará "más bellas" a las personas afectadas, pero les ofrece una mejoría evidente en las capacidades básicas de respiración, del habla, de la deglución y de otras, que junto a una apariencia normalizada facilita una inclusión social y por tanto, la posibilidad de mejorar significativamente su calidad de vida.

Mientras que el TDC ha sido reconocido desde hace tiempo como "técnicamente difícil" pero clínicamente posible, el área clave del debate es si el beneficio de este procedimiento para una persona con grave deformidad facial, en términos de mejora de la funcionalidad, la estética, la adaptación psicológica y la calidad de vida, son superiores al riesgo de largo plazo de la inmunosupresión. También, aspectos complejos y consecutivos a la intervención quirúrgica, como la gestión que los pacientes realizan sobre las expectativas de los resultados. La "creación" de una nueva imagen y su repercusión subjetiva, debe ser operativizada y evaluada para garantizar la satisfacción post-operatoria y en la maximización de la adhesión con los tratamientos a largo término

Protocolizar las diferentes intervenciones, fundamentalmente las de evaluación inicial de los candidatos, facilita poder prevenir situaciones de alto riesgo y planificar las estrategias para acompañar los procesos de cambio psicológico y estrategias para la intervención clínica.

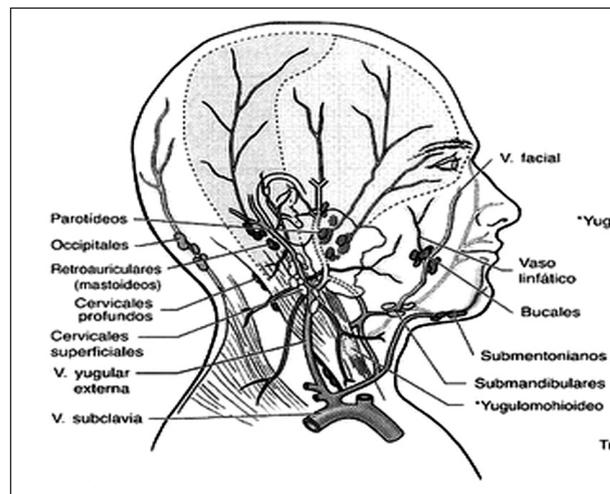
Por otra parte, los aspectos sociales y específicamente los vinculados a la "aceptación social" de las personas

con deformidades faciales, junto al cuestionamiento de los procedimientos basados en creencias erróneas, es una asignatura pendiente.

La integración de los psicólogos en este campo específico y en el trabajo multidisciplinario de los equipos de trasplantes, debería incluir la perspectiva social, por lo cual resulta acertado considerar el concepto de "Psicosocial" para la descripción del abordaje.

El paciente debe tener en cuenta que puede llegar a rechazar el injerto y que deberá someterse a una segunda cirugía.

La recuperación de esta cirugía es un proceso largo que abarca desde la cicatrización hasta los movimientos y funciones normales del rostro. Entre los riesgos más relevantes y frecuentes de las intervenciones para los alo-trasplantes, se señala el denominado "rechazo": Existen diferentes medidas para minimizarlo, entre ellas, la compatibilidad entre donante y receptor, teniendo en cuenta grupo sanguíneo y sistema HLA. Posterior a la cirugía de trasplante, la persona receptora debe recibir tratamientos con los inmunosupresores, de forma continuada a lo largo de la vida. Pero también los tratamientos inmunosupresores, presentan riesgos tales como afectar negativamente la calidad de vida o acortarla, por la propensión a infecciones y a otras patologías graves que se desarrollan por la afectación sobre el sistema inmunitario.



BIBLIOGRAFIA: (RESUMEN)

www.google.com.bo/wikipedia/trasplantedecara

www.ruta1000.com/tratamientos-faciales.php

www.hedonai.com/unidad-facial

MOORE, Anatomía de, 6° Edición. Cahtain 4° Edición.

GARCIA-Porrero, J., Hurlé, J., (2005): Anatomía Humana. McGraw-Hill. Madrid.