

INJERTOS LIBRES DE PIEL

FEDERICO SERRANO, M. D.¹
MIKE LANG, M. D.²
Bogotá, Colombia.

En este trabajo nos ocuparemos específicamente de los injertos de piel que con mayor frecuencia se emplean en la restauración de defectos causados por heridas o procesos cicatriciales en la región palpebral.

Dentro de esta patología palpebral podemos encontrar tres situaciones básicas:

- a) Cicatrices limitadas, superficiales, que se solucionan con resección y afrontamiento directo.
- b) Cicatrices retráctiles, que requieren, además de exéresis una técnica de relajamiento cutáneo, con el diseño de una plastia que puede ser en "Z" en "V" o en "Y".
- c) Cicatrices con pérdida de sustancia para cuya reparación se emplea el injerto de piel propiamente dicho. Puede hacerse con un injerto libre o un injerto pediculado.

En este caso se trata de aportar un tejido nuevo para solucionar un defecto.

INJERTO LIBRE

Un injerto libre es aquella porción de piel que se trasplanta totalmente independiente de sus conexiones, en particular de las vasculares. Son siempre autoplásticos.

1. Profesor titular, Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer.

2. Jefe de Residentes, Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América.

Es indispensable que el lecho que lo va a recibir sea de buena calidad para garantizar una rápida y suficiente vascularización. Los injertos libres pueden ser delgados o dermoepidérmicos, o totales de piel.

Los injertos delgados o dermoepidérmicos se emplean con frecuencia en quemaduras. Su desventaja es que se retraen, con frecuencia se pigmentan y su vitalidad es menor que la de los injertos totales gruesos. La mejor piel dadora para estos injertos delgados es el párpado superior.

Los injertos totales de piel tienen todo el espesor de la dermis, la cual debe ser liberada del tejido celuloadiposo subyacente. Tienen la ventaja de su escasa retracción y poca pigmentación, además de una buena vitalidad. Se obtienen preferiblemente de la región retroauricular, aunque también pueden obtenerse de la región supraclavicular o de la cara interna del brazo.

INJERTO PEDICULADO:

En el injerto pediculado se desplaza una porción de piel conservando su pedículo o eje vascular, que asegura la autonomía del fragmento desplazado, pero sin depender básicamente de la región que lo recibe, pues puede vivir por sí mismo.

Los injertos pediculados se pueden hacer por deslizamiento de las zonas vecinas o por rotación. Se emplean en reparaciones palpebrales cuando hay pérdida de todo el espesor del párpado, o cuando no hay garantía de un lecho vascular satisfactorio.

La piel de la región orbitaria es única, por sus características de espesor, elasticidad y color. Debe ser considerada dentro de la estructura cutánea de la cara, como una unidad anatómica muy particular, en donde los pliegues espontáneos de tracción, siguen unas líneas específicas (líneas de Langer). Estas líneas debe ser tenidas en cuenta al practicar cualquier incisión; si se las hace paralelas a los pliegues, las cicatrices serán prácticamente invisibles, pero si se las hace perpendiculares, quedarán visibles e inducirán tracciones.

Los injertos libres de espesor total retroauricular los preferimos para pérdidas de piel de los párpados inferiores, especialmente en casos de ectropiones cicatriciales causados por dermatosis solar o por quemaduras, en cicatrices retráctiles, y en las resecciones de neoplasias superficiales.

En los párpados superiores preferimos emplear injertos libres delgados dermoepidérmicos de acuerdo a la extensión del defecto. Sin embargo cuando

INJERTOS LIBRES DE PIEL

deban emplearse injertos totales retroauriculares como en casos de quemaduras, debe hacerse una hipercorrección para equilibrar la retracción que se presenta en el postoperatorio, por el proceso cicatricial.

Es indispensable considerar siempre el párpado como una unidad anatómica y aplicar un injerto de conjunto y no una solución parcial en parche que, con el tiempo, se retraería.

LECHO RECEPTOR DE UN INJERTO EN PARPADOS:

Una vez dibujada sobre la piel del párpado la incisión a realizar, se practica esta a 3 mm del borde ciliar, en seguida se procede a la relajación de las tracciones cicatriciales, siempre en el sentido de las fibras del orbicular, hasta tener una idea clara de la cantidad de pérdida de sustancia existente.

El lecho receptor suministra la información del tamaño y del tipo de injerto necesario. Un lecho aséptico, bien vascularizado, de bordes netos, puede recibir un injerto de piel total sin problemas, no así, si la destrucción sobrepasa el plano muscular o existe una irradiación previa o una quemadura profunda.

Debe hacerse una cauterización suave y no excesiva de los vasos del lecho, para evitar la complicación más frecuente del injerto libre, el hematoma del lecho.

TOMA DEL INJERTO:

Se dibuja la cantidad de piel necesaria para injertar en la zona dadora. Una inyección subdérmica de xilocaina al 2% o de suero fisiológico facilitará la maniobra de disección de la piel. Foto No. 1.

La toma del injerto debe hacerse con un instrumental quirúrgico adecuado, practicando una incisión firme, amplia y de bordes netos. El manejo cuidadoso de las pinzas evitará necrosis en los bordes. No se debe cauterizar sobre el injerto. La vitalidad del injerto está en relación indirecta con el trauma que pueda haber recibido durante su obtención. Foto. No. 2.

La disección del plano de clivaje se termina con tijeras, transportando el injerto sobre un bajalenguas, eliminando el tejido celular adiposo subyacente que nos retardaría la cicatrización. El injerto debe transportarse al lecho receptor lo más pronto posible, manteniéndolo húmedo con suero fisiológico para evitar su desecación. Foto No. 3.

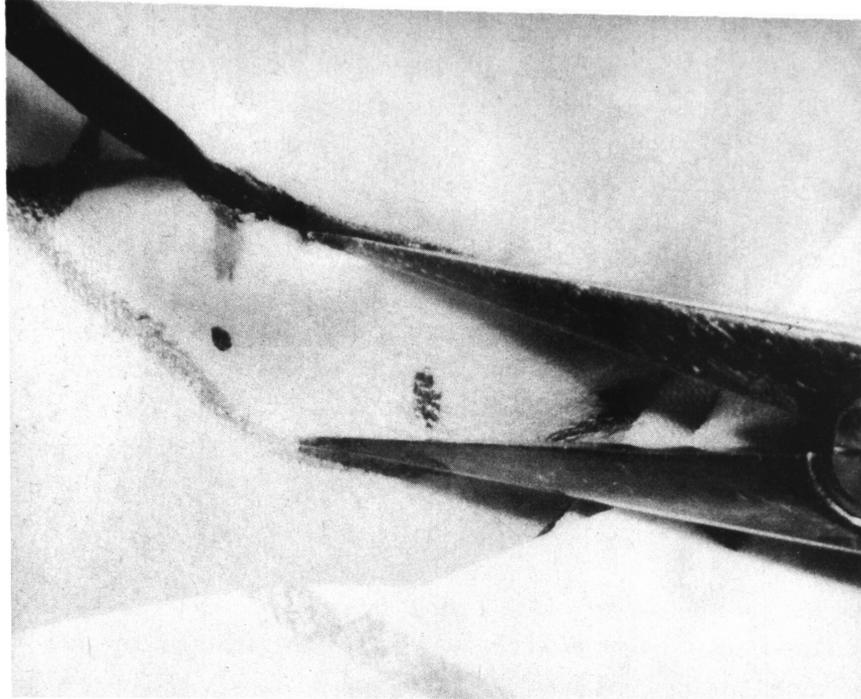


FIGURA 1
Demarcación en piel de las dimensiones del injerto retroauricular.

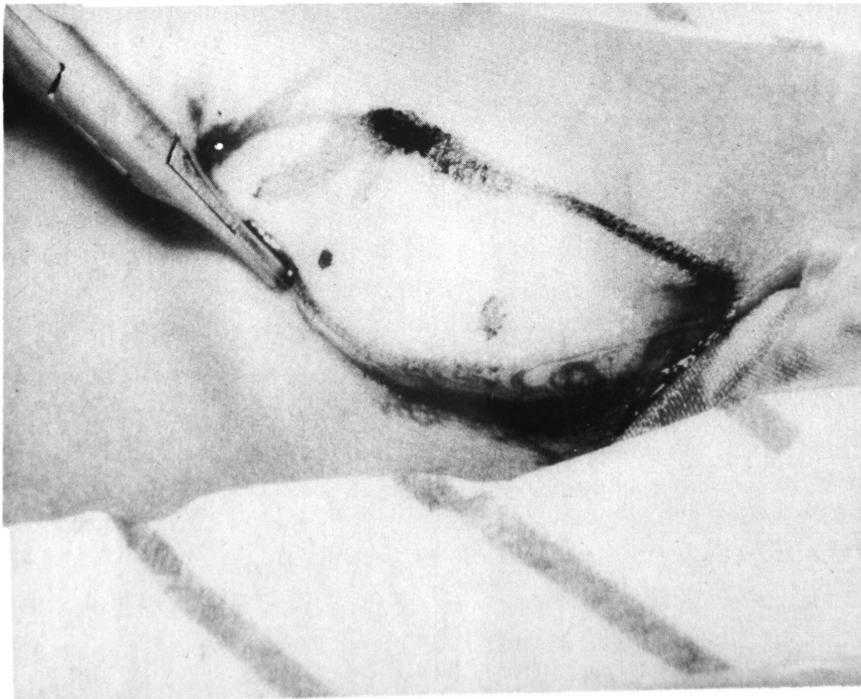


FIGURA 2
Xilocaina subdérmica e incisión con cuchilla.

INJERTOS LIBRES DE PIEL

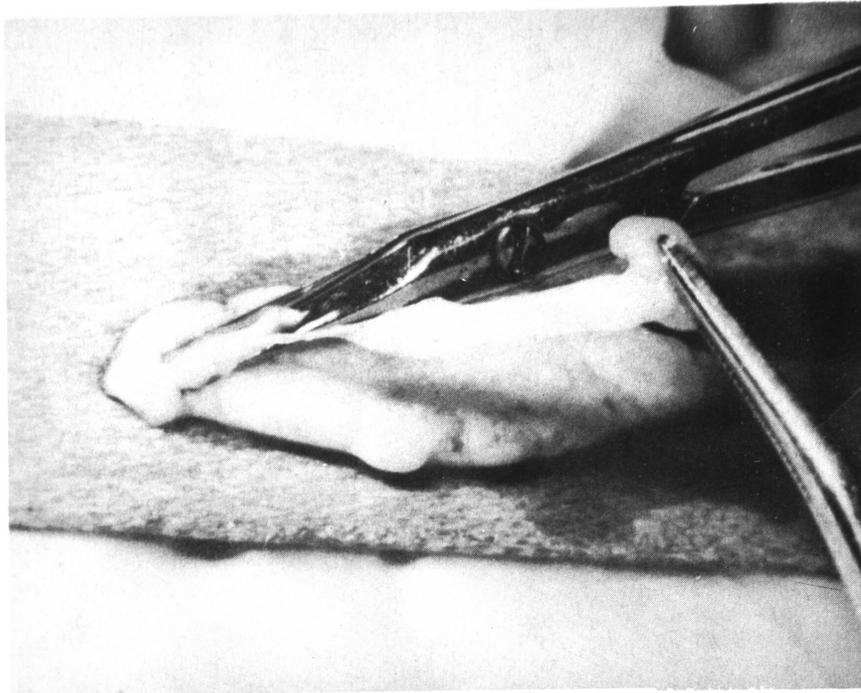


FIGURA 3
Resección de tejido redundante subdérmico.

Generalmente en la zona dadora es conveniente realizar una divulsión de sus bordes con tijeras, para facilitar la aproximación de los labios de la herida. Hemostasia suave del lecho dador con diatermia bipolar y sutura borde a borde y a todo espesor con material resistente, seda negra 4 - 0 ya que generalmente debe ejercer una cierta tracción. Foto No. 4.

SUTURA DEL INJERTO:

El injerto debe ocupar adecuadamente el lecho sin tracción ni exceso. Se sutura con puntos separados de nylon 6 - 0 o prolene 6 - 0.

Comenzando por los extremos del injerto, y aplicando las suturas en diámetros opuestos, para repartir mejor la tracción. Aplicamos puntos de sutura hasta que queden separados 2 mm unos de otros.

La coaptación de los bordes debe ser perfecta. Con una cuchilla pueden abrirse algunos orificios de todo el espesor del injerto, para evitar la colección de líquidos en su lecho, pues esto disminuiría la vitalidad del injerto.

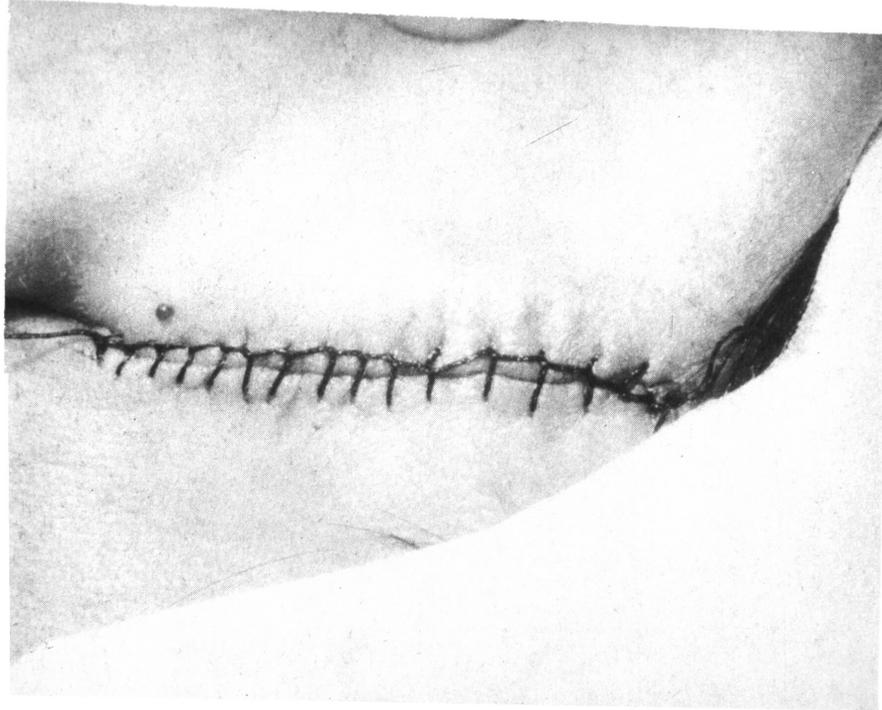


FIGURA 4
Sutura del lecho dador seda negra 4 - 0.

Se aplica un vendaje que produzca una cierta compresión uniforme, el cual dejamos por 72 horas, cuando practicamos la primera curación, reaplicando el vendaje compresivo. Segunda curación a los 6 días.

Inicialmente el color de un injerto es violáceo, tornándose rosado hacia el quinto día. Los puntos se retiran al séptimo día. Cuando se detecta un hematoma en el lecho, debe procederse a drenarlo a través de los orificios que se han practicado en el injerto, con el objeto de volver a coaptar la cara profunda del injerto con el lecho receptor para mejorar la nutrición del injerto.

Un injerto puede necesitarse como urgencia quirúrgica cuando un lagofthalmos causado por retracción cicatricial impide la coaptación de la hendidura palpebral con exposición de la córnea y peligro grave de ulceración y perforación corneal.

Esta situación es frecuente en casos de quemaduras de segundo y tercer grado, especialmente en el párpado superior. Si la destrucción y pérdida del tejido es muy severa, es preferible un injerto pediculado a uno libre, para garantizar su nutrición. Una vez el injerto ha cicatrizado satisfactoriamente puede resultar una cierta retracción. Si no existe lagofthalmos, no debe reintervenirse o practicar nuevos injertos antes de 6 meses de la primera cirugía. Fotos 5 y 6.

INJERTOS LIBRES DE PIEL

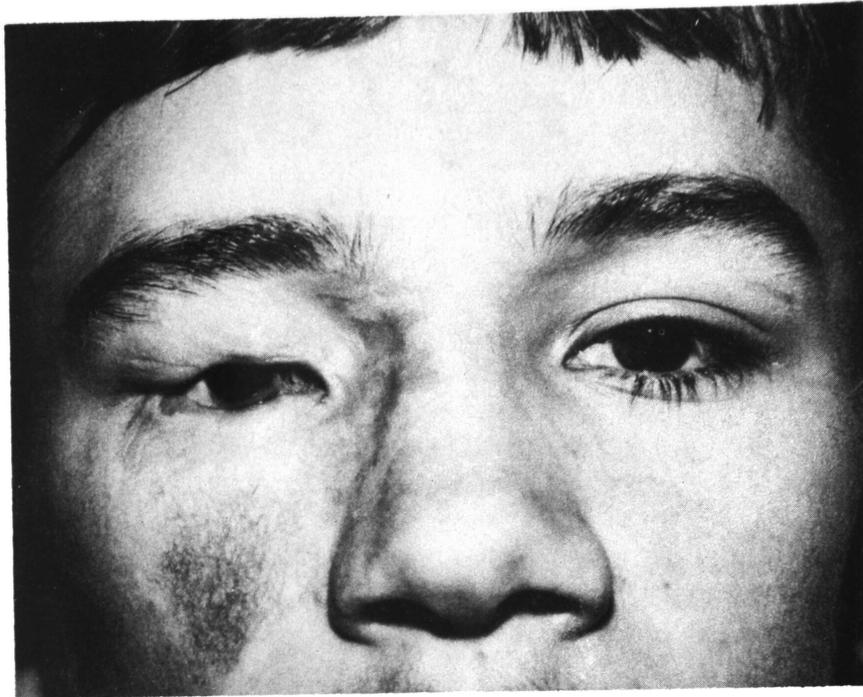


FIGURA 5

Ectropión cicatricial párpado superior e inferior derecho post-quemadura.



FIGURA 6

Post-operatorio, después de injerto libre en párpados superior e inferior derecho.

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo está basado en 58 casos consecutivos operados con injertos libres de piel, entre 1973 y 1981.

Las causas patológicas que llevaron a efectuar dicha técnica fueron:

- a) Ectropion cicatricial (47)
- b) Carcinoma basocelular (4)
- c) Retracción palpebral por quemadura (5)

En 21 casos la patología se presentó en el párpado inferior derecho; 17 casos en el párpado inferior izquierdo; en 10 casos en el párpado inferior derecho; y otros 10 casos en el párpado inferior izquierdo.

Los sitios dadores de los injertos fueron: región retroauricular 52 casos; párpado superior 5 casos y región supraclavicular 1 caso. En todos los casos se obtuvo un buen resultado estético y funcional.

BIBLIOGRAFIA

FOX, SIDNEY A: *Ophthalmic plastic Surgery*, (5 Ed.), Chapter 4, New York, Grune and Statton.

International Symposium on Plastic and Reconstructive Surgery of the Eye and Adnexe. (3rd.: 1980 Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital), Chapter 8, Baltimor, Williams and Wilkins, 1982.

MUSTARDE, JOHN CLARK.: *Repair and Reconstruction in the Orbital Region*, (2 Ed.) Chapter 3-4. London, Churchill Livingstone, 1980.

SMITH, BYRON.: *Practical Thecniques in Ophthalmic Plastic Surgery*, Chapter 4 - 5. St. Louis, C. V. Mosby Company, 1981.