

Pequeños injertos redondos libres de piel

Dr. Federico Serrano, MD. (*)

Dra. Juanita Carvajal, MD. (**)

Resumen

Proponemos el uso de pequeños injertos redondos libres de piel, para reparar defectos pequeños redondos creados por la resección de lesiones cutáneas bien circunscritas en la región de la órbita, el surco naso-labial y el dorso nasal.

Los injertos de piel libres han sido ampliamente utilizados en la Cirugía Plástica general y en la Cirugía Oculoplástica. Aunque inicialmente se tuvo el concepto de que los injertos no debían ser privados de su pedículo vascular, posteriormente se comprobó que los injertos obtenidos con sacabocados crecían y se adherían a las superficies en granulación.

En 1871 Driver utilizó injertos de piel libres del párpado superior para tratar patologías de los párpados inferiores.

En 1872 Le Fort reportó éxito en el uso de injertos libres de piel para el tratamiento del ectropión y Ollier demostró que estos injertos sobrevivían en superficies con tejido de granulación; de esta manera se abrieron nuevos horizontes a la reconstrucción palpebral y se comenzaron a utilizar regularmente los injertos libres de piel en la cirugía reparadora de los párpados. A estos autoinjertos, se les denomina libres pues son una porción de tejido resecaado totalmente de su origen y colocado en un sitio a distancia, sin una suplencia vascular directa.

(*) Jefe Departamento Oculoplástica. Clínica Barraquer Apartado Aéreo No. 90404 Bogotá, Colombia.

(**) Staff. Departamento Oculoplástica. Clínica Barraquer Bogotá, Colombia.

Los injertos de piel libres dependen en su totalidad de las características del lecho receptor, su nutrición en etapas tempranas va a ser dada por este lecho y la piel adyacente al injerto.

Los injertos de piel pueden ser laminares o totales, en general los primeros son utilizados con mayor frecuencia en casos de quemaduras severas. Nos ocuparemos en nuestro trabajo de los autoinjertos libres de piel total.

La piel de la órbita como es bien sabido, es única por sus características de espesor, elasticidad y color entre otras. Tiene unos pliegues espontáneos de tracción en su arquitectura, que siguen la misma dirección de la fibras del musculo orbicular, conformando las líneas de Langans, las cuales han sido siempre tenidas en cuenta para realizar cualquier incisión en esta zona.

La forma del injerto, depende de la forma del lecho receptor; en general, pueden realizarse resecciones en media luna, en huso o triangulares. Según la lesión resecaada, su tamaño debe ser tal, que llene el lecho receptor sin excesos ni tracciones.

Proponemos la utilización de injertos de piel libres, de forma circular, empleados con éxito para

reconstruir lechos pequeños, en casos en los cuales se practique la resección de lesiones de piel de forma redondeada y bien circunscritas, no mayores a 8 mm. de diámetro, en las que se ha descartado un crecimiento morfeiforme, ya que en estos casos la resección sería incompleta.

Las lesiones a resecar pueden ser de diversa índole: carcinomas, basocelulares pequeños, verrugas, nevus, queratoacantomas, pequeños hemangiomas, queratosis solares etc. que tengan una forma redondeada y que estén bien circunscritas.

En nuestra experiencia los injertos han sido realizados sobre canto medio o lateral, así como en los párpados aunque últimamente la hemos extendido a otras regiones de la cara como el pliegue naso-geniano y la frente.

La resección de mayor tamaño realizada fue de 11 mm. de diámetro pues siempre se guarda una zona de seguridad de aproximadamente 2 mm. en los 360 grados a la lesión.

La piel injertada fue obtenida siempre de la región retroauricular, por detrás del lóbulo de la oreja. De ser necesario, también podría tomarse de la cara interna del antebrazo o de la región supraclavicular.

Técnica Quirúrgica

Bajo microscopio, inicialmente se realiza una de-



Figura 1 Carcinoma bajo celular a resecar

marcación punteada con verde brillante sobre la piel de la zona a resecar, dejando un margen de seguridad de aproximadamente 2 mm.

Posteriormente se mide esta zona con un compás, con el fin de determinar el diámetro del trépano corneal que se utilizará; la trepanación debe



Figura 2 Trepanación del área a resecar.

rodear la lesión con perfecta simetría en los 360 grados y la resección debe ser realizada en la base con tijeras.

El lecho receptor debe quedar limpio, lo más nivelado posible sin pérdida excesiva de sustancia para que el injerto no quede hundido, la hemostasia debe realizarse cuidadosamente con diatermia bipolar con pinza de extremos finos, para permitir una adecuada granulación y sin producir quemaduras en los bordes netos de la piel del lecho receptor que ha dejado la trepanación.

En la región retroauricular, por detrás y un poco hacia abajo del lóbulo de la oreja, se practica la toma del injerto con el mismo trépano con el cual se ha eliminado la lesión, de tal manera que las dimensiones entre el lecho receptor y el injerto serán exactamente iguales. La resección del injerto se termina con tijeras, luego se coloca sobre una superficie dura y plana para resecar todo el tejido graso subcutáneo sobrante, adelgazando así la piel, para facilitar su captación en el lecho receptor.



Figura 3 Lecho receptor.

La zona dadora retroauricular se cierra con puntos separados de seda negra 4-0, resecando las "orejas de perro" laterales que se forman al cerrar un lecho redondo en forma longitudinal.

Teniendo en cuenta que la mayor y más frecuente complicación de los injertos es el hematoma del lecho receptor, este debe ser revisado cuidadosamente antes de proceder a suturar el injerto.

Para garantizar la coaptación del injerto al lecho receptor, se aplica un punto en "U" de Nylon 9-0 que pasa primero por el centro del injerto luego se ancla en el centro del lecho receptor, para salir nuevamente a la piel del injerto, este punto se anuda sobre un pequeño fragmento de algodón, capitoneando de esta manera el injerto.



Figura 4 Sutura en U que ancla el injerto al lecho receptor en la zona central.

La sutura se realiza con Nylon 9-00 con puntos separados o en forma continua, en la misma for-



Figura 5 Injerto suturado en el lecho con puntos separados de Nylon 9-0.

ma en que se realiza la sutura de un injerto corneal, quedando los bordes correctamente coaptados. Al finalizar la intervención no deben aplicarse ungüentos sobre el injerto, ya que con el calor de la piel la grasa se licúa y penetra por los bordes de la herida retrasando la cicatrización.

Se debe colocar un vendaje compresivo que permanecerá en posición por un tiempo mínimo de 48 horas, cuando se realiza la primera curación, aplicándose nuevamente un vendaje compresivo por 48 horas más.

En el período post-operatorio este tipo de injertos redondos y pequeños sufren iguales cambios de color que cualquier otro injerto de piel libre: inicialmente su color se torna discretamente violáceo, para luego a los 6 días recuperar el color rosado. Los puntos de piel se retiran a los 6 días, cuando ya deberá tener un aspecto muy semejante al de la piel circundante. En el injerto de desprende entonces espontáneamente una capa córnea superficial de piel, para lo cual el aceite mineral aplicado sobre el injerto puede ayudar satisfactoriamente a desprenderla, sin lesionarlo como a veces sucede al tratar de arrancarla con pinzas.

En caso de presentarse un hematoma por debajo del injerto, se detectará a las 48 horas, entonces, con unas pinzas colibrí se puede entreabrir la

herida entre dos puntos separados y tratar de drenarlo aplicando luego un vendaje compresivo. Cuando se produce necrosis del injerto, debe retirarse el tejido necrótico y proceder a cambiar el injerto por uno nuevo o permitir un cierre por segunda intención.



Figura 6 Apariencia al sexto mes post-operatorio.

Discusión

Proponemos la utilización de pequeños injertos de piel libres, circulares, para reparar lechos de lesiones cutáneas de forma redondeada y bien circunscritas, no mayores a 8 mm. de diámetro, localizadas en la piel de la región orbitaria, el surco nasogeniano, el dorso nasal y la frente.

La forma redonda de estos injertos rompe parcialmente la regla de las líneas de Lanhns, pero por su tamaño pequeño no se retraen hacia el centro como ha sido descrito en injertos redondos de diámetros mayores.

La cicatriz es prácticamente imperceptible y sus resultados son satisfactorios.

Referencias

1. Bosniak, S.L.: Ectropion. In Smith B. (Ed): Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Volumen 1, pp 574. The C.V. Mosby Company, 1987.
2. Mir y Mir, L.: Injertos. In Coiffman F. (Ed): Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. First Edition. Parte VI. Salvat Editores S.A., 1986.
3. Fox S.A.: Grafts. In Fox S.A. (Ed): Ophthalmic Plastic Surgery. 5th Edition, Chp 4, Grune & Stratton, 1976.
4. Leone C.R.: Plastic Surgery. In Spaeth G.L. (Ed): Ophthalmic Surgery. Chp 15, pp 576. W.B. Saunders Company, 1982.
5. Mustardé J.C.: Tissue-Loss -Superficial. In Mustardé J.C. (Ed): Repair and Reconstruction in the Orbital Region. 2nd Edition, Chp 3. Churchill- Livingstone Ltd, 1980.
6. Neuhaus R. W., Baylis H.I.: Complications of lower Eyelid Blapharoplasty. In Putterman A (Ed): Cosmetic Oculoplastic Surgery. pp 279. Grune & Stratton, 1982.
7. Older J.J.: General Principles and Lower Eyelid Reconstruction. In Older J.J. (Ed): Eyelid Tumors. pp 65. Raven Press, New York, 1987.
8. Older J.J.: Medial Cantal Reconstruction. In Hornblass A. (Ed): Oculoplastic Orbital and Reconstructive Surgery. Vol 1, pp 653. Willimas & Wilkins, 1988.

Abstract

We propose the use of small free circular skin grafts, to repair round, well circumscribed defects created by resections of cutaneous lesions on the orbital, naso-labial sulcus, nasal dorsum or forehead. The round shape of these grafts partially contravenes the rule of the Langhans' lines, and by virtue of their small size they don't retract towards the center as has been described with grafts. The scar is negligible and the results are excellent.