

Seccional de Cirugía Plástica

SESION CIENTIFICA

Coordinador: Dr. Héctor Ardao

INDICACIONES DE LOS INJERTOS DE PIEL LIBRE

CONSIDERACIONES GENERALES

Dr. Mario Pochintesta

La piel consta de dos sistemas histológicos esenciales: epitelial y conjuntivo elástico. El primero constituye la epidermis por la estratificación de sus células que están en permanente renovación.

El segundo, con una disposición reticular constituye la dermis. En virtud de estas dos condiciones estructurales se han abordado diversos problemas: desde la reparación de la duramadre hasta la reconstrucción de una vejiga, haciendo inclusiones para relleno de narices en silla de montar o sepultando láminas de dermis en el espesor de la pared abdominal, láminas de dermis que por su estructura reticular llenan su rol en dichas plastias.

Sin entrar a considerar todos los empleos quirúrgicos de una o de varias capas de la piel nos vamos a referir a los problemas de reparación tegumentaria para los cuales los injertos de piel libre tienen su expresa indicación. Entendiendo por injerto de piel libre el transplante de porciones que en otras zonas son incorporadas indefinidamente.

Cuando el individuo recibe su misma piel, se denomina al injerto autoinjerto; cuando la piel procede de otro individuo de la misma especie se denomina homoinjerto o isoinjerto, y si procede de otra especie heteroinjerto. Estas dos últimas variedades fracasan fatalmente; no obstante, el homoinjerto tiene su aplicación como veremos más adelante.

Los injertos de piel se clasifican por su espesor en: finos, medianos y de espesor total. Los primeros contienen la epidermis y las capas más superficiales del dermis, los segundos incluyen hasta la mitad o tres cuartas partes del espesor del dermis y los últimos llevan la piel íntegra.

Existen variaciones de estos tipos y las técnicas para su obtención son múltiples; haremos referencia a ello cuando las indicaciones lo requieran.

Las indicaciones de los injertos de piel libre se deducen y se condicionan según dos grupos de hechos fisiopatológicos, a saber: a) biología del injerto, y b) pérdida de sustancia tegumentaria a cubrir.

a) La biología del injerto, en síntesis, comprende cuatro etapas. La primera, caracterizada por fenómenos de imbibición, comienza inmediatamente de aplicado el injerto y decrece una vez que la recapilarización asegura su nutrición. La segunda es la recapilarización, comienza entre el 4º y el 8º día, estando bien establecido al 12º día. Durante estas dos fases el fenómeno fundamental de multiplicación celular tiene lugar hallando su máxima expresión a la 3er. semana. Es así que se obtiene la oclusión de la herida. La última etapa es la retracción.

b) La pérdida de sustancia a cubrir o lecho receptor puede ser un lecho quirúrgico, o un área granulante supurada o no, y traumática reciente; esta última, en determinadas circunstancias puede ser transformada en la primera.

La técnica de aplicación del injerto requiere el cumplimiento de ciertos requisitos técnicos, a saber: a) eliminar todo cuerpo extraño que pudiera quedar interpuesto entre el lecho y el injerto; b) colocarlo a la misma tensión que tenía en su lugar de origen; c) coaptación perfecta al lecho mediante una presión moderada; d) inmovilización absoluta de la región operatoria; e) colocación de ésta en posición de deplección venosa y linfática.

Toda pérdida de revestimiento cutáneo que tenga 3 cms. de diámetro debe ser injertada.

En ciertas regiones, por su valor funcional, una pequeña pérdida de piel debe ser reparada por injerto; vgr.: dedos, párpados, etc.

Indicaciones

I *Grandes pérdidas de sustancias.* — Constituyen por su gravedad la indicación esencial de los injertos de piel libre. Son traumáticas ya sea por la acción del calor o por acción de la fuerza viva. Por eso en las segundas hay también otras lesiones asociadas.

Descartando el estado inicial de shock, el primer problema que nos plantean es la evaluación de su magnitud en extensión y profundidad. Para ello realizamos su lectura.

Si el arrancamiento es incompleto, dos conductas debemos considerar: Esperar: Confiando en su viabilidad y resolver secundariamente la cobertura que faltare más las zonas de necrosis.

Inmediatamente: Eliminar las porciones que presumiblemente no tienen vascularización, resolviendo en seguida la cobertura, como dijimos más arriba.

Este discernimiento entre una u otra conducta exige experiencia y se resuelve de acuerdo a diversos factores:

Area topográfica de la lesión.

Coexistencia de otras lesiones.

Estado del enfermo.

Medios materiales de que se dispone.

En las avulsiones extensas, frecuentemente la magnitud queda determinada desde el comienzo. Si el arrancamiento es completo: recubrir de inmediato y cubrir el 100 % del área cruenta con injerto fino.

En las quemaduras es necesario esperar que se establezca el límite de los tejidos mortificados; este lapso dura entre 8 y 12 días más o menos. Es posible aunque no es procedimiento de rutina, la biopsia múltiple intraoperatoria, al efectuar la primera cura o debridamiento inicial. En consecuencia los momentos para la indicación del injerto son dos: inmediato, una vez pasado el shock, cuando la gran pérdida de sustancia ha sido transformada en una brecha quirúrgica; en estas circunstancias especiales, poco frecuentes, al injerto se pueden asociar otros recursos plásticos (colgajos).

En la mayor parte de los casos las grandes pérdidas de sustancia deben transformarse en áreas granulantes bajo la conducción y vigilancia del cirujano. Por eso en el debridamiento quirúrgico inmediato se pretende aseptizar dichas áreas. Se completa dicha preparación más tarde en el momento del injerto.

Queda todavía por analizar una situación quirúrgica más: La gran pérdida de sustancia en estado de área granulante e infectada. En estos casos el valor de la terapia por el injerto tiene en sus extremos límites valores heroicos, por la gravedad general y local del enfermo. Las sesiones operatorias sucesivas, resecaando los tejidos que se van eliminando, el uso de deterisivos y antisépticos más la medicación general, las siembras de injertos en estampilla, conducen rápidamente a suprimir la supuración y establecer la cicatrización.

II *Medianas y pequeñas pérdidas de sustancia.* — Producidas por traumatismos o por exéresis, por inflamaciones específicas, etc. En estos casos la indicación del injerto y el tipo y la técnica a usar obedece a las siguientes indicaciones: a) como procedimiento de recubrimiento transitorio o permanente, con una misión principal de con-

trolar, por ej. epitelomas cutáneos, lupus muy frecuentes en la cara; b) como procedimiento definitivo, cuando no interfiere la función; vale decir fuera de zonas de apoyo, de flexoextensión, etc.; c) como procedimiento de emergencia cuando el problema radica en la cobertura precoz para evitar la esclerosis y la retracción del tej. de granulación.

El injerto de Thiersch es el que prende con mayor facilidad, máxime cuando se dispone según el “estampillado” y es conjuntamente con el injerto de Reverdin el procedimiento de elección para cubrir áreas granulantes supuradas.

El primero se toma a cuchilla en láminas más o menos grandes, se extiende sobre tulle-grass y se aplica suturándolo o no a los bordes del lecho a cubrir; cuando se trata del “estampillado”, estas láminas se fragmentan en trozos de 1 a 1 1/2 ctms. de lado y se reparten sobre el área a cubrir, más o menos próximos entre sí según la cantidad de injertos de que se dispone. Este método ahorra mucha piel por eso es ideal en quemados graves con grandes pérdidas de piel y en la fase de infección, ya que la extracción de grandes láminas de injertos chocan, producen hemorragia, pérdida de plasma, etc., en las horas sucesivas a la intervención.

El injerto de Wolfe tiene sus indicaciones restringidas por sus exigencias de nutrición. Debido a que se modifica menos luego de implantado (pigmentación y retracción), ya que es más resistente se le prefiere para zonas visibles, no extensas, y para zonas de apoyo y expuestas a traumatismos como son las manos, los dedos, etc.

Entre estos dos extremos se emplean los injertos de mediano espesor cuyas indicaciones son intermedias entre el Wolfe y el Thiersch. Su extracción puede hacerse a cuchilla o con el dermatomo, mientras que el de Wolfe se toma con bisturí.

III *Resultados, fracasos y riesgos.* — Los injertos de piel libre proveen de una cobertura que se perfecciona con el transcurso del tiempo. Al año recuperan sensibilidad de diverso tipo; pueden pigmentarse, pero jamás se cancerizan. También alcanzan cierto grado de tersura y se hacen plegables.

Los fracasos pueden obedecer a hemorragias entre el injerto y el lecho, a supuración, a linforragia, a movilización del injerto.

Los riesgos, prácticamente pueden descartarse.