


CICATRIZACIÓN DE HERIDA TRAUMÁTICA APLICANDO INJERTO DERMOEPIDÉRMICO

HEALING OF TRAUMATIC WOUND USING DERMOEPIDERMAL GRAFTING

Autor:  Joan Gallardo Alcamí

Enfermero, Centro de salud El Puig, Valencia (España)..

Contacto (*): joan.galc@gmail.comFecha de recepción: 16/07/2022
Fecha de aceptación: 23/08/2022Gallardo-Alcamí J. Cicatrización de herida traumática aplicando injerto dermoepidérmico. *Enferm Dermatol.* 2022; 16(46): e01-e04.
DOI: 10.5281/zenodo.7054205**RESUMEN:**

Se presenta el caso clínico de una mujer de 82 años, que sufre un traumatismo en el tercio inferior de la pierna derecha con una escalera metálica. Tras el desbridamiento se evidencia una pérdida de sustancia con necrosis de los tejidos y posterior infección. Dado el riesgo de la lesión de cronificarse y sus patologías asociadas, finalmente se decide realizar un injerto dermoepidérmico en sello para tratar de acelerar la epitelización, con lo que se consigue cerrar la lesión en menos de ocho semanas. En el desarrollo del caso clínico se explica el tratamiento paso a paso y la evolución hasta la epitelización.

Palabras clave: Herida aguda, Insuficiencia venosa, Úlcera venosa, Escala FEDPALLA.

ABSTRACT:

The clinical case is presented of an 82-year-old woman who suffers trauma to the lower third of the right leg with a metal ladder. After debridement, there is evidence of loss of substance with tissue necrosis and subsequent infection. Given the risk of the lesion to become chronic and its associated pathologies, it was finally decided to perform a dermoepidermal graft in seal to try to accelerate epithelialization, with which the lesion was closed in less than eight weeks. In the development of the clinical case, the step-by-step treatment and the evolution until epithelialization are explained.

Key words: Acute wound, Venous insufficiency, Venous ulcer, FEDPALLA scale.

INTRODUCCIÓN:

Las heridas agudas, son aquellas cuyo tiempo de cicatrización no va más allá de las 4-6 semanas ⁽¹⁾. Cuando una herida supera dicho tiempo y no hay pronóstico de epitelización, podemos introducir el término de herida crónica o úlcera ⁽²⁾.

En ocasiones las heridas agudas, se cronifican debido a sus patologías concomitantes, como la insuficiencia venosa, que conforma más del 80% de las úlceras de extremidades inferiores y presenta una incidencia de 2 a 5 nuevos casos por cada mil personas al año ⁽³⁾.

Debido a esto, nos vemos obligados a destinar todos los medios disponibles que sirvan como aliciente para ayudar en el proceso de epitelización, tal como exponemos en el siguiente caso clínico.

DESARROLLO DEL CASO:**Antecedentes clínicos:**

Paciente de 82 años, independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), con insuficiencia venosa crónica (CEAP IV), cardiopatía hipertensiva, neoplasia de colon descendente e insuficiencia renal crónica. En tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) y torasemida entre otros.

Acude al servicio de urgencias hospitalarias tras sufrir un traumatismo con una escalera metálica en la cara anterior del tercio inferior del miembro inferior derecho. La lesión en forma de scalp presenta unas dimensiones de 9x5 cm y 1,5 cm de profundidad. El tratamiento in situ fue aplicar grapas para intentar aproximar los bordes de la lesión, pero sin ningún tipo de éxito ya que estas fueron aplicadas directamente al lecho de la herida.

Evolución y pauta de curas:

A las 48h (3^{er} día) acude a seguimiento por parte de enfermería de atención primaria, donde se retiran las grapas y que, al realizar un desbridamiento cortante del tejido desvitalizado, se observa un hematoma interno (**Imagen 1**) que profundiza hasta el tejido celular subcutáneo (aprox. 1,5 cm), el cual es desbridado también hasta retirarlo casi en su totalidad. El dolor referido por la paciente no fue elevado, EVA= 4.

CASOS CLÍNICOS



Imagen 1. Lesión a las 48h sin grapas (F-1). Desbridamiento y presencia de hematoma (F-2). Desbridamiento del hematoma (F-3).

Se aplica un fomento con polihexanida, hidrogel en el lecho para realizar desbridamiento autolítico, un apósito de hidrofibra con plata, óxido de zinc en zona perilesional y un vendaje multicapa para cubrir todo.

Una vez realizada la anamnesis se identifican 3 diagnósticos NANDA-I (Tabla I).

NANDA	NOC	NIC
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103 Curación de la herida: por segunda intención	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas
000132 Dolor agudo	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor
00053 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	6550 Protección contra la infección

Pasados dos días (5º día) se realiza una revisión donde la lesión aun presenta restos hemáticos, en combinación con la aparición de necrosis húmeda junto con rubor y tumefacción de la zona perilesional (**Imagen 2**).



Imagen 2. Presencia de rubor y tumefacción en zona perilesional.

Se toma una muestra de exudado del lecho para realizar un cultivo bacteriológico debido a los signos anteriormente mencionados, mientras tanto, de forma empírica se pauta Amoxicilina / Clavulánico 500 mg / 125 mg a la espera del antibiograma definitivo. Aplicando, una vez más, la misma pauta de cura.

Pasados 5 días (10º día), hay signos claros de infección, sin mejoría a pesar del antibiótico de amplio espectro y presencia de una capa de esfacelo, seguramente combinado con biofilm, que recubre toda la lesión. Se obtiene el resultado del cultivo bacteriológico, que muestra una infección por *Pseudomonas Stutzeri* sensible a Tobramicina, por tanto, se administran 100 mg diarios durante 5 días. A su vez, el tejido esfacelado / biofilm se muestra rebelde al hidrogel, por lo que se aplica un apósito con solución de Ringer (Hydroclean®) saturado con polihexanida (4) y apósito secundario de polímero de celulosa superabsorbente (Zetuvitt®).

Se revisa a las 24h (11º día) para evaluar efectos del apósito de Ringer y se vuelve a aplicar el mismo tratamiento, siempre protegiendo la piel perilesional con óxido de zinc.

Tras 48h (13º día) desde la primera aplicación del apósito de Ringer, observamos una disminución significativa de la capa de esfacelo y biofilm, aflorando en ciertos puntos el tejido de granulación, a la vez que el antibiótico empieza a reducir los signos de infección. Se continúa con una hidrofibra de hidrocloide con plata y zinc perilesional hasta que remite la infección y a la vez que empieza a aflorar un lecho en fase de granulación con secreción progresiva de fibrina natural (**Imagen 3**).

En vista de la situación, teniendo en cuenta las patologías concomitantes de la paciente, la obtención de 14 puntos en la escala FEDPALLA (5) (Grado III, pronóstico de epitelización malo), hecho que implica un riesgo de cronificación de la lesión y las condiciones del lecho en completa granulación y humedad óptima, se decide, de forma consensuada con la

paciente, aplicar un injerto dermoepidérmico en sello (**Imagen 4**), al cual se asocia un dispositivo de compresión multicapa (UrgoK2®) para fomentar el prendimiento del injerto, junto con indicación de reposo absoluto la primera semana y relativo la segunda.



Imagen 3. Lesión en fase de granulación.



Imagen 4. Injerto dermoepidérmico en sello en lecho ulceral.

Uno de los mayores temores que manifiestan los pacientes a la hora de realizar un injerto es la aparición de una nueva úlcera en la zona donante, que generalmente optamos por la cara anterior del muslo, para evitar zonas afectadas por la insuficiencia venosa. El tratamiento tópico es la aplicación de un hidrocoloide en malla, y, en concreto, en este caso aplicamos un apósito compresivo debido a que la paciente toma AAS. Las condiciones de asepsia, antisepsia y tratamiento precoz garantizan la epitelización completa a los 14 días.

El injerto se revisa a los siete días (**Imagen 5**), donde observamos un prendimiento muy esperanzador, por lo que se aplica de nuevo un sistema de compresión multicapa, óxido de zinc para proteger la piel perilesional y el injerto, un tul de hidrocoloide y alginato. Pasados 14 días post injerto observamos un prendimiento completo y una epitelización al 100% de la lesión en menos de ocho semanas, evitando así su cronificación (**Imagen 6**).

CONCLUSIONES:

En síntesis, durante el caso clínico evidenciamos que la aplicación de técnicas avanzadas para el cuidado de las heridas no tiene que ir únicamente enfocado a las heridas crónicas de evolución tórpida, si no que pueden ser bien

empleadas en heridas agudas con alto riesgo de cronificación.

Por todo ello, debemos:

- Informar de la cartera de posibilidades que posee el centro asistencial.
- Formar y fomentar a los profesionales el uso de técnicas avanzadas para la cicatrización de las heridas, haciendo especial hincapié en el ámbito de la atención primaria, donde la técnica mencionada anteriormente prácticamente no se utiliza.
- Evaluar el entorno del paciente e informarlo de sus obligaciones de cara a garantizar la preservación del injerto.
- Si existe la posibilidad, asociar la aplicación del injerto a dispositivos de terapia compresiva o de presión negativa para garantizar su prendimiento.



Imagen 5. Aspecto de la lesión tras 7 días del injerto dermoepidérmico.



Imagen 6. Lesión epitelizada a los 14 días del injerto dermoepidérmico.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de interés.

AGRADECIMIENTO

A la paciente y su marido, por su interés y afán en contribuir a la comunidad científica de forma totalmente desinteresada.

CASOS CLÍNICOS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Paniagua-Asensio M^a L. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización. Documento clínico 2020. [[Monografía electrónica](#)]. Safe Creative; 2020.
2. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). Documento de consenso 2018. 2^a ed. [[Internet](#)]. Madrid: Ergon; 2018.
3. Samaniego-Ruiz M-J, Palomar Llatas F. Prevalencia e incidencia de heridas crónicas en Atención Primaria. Heridas y Cicatrización [[online](#)]. 2020;10(2):18–26.
4. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Díez Fornes P, Palomar Fons R, Zamora Ortiz J. Desbridamiento osmótico de quemaduras domésticas de tercer grado con apósito de ringer. Enferm Dermatol. 2015; 9(26): 19-24 2015;9(26):19–24. [[Dialnet](#)]
5. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Tornero Pla A, Muñoz Izquierdo A. Escala valoración FEDPALLA de la piel perilesional. Enferm Dermatol. 2007;1(0):36–8. [[Dialnet](#)]