

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "CALIXTO GARCIA

Quemaduras de los dedos de las manos por trastornos psiquiátricos

Un interesante caso

Por los Dres.:

ANTONIO DEL SOL SANCHEZ,* AMADO A. GOITÍA SAINZ **

del Sol Sánchez, A. et al. *Quemaduras de los dedos de las manos. Por trastornos psiquiátricos. Un interesante caso.* Rev Cub Med 14: 3, 1975.

Se presenta un trabajo donde se exponen los aspectos psiquiátricos de una paciente portadora de un *Bouffe delirante*, la cual sufre intensas quemaduras de los dedos de las manos cumpliendo ordenes alucinatorias; se describe la técnica utilizada en este tipo de lesión. Se plantea las ventajas de dicha técnica, así como la conveniencia de los tratamientos quirúrgicos y psiquiátricos. En la secuencia de fotos se aprecia el daño producido en los dedos de ambas manos por la acción del fuego, parte del proceso quirúrgico y de las actividades realizadas por la paciente, la que muestra recuperación funcional.

INTRODUCCION

Dentro de los casos de quemaduras de los dedos de las manos, es particularmente excepcional encontrar uno con las características del paciente que presentamos en este trabajo, ello provocó nuestro interés y decidimos exponer los aspectos psiquiátricos y quirúrgicos.

La gran mayoría de los pacientes que son atendidos en nuestro servicio de quemados del hospital general docente "Calixto García", y en otras unidades de esta especialidad, necesitan de la atención del psiquiatra tanto como del cirujano reconstructivo, ya que muchas veces, antes de

que sucedan estas lesiones, son los trastornos psiquiátricos los que favorecen que se produzcan, y en otros casos, la mayoría, el efecto de verse con quemaduras y con posibilidades de secuelas por dichas lesiones, les producen las alteraciones mentales que influyen de manera destacada en su vida social posterior.

En el caso que presentamos, aunque se trata de una paciente ya portadora de una afección mental, se corrobora la importancia de la acción conjunta de los tratamientos psiquiátricos y quirúrgicos para su mejor y más rápida recuperación.

Aspectos psiquiátricos

Paciente J.P.Z. HC No. 18 881, de 30 años de edad, de la raza negra, divorciada, ingresa en la unidad de quemados del hospital general docente "Calixto García"

* Especialista de primer grado en reconstructiva y quemados. Jefe servicio unidad de quemados, hospital "Calixto García".

** Residente de tercer año de psiquiatría, hospital "Calixto García".

el día 11 de diciembre de 1972, hasta el 25 de mayo de 1973, en que es dada de alta.

Motivo su ingreso en dicho servicio unas intensas quemaduras en todos los dedos de ambas manos, con predominio de la derecha, que obliga a la amputación inicial y a la reparación por colgajo en otros tiempos.

Esta paciente tiene una historia de buena salud hasta hace unos seis meses, en que viene notando intranquilidad, insomnio, "falta de ánimo" para enfrentarse a las tareas del hogar y tristeza, además, oía la voz de un hombre que le era conocida, que le indicaba susurrante e imperativamente al oído "quemate las manos", cosa que realiza el día del ingreso, en presencia de sus tres menores hijos. Hace tres años es divorciada; mantenía relaciones amorosas con un sujeto de no grato carácter con el que tenía ocasionales disgustos que se recrudecieron y motivaron la separación días antes de los hechos. Describe que al poner las manos sobre la llama obedecía a las voces que le indicaban se las quemase para así salvarse de la persecución y amenazas de este sujeto. Durante la exposición de las manos a la llama, sentía el calor y un discreto dolor que fue aumentando hasta perder la conciencia; fue recogida por un vecino, quien le avisa a la familia y le trae al centro hospitalario. Niega en todo momento el ánimo autodestructivo suicida.

Durante este ingreso permanecieron las ideas delirantes de daño, perjuicio y persecución, unidas a las alucinaciones auditivas, que comenzaban a carecer de integridad. Se restableció psíquicamente al cabo de varias semanas con tratamiento antipsicótico; permaneció tan solo un estado depresivo achacado al tiempo que hacia no veía a sus hijos. Los antecedentes de esta joven son los de ser la mayor de una prole de seis hijos que nacen en el seno de una humilde familia, con un desarrollo psicomotor, dentario y esfínteriano normales; comenzó en la escuela a los cuatro años, alcanza el quinto grado sin repetir, y el sexto grado ya en la Revolución. Siempre fue saludable y obediente. Comenzó a trabajar como empleada en un círculo infantil en el

año 1960, donde se mantuvo hasta 1968 en forma adecuada, con actividades políticas positivas.

Se casa a los 22 años de edad (año 1965) y tuvo tres hijos de esta unión; se divorció en el año 1969 a solicitud del cónyuge, quien contrae nupcias al corto tiempo. Dice no tener creencias religiosas prácticas "aunque tiene fe" y le pide a los santos cuando tiene un hijo enfermo. El entrevistador estima que la paciente tiene creencias religiosas del panteón yoruba.

Al entrevistar a la madre, esta nos indica que los datos brindados por la paciente son ciertos, agregando que notaba desde su matrimonio un cambio de carácter, que era más "seca" en el cariño hacia ella y estaba irritada casi siempre, cosa que le achacaba que su exesposo tenía un carácter "agrio" y no deseaba se relacionase mucho con la familia; que este carácter de su hija ha cambiado mucho, hasta llegar a la hostilidad con ella cuando se le criticaban las "malacrianzas" de sus hijos, sobre todo en los últimos meses tras el divorcio. Añade que semanas antes del ingreso notaba que estaba nerviosa, con miedo, y se quejaba de ser perseguida sin poder precisar el por qué.

Durante el ingreso de la paciente, la visitaron dos colegas psiquiatras que concluyeron en su diagnóstico al plantear se trataba de una portadora de esquizofrenia paranoide, diagnóstico este que nos resistimos a aceptar, a pesar de lo abundante de los síntomas, por lo cual nos decidimos a estudiarle minuciosamente.

Le sometimos a investigaciones psicológicas (entrevistas y *test* I que revelaron un intelecto inferior al promedio normal (deficit mental ligero) y una ausencia de deterioro o actividad psicótica esquizofrenica, motivo por el cual demostramos lo que inicialmente fue nuestro criterio clínico, que la paciente es portadora de un *bouffe* delirante, que la lleva a la actitud que motiva su ingreso bajo las ordenes alucinatorias.

La terapéutica que se usó en esta paciente fue la usual en estos casos, a base de productos orales neurolépticos, en especial las

fenotiacinas en dosis moderadas, con lo cual se obtuvo la mejoría esperada en el tiempo programado.

El Bouffe delirante

El Bouffe delirante ha sido estudiado por el profesor doctor *Jose A. Bustamante* en Cuba, así como lo hiciera *H. Collomb* en Senegal, Africa, países donde su incidencia observa las mayores tasas del mundo.

Esta afección que significa “brote o ex-plosion delirante” fue enunciada por *Mag-nan* (1886) en Francia, quien la describió como una patología psicótica delirante aguda en los “degenerados” (hoy denominados psicopatas o caracteropatas, por sus trastornos de la personalidad). Es caracterizada por su instalación brusca, brevedad (semanas generalmente) y transitoriedad (no deja secuelas); es frecuentemente repetitiva, sin estado confusional (aunque con trastornos de la conciencia oniroide), desorientación, y exaltación de la conducta con movilidad y polimorfismo de las ideas delirantes (priman las de dano, persecución y grandeza), y alucinaciones, aspectos estos últimos que se asemejan mucho a la esquizofrenia (patología mucho más grave y deteriorante, de la cual se exige diferenciar) y a la disociación histérica, que aparece entre los 15 y 50 años de edad, preferiblemente en mujeres, con un altísimo porcentaje de

casos curados (94,5%). Ello puede suceder hasta en un sujeto con personalidad promorbida normal, sometido a tensiones fuertes y constantes del desenvolvimiento y estado, a los cambios del medio ambiente que rompen los niveles de adaptación, y esta relacionado con el subdesarrollo y las situaciones de transculturalización, como el sincretismo cultural católico yoruba en nuestro país.

Técnica quirúrgica

Las causas de las quemaduras abarcan una lista sumamente extensa. Las manos constituyen una zona especial, y no solo debe tenerse presente el problema de la reparación cutánea, sino que corresponde tener en cuenta las delicadas estructuras profundas, las cuales pueden resultar fácilmente afectadas por la quemadura misma, o por un tratamiento mal conducido. Estas estructuras, además de ser alteradas por la acción directa del fuego, también pueden resultar lesionadas secundariamente por la infección y la fibrosis cicatrizal.

Las quemaduras de tercer grado de la mano son generalmente ocasionadas por la acción directa del fuego, como en el caso que presentamos. Según algunos autores, el axioma básico para el cuidado de emergencia de la mano lesionada es hacer lo que sea necesario para asegurar la curación primaria de la herida.²

Esto conlleva no sólo el debridamiento y extirpación de cuerpos extraños, seguido después de una coaptación de los bordes de la herida, sino también en muchos casos, reponer la piel perdida como un procedimiento de emergencia.

Se conoce que los objetivos que cumplir con la cirugía plástica y reconstructiva son la reposición de una función o forma determinada, o de ambas al mismo tiempo.

En el tratamiento precoz de las quemaduras debe darse prioridad a las manos.



Fig. 1.



Figs. 1 y 2.—Muestra del daño producido en los dedos de ambas manos por la acción directa del fuego.

Es de gran importancia recubrir de piel, lo mas pronto posible, estas áreas, con objeto de obtener buenos resultados funcionales.

Los principios de tratamiento local aplicables a todas las quemaduras se refieren tambien a las de las manos.

La conducta que se siguió, fue con el fin de reducir al mínimo los trastornos.^{3,4,5}

En primer lugar, se efectuó en nuestro cuerpo de guardia de quemados un lavado meticulouso con solución de cetavión al 1%, eliminando cuidadosamente los tejidos necroticos.

Posteriormente se amputaron las últimas falanges de ambas manos, con excepción del pulgar izquierdo. Se utilizó para esta operación anestesia general. Las falanges en su aspecto externo se mostraban practicamente carbonizadas, lo que facilitó su amputación o "ra de conducta obligada. Se llevó una hemostasia cuidadosa, cubriendo con gasa furacinada las zonas cruentas para

después de un corto período de curaciones, una vez limpias las partes lesionadas de esfacelos y ya con tejido de granulación, proceder a realizar la unión por colgajo abdominal, manteniendo, por medio de inmovilización, la sutura de la mano en el colgajo durante tres semanas.

Una vez establecida la unión y la correspondencia circulatoria, separamos las porciones restantes de los dedos del colgajo, cubriendo las partes oseas expuestas por la plastia cutánea pediculada y almohadillada con tejido celular subcutáneo.

Esto permitió una rápida recuperación funcional, aunque sin un óptimo resultado estético.

La paciente se mostró satisfecha por el resultado de la operación, y en la foto donde se muestran diferentes estadios se constatan algunas de las funciones realizadas por ella que justifican los procedimientos utilizados para tal fin.



Fig. 3.—Exposición de la amputación realizada.



Fig. 4.—Corto tiempo despues de haber pasado un proceso de curas.

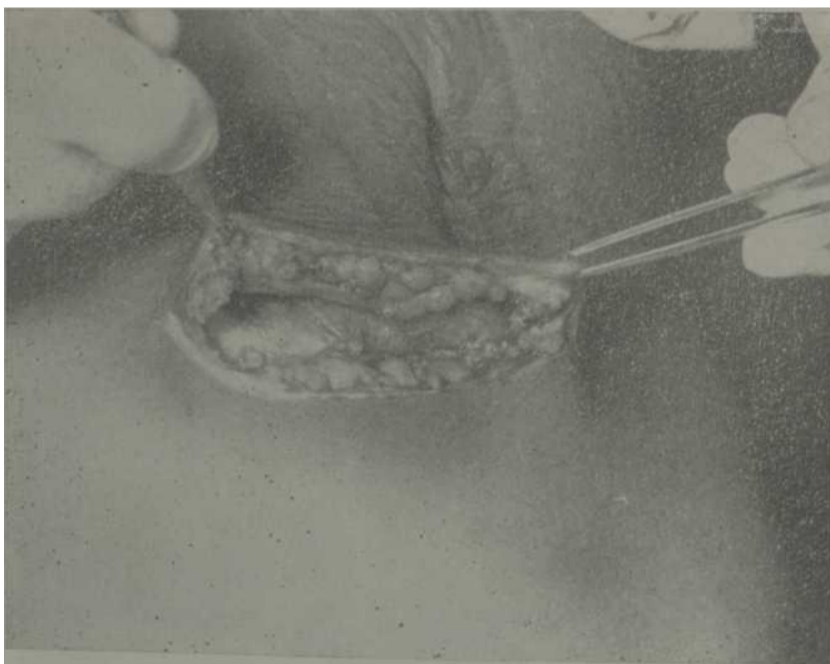


Fig. 5. Incision abdominal supraumbilical para preparar el colgajo abdominal.



Fig. 6—Procedimiento empleado para la introducción de la mano.

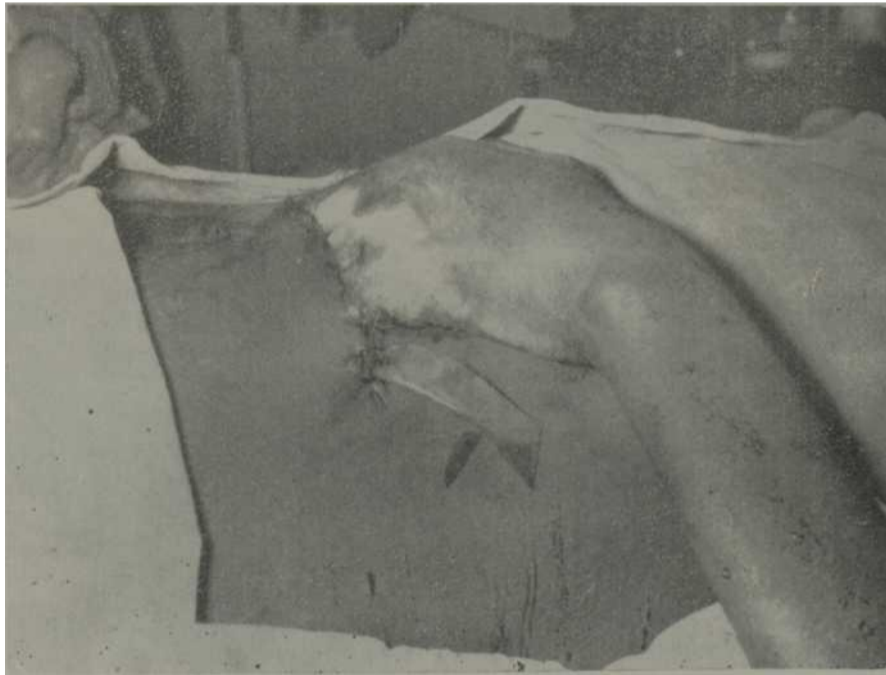


Fig. 7.

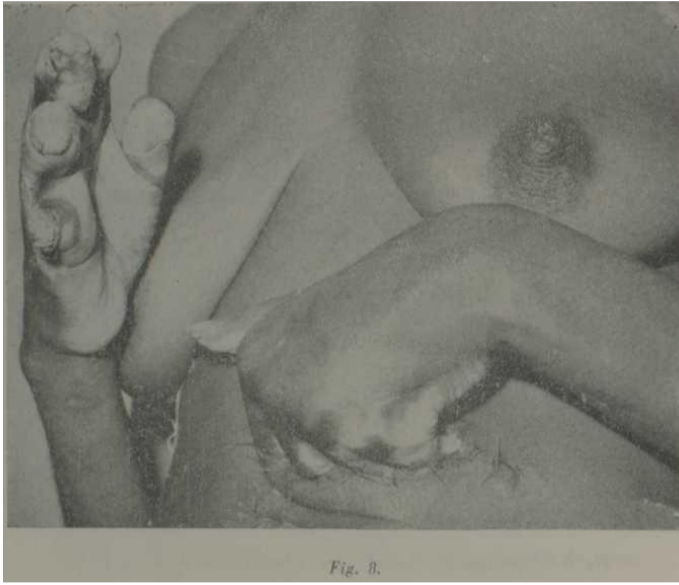


Fig. 8.



7, 8, 9. -Vistas de la mano ya suturada al colgajo abdominal. Se observa el drenaje que se mantuvo en los dos primeros días.

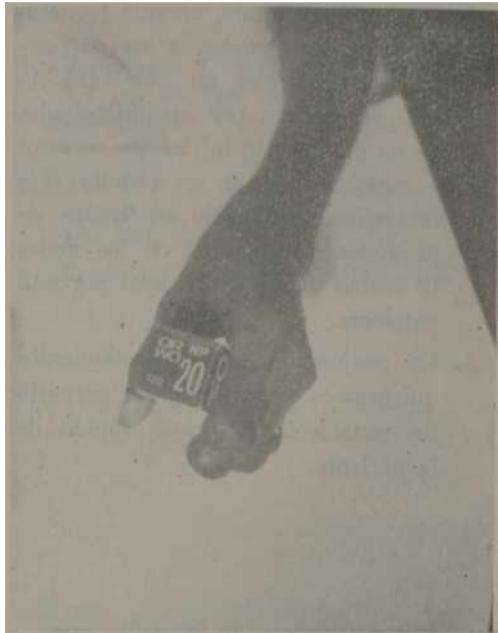


Fig. 10.



Fig. 11.



10, 11, 12.—Actividades realizadas con la mano operada que muestra su recuperación funcional.

CONCLUSIONS

1. La conducta seguida lleva el propósito de reducir al mínimo las complicaciones de este tipo de lesión.
2. Se ha comprobado que en estos casos prenden mucho mejor las plastias cutáneas pediculadas, y que estos colgajos permiten una protección y recuperación funcional más rápida, aunque los injertos cutáneos sean de técnica mucho más sencilla.
3. Aunque el resultado estético no fue el mejor, se obtuvo una adecuada rehabilitación funcional.
4. El Bouffe delirante, aunque frecuente

en nuestro medio, acusa características especiales en este caso, lo que se constata por las dificultades de un diagnóstico inicial que se llegó a comprobar bajo un estudio más minucioso, así como el hecho de presentar quemaduras en los dedos de ambas manos provocadas por esta patología.

5. La conjunción de los tratamientos quirúrgicos y psiquiátricos permitió un restablecimiento más rápido de la paciente.

SUMMARY

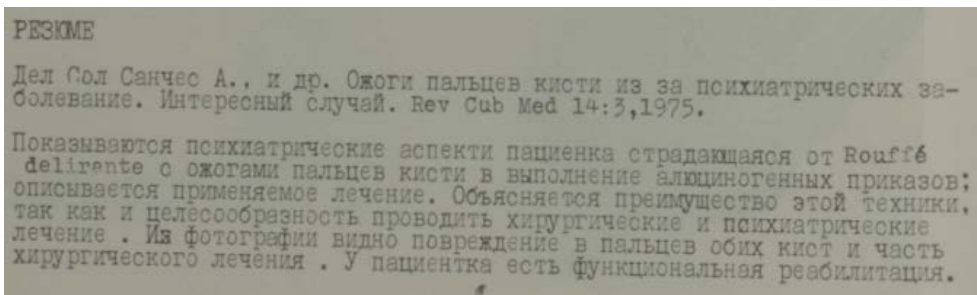
del Sol Sanchez, A. et al. *Burns of fingers due to psychiatric disturbances. An interesting case.* Rev Cub Med 14 : 3, 1975.

Psychiatric aspects of a female patient with a *deliriant Bouffe*, who inflicted herself severe burns in the fingers obeying hallucinatory orders, are presented. Advantages of surgical and psychiatric treatments in this type of lesion are exposed. Photograph sequence shows the damage caused in the fingers of both hands by fire action and also a part of the surgical procedure and the activities performed by the patient, who shows a functional recovery.

RESUME

del Sol Sanchez, A. et al. *Brulures des doigts par des troubles psychiatriques. Un cas Intéressant.* Rev Cub Med 14: 3, 1975.

Il s'agit d'une malade porteuse d'une bouffe délirante qui présente d'intenses brûlures dans les doigts, faites lors qu'elle est sous l'effet d'une hallucination. On décrit la technique utilisée dans ce type de lésion et ses avantages. On souligne l'importance des traitements chirurgicaux et psychiatriques. Sur les photos on peut apprécier des brûlures des doigts des deux mains produites par le feu, ainsi qu'une partie du procédé chirurgical et des activités réalisées par cette malade, qui s'est rétablie fonctionnellement.



BIBLIOGRAFIA

1. —*Bustamante, J. A.* Temas de Psiquiatria, V.I. PP- 35, Dpto de Publicaciones de la Academia de Ciencias de Cuba, La Habana, 1973.
2. —*Artz, C. P., E. Reiss.* El tratamiento de las quemaduras. Editorial Alhambra, Madrid_ 146, 1961.
3. *Beasley, R.* Cosmetic Considerations in Surgery of the Hand Surg Clin North Am 51: 471-77, 2, April 1971.
4. *Getbke, //.* Cirugia Plastica y Reconstruc- tora, I. p.p. 179. Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1967
- 5- *Beasley, R.* Principles and Tecnichian of Resurfacing Operations for Hand Surgery. Surg Clin North Am 47: 3B9-413, 2, April 1967. Rev Cub Med 14: 353-360, Mayo-Junio, 1975