

Técnicas quirúrgicas: Cobertura de grandes quemados. Autoinjertos

Juan Javier García Barreiro
Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Xerencia de Xestión Integrada A Coruña
A Coruña. España
e-mail: Juan.Javier.Garcia.Barreiro@sergas.es

El principal factor que ha influido en el aumento de la supervivencia de grandes quemados en los últimos años ha sido la realización del desbridamiento precoz y cobertura de la superficie quemada. El desarrollo de las técnicas de soporte vital ha permitido que estos procedimientos agresivos puedan aplicarse en etapas cada vez más precoces.

La elección de los métodos de cobertura depende de factores como: extensión y profundidad de la quemadura, localización, disponibilidad de zonas donantes, estado general y presencia de factores de riesgo. La técnica estándar de cobertura de grandes quemados y que continúa siendo referencia para otras coberturas es el autoinjerto cutáneo. Este pro-

cedimiento exige de la existencia de una zona dadora lo suficientemente extensa como para permitir la cobertura total o de un amplio porcentaje de la superficie quemada.

El autoinjerto puede realizarse de forma simultánea al desbridamiento, en el caso de que la situación general del paciente lo permita, o bien diferirlo en el tiempo hasta que mejore esta situación, dado que la toma de autoinjertos además de prolongar el tiempo quirúrgico aumenta la agresión por sangrado.

El autoinjerto puede ser de espesor parcial, en el caso de que incluya epidermis y dermis superficial, o de espesor total, en el caso de que incluya toda la dermis. El primer tipo es el más utilizado ya que permite la toma de grandes

extensiones de superficie con una curación rápida y espontánea en 5 y 7 días. El injerto de espesor total suele exigir un cierre cutáneo directo por lo que la extensión que se puede obtener es muy limitada, sin embargo el resultado estético es mejor que el primero, ya que incluye todo el espesor dérmico (fibras colágenas, elásticas y reticulares), por lo que la retracción post-injerto es menor. Suele utilizarse en áreas de especial importancia estética como la cara, genitales, dorso de dedos, etc.

El injerto de espesor parcial suele tomarse con dermatomos manuales, de los que existen varios modelos, o más recientemente con dermatomos de motor (eléctricos o de aire comprimido) que permiten la extracción más rápida y precisa. Las zonas donantes suelen ser, en principio las disponibles. De poder elegir son preferibles zonas planas de mayor grosor dérmico como: muslos, nalgas, espalda.. La secuela derivada de esta extracción suele ser eritema durante un período aproximado de 6 a 12 meses y eventual pigmentación, de ahí que sea importante también seleccionar zonas donantes habitualmente ocultas.

La toma del injerto suele dejar un lecho sangrante, que según la situación general del

paciente, puede incrementar la agresión quirúrgica. Este sangrado puede limitarse con la aplicación de compresas empapadas en solución de suero fisiológico y adrenalina (1/500.00), produciendo una hemostasia prácticamente inmediata, sin producir repercusión hemodinámica, dada la dilución empleada.

Previo a la colocación del autoinjerto, siempre es necesario un desbridamiento (tangencial, a fascia, o abrasivo) hasta un lecho viable. Cuanto más superficial sea este, mejor será el resultado estético ya que la retracción cicatricial será menor. Esta retracción depende de la cantidad de tejido colágeno y fibras elásticas que permanezcan en el lecho o bien que se aporten en el autoinjerto.

Es importante realizar hemostasia antes de la aplicación del autoinjerto, ya que la presencia de un hematoma en el postoperatorio impediría la estabilización del injerto. Esta puede conseguirse también con compresas impregnadas en suero fisiológico con adrenalina, o bien con la electrocoagulación de vasos de calibre mediano. Es importante también el efecto hemostático que el propio autoinjerto realiza a su colocación sobre el lecho.

La fijación suele realizarse con puntos o gra-

pas metálicas, y la cura suele realizarse con un apósito vaselinado o de silicona que impida la adherencia al injerto y que no lo desprenda en los sucesivos cambios de cura, sobre él un antiséptico (habitualmente solución de povidona yodada). Resulta conveniente la colocación de un apósito secundario (compresas de algodón) en volumen suficiente para que permita absorber el posible sangrado postoperatorio y un vendaje lo suficientemente fijo como para que no se desplace el injerto en los días siguientes a la intervención.

El injerto comienza a prender en las primeras horas por "imbibición" del propio lecho receptor, comenzando a establecerse los primeros puentes vasculares a partir de las 48 horas, pudiendo considerarse un prendimiento completo a partir del quinto o séptimo día. Ello hace que el aspecto en las primeras horas sea blanquecino, pasando a ser violáceo los primeros días y convirtiéndose en rosado a partir del 5º día.

Pueden producirse pérdidas en la estabilidad del injerto, fundamentalmente por hematoma o desplazamiento en el postoperatorio inmediato. Más raramente por infección del lecho o por un desbridamiento escaso.

Existe una técnica que permite ampliar la superficie de injerto tomado que se denomina "mallado" (Figura 1), este consiste en pasar



Figura 1

las laminas de autoinjerto por una prensa con ranuras de distintos tamaños que permiten multiplicar la superficie del injerto por 2, 3, 4 (mallados 1:2, 1:3, 1:4.). Muy útil en superficies grandes de quemadura, si bien el resultado estético es peor, dando un aspecto cutáneo de "red".

Más información en:

Lee J O, Divildox M, Jimenez CJ et al. Operative bound management. En Herndon D. Total Burn Care, 4ª ed. New York: Saunders; 2012. p. 157-73.

Atiyeh BS, Hayek SN, Gunn SW. New technologies for burn wound closure and healing. Review of the literature. Burns. 2005; 31: 944-56.

Sheridan R. Closure of the excised burn wound: autografts, semipermanent skin substitutes, and permanent skin substitutes. Clin Plast Surg. 2009; 36: 643-51.