



La Cicatrización Normal

Aunque la habilidad para regenerar el tejido lesionado es una propiedad reconocida en los seres vivos, el proceso que la caracteriza es por demás complejo, y en él están íntimamente correlacionados múltiples mecanismos biológicos que van desde un suficiente aporte proteico, con una adecuada presencia y utilización del oxígeno en el área afectada y un sinnúmero de procesos hormonales y enzimáticos, donde tanto las prostaglandinas específicas como los factores de crecimiento, intervienen armónicamente para que esta regeneración básicamente epitelial, con una conveniente producción tanto de fibroblastos como de tejido conectivo, dé el resultado esperado: una normal cicatrización.

Judath Falkman demostró a finales de los años 60's que el crecimiento de capilares en el interior de una herida está relacionado con actividades hormonales que ayudan a la multiplicación fibroblástica y evitan la contaminación bacteriana; por época similar, Adamson demostró que el secuestro de líquido extracelular es fenómeno importantísimo en las heridas ya sean éstas quirúrgicas o no, aduciendo las siguientes consideraciones: este secuestro de líquidos es notoriamente más marcado en el tejido muscular traumatizado, con aumento del Na y disminución del K en los músculos heridos, con la resultante expansión del espacio extracelular, la contracción del intracelular y la consecuente reducción de la masa celular en los tejidos que se encuentran en fase de cicatrización.

Clásicamente los factores imprescindibles para que la cicatrización llegue a un resultado normal han sido: una suplencia sanguínea adecuada, la no presencia de fuerzas mecánicas que produzcan tensión en el tejido reparado y una ausencia de colonización bacteriana; la técnica quirúrgica óptima que cumpla cabalmente con los preceptos de asepsia y antisepsia y una utilización de material de sutura adecuado, permitirán que el fenómeno de regeneración tisular se efectúe satisfactoriamente; la conjunción de los tres principios enunciados, hará posible un buen aporte de oxígeno al área afectada y una contaminación bacteriana de la herida inferior a 10^5 por gramo de tejido injuriado, ya que se ha demostrado que concentraciones superiores a la anterior, llevan a la infección de la herida con una formación inicial de microabscesos que permitirán la dehiscencia posterior y el fracaso del proceso cicatricial.

La Sociedad Colombiana de Cirugía ha querido con esta Edición Especial de su Revista CIRUGIA sobre "Heridas y Suturas", actualizar los conocimientos sobre los complejos fenómenos de la fisiología y la bioquímica de la cicatrización, lo mismo que sobre las fallas estructurales en la misma, tales como la formación de tejido queloideo o sus alteraciones en los pacientes inmunocomprometidos; asimismo, se le presenta a los lectores una revisión histórica sobre el uso de materiales de sutura en cirugía, y la aplicación juiciosa de las grapadoras o suturas mecánicas cada día más usadas y, por último, se informa sobre las experiencias nacionales en la nueva cirugía endoscópica, representada por la colecistectomía laparoscópica que ha ingresado recientemente al armamentario quirúrgico universal, en el que ya ocupa un sitio definido dentro del escenario tecnológico contemporáneo.

Hernando Abaúnza, MD.