

XIV

INJERTOS Y COLGAJOS, SU IMPORTANCIA EN DERMATOLOGIA

Dr. M. TRIAS BERTRAN

PODEMOS hoy día, admitir una rama quirúrgica dentro de la Dermatología y en ella, nos valemos de los injertos y colgajos como elementos imprescindibles para el arreglo corrector en las alteraciones y pérdidas del tejido cutáneo a que afecciones o tratamientos de la especialidad pueden dar lugar; ejemplos de la necesidad de dicha rama correctora los tenemos en las cicatrices retráctiles post quemaduras, piel atrófica por múltiples afecciones y tratamientos, exéresis en asa con bisturí eléctrico para la extirpación de tumoraciones, etc. Pues bien, debido al progreso de la cirugía en general y en particular a la correctora, hace unos años fui encargado de organizar y desarrollar dicha especialidad en la Cátedra de nuestro querido y apreciado profesor doctor J. Peyrí y antes de proyectarles unas fotografías de unos cuantos casos para que puedan hacerse cargo del resultado por nosotros obtenido, vamos a dar unos conceptos sobre los injertos y técnicas para su buen éxito, aunque de una manera somera debido a la premura del tiempo.

Conceptos generales

El lecho en donde aplicaremos el injerto tiene que estar limpio de toda infección o de tejidos necrosados y para ello recurriremos al sinnúmero de antisépticos eficaces que poseemos hoy en día, aunque variará según la causa productora de la sepsis; por ejemplo, en quemaduras de tercer grado procederemos a una buena limpieza quirúrgica y esperaremos a que el lecho presente un tejido de granulación que nos satisfaga. Mientras que en el caso de necrosis por el bisturí eléctrico nos limitamos a colocar apósitos antisépticos para que su eliminación se haga «por se» y así podamos observar en el tejido de granulación la no existencia de restos de la afección que nos había obligado a usar el bisturí. Hemos de hacer constar que no es obligación esperar a la formación de tejidos de granulación en todos los casos, es decir que, para la buena implantación del injerto creemos es mejor no esperar la formación del tejido granulomatoso, siempre y cuando éste no nos sirva, como hemos indicado antes, para dictaminar la limpieza de la afección en el lecho.

Según la clase de injerto que usemos y el lugar en donde se ha de implantar, recordar la retracción que produce el mismo, para los efectos estéticos. Así el Thiersch en zonas de piel muy desplazable llega a retraerse el 40 por 100.

Obtener el injerto de regiones que tengan una pigmentación parecida al de implantación.

Existen injertos que obligan a fijar sus bordes con los del lecho mediante puntos de sutura, pues bien, en estos casos serán puntos solamente de coaptación y por lo tanto que no produzcan isquemias alrededor de los mismos, pues en dicho caso podemos dar por seguro la formación de escaras en la parte del injerto.

No dejar nunca suturas de catgut u otros materiales en el lecho, ya que actúan como cuerpo extraño, teniendo por lo tanto que ser eliminados, y comprometerían la vitalidad del injerto. En los casos de hemorragias en sábana basta la compresión con gasas empapadas de suero fisiológico caliente, o bien si el vaso es periférico y de cierto calibre usamos puntos de crin en forma de U de manera que los dos extremos estén en la piel no injertada, o sea que el asa del punto englobe el vaso y sin que se exteriorice el hilo en el lecho para el injerto.

Evitar mediante compresión momentánea la permanencia de burbujas de aire entre el injerto y la región de implantación.

Tratamiento postural e inmovilización del injerto con relación al lecho.

Colocar cura aséptica con ligera compresión, de manera que se consiga una coaptación perfecta, para evitar la recolección de líquido plasmático en el espacio en donde se ha de implantar el injerto y que comprometería su vitalidad. Para ello se utilizan, actualmente, apósitos diferentes, según que la región sea de superficie

lisa o no y también a gusto del operador, pero de todas maneras, ha de tenerse en cuenta que el apósito ha de ser absorbente, adhesivo, permeable y que inmovilice la región.

No levantar el apósito hasta pasados varios días, cuyo número dependerá de la clase de injerto.

Con estos conceptos generales para obtener un buen éxito en la vitalidad de los injertos, pasemos a la división o clases de injertos.

División o clases de injertos

A) Autoinjertos : es decir injertos con piel del mismo individuo.

B) Hetéroidinjertos : injerto con piel de otro individuo y que puede ser a la vez, a) Homoinjerto, o sea de otra persona, o b) de animal a persona. Estos últimos dan siempre resultados negativos.

Los homoinjertos, algunas veces, como nos ocurrió a nosotros en un niño al que aplicamos piel de su padre, parece que prende pero al cabo de un tiempo, en el nuestro citado fué de 18 días, por debajo del injerto de Thiersch se presentaron infinidad de equimosis puntiformes que le obligaron a desprenderse y por lo tanto a eliminarse totalmente. Las causas a que se atribuyen la pérdida de los homoinjertos son múltiples, pero el caso es que no viven. Debido a todo esto nosotros usamos solamente los autoinjertos y con excelentes resultados.

Los injertos libres Thiersch se extraen con navaja adecuada, para lo cual se necesita un poco de práctica, y tienen la ventaja de que en el lugar de donde ha sido extraído el injerto se forma nueva epidermis, ya que sólo se secciona a nivel de las convexidades de las papilas. En la actualidad y debido a Padgett con su dermatomo se pueden obtener diferentes calibres de injertos, como dejo indicado en el cuadro divisorio, y este aparato tiene varias ventajas como son : el poder obtener injertos anchos y largos, imposible de obtenerlos con la navaja y además de una misma zona de piel normal extraer varias capas de injertos, cada uno de ellos a distinto nivel. En el mismo aparato va aplicado una substancia cemento que servirá para la cura apósito y fijador del mismo.

El injerto de Reverdin es dermoepidérmico, teniendo que obtenerse mediante el corte con bisturí, pues las tijeras obliteran los vasos. Este injerto es de gran utilidad para reponer zonas pequeñas, pero debiendo obtenerse los injertos de regiones poco visibles, pues la cicatriz que deja es visible.

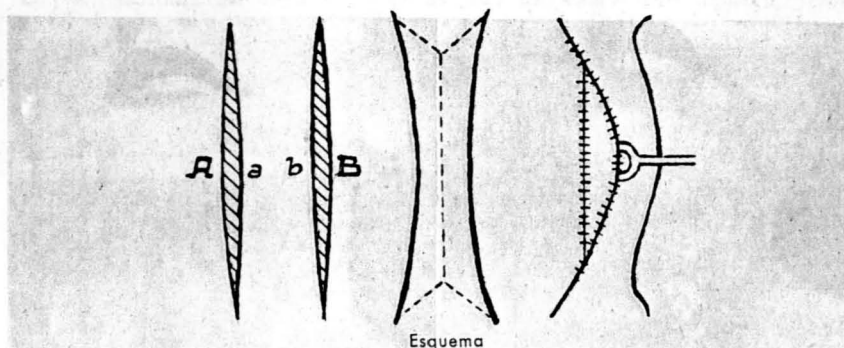
El injerto de Corachán, consiste en hacer una serie de cortes transversales a una porción de piel total que habremos extirpado, y estos cortes tendrán la particularidad de que poseen todas las capas del tejido cutáneo, aplicándolos luego, horizontalmente sobre la herida a cubrir. El defecto principal consiste, en que la superficie cutánea obtenida es irregular, pero antes de conocerse el dermatomo de Padgett tenía la ventaja, de que superficies extensas se podían cubrir con poca piel extirpada.

El injerto Wolf-Krausse es de piel total, obtenida haciendo una verdadera disección en tejido celular subcutáneo y extrayendo a continuación todo el tejido adiposo del injerto antes de su aplicación en el lecho. Las ventajas son considerables ya que se retrae muy poco, conserva sus folículos pilosos, etc., su estructura es normal y la pigmentación será, si hemos obtenido el injerto de zona parecida al del lugar de implantación, lo más exacta posible. Pero tiene el inconveniente de que es el injerto más delicado, es decir, para obtener su vitalidad requiere mucha pulcritud. Nosotros, no obstante, hemos obtenido éxitos como podrán observar después en las presentaciones.

Injertos pediculados : Son los que aconsejamos, ya que poseen las mismas ventajas del total Wolf-Krausse y además la suya, en que persiste la irrigación propia hasta su completo implantación.

Dejando aparte los pediculados planos, que ya son conocidos de muy antiguo y a los cuales no se les ha de postergar, ya que en muchos casos son ellos los que nos darán éxitos inigualables, pasamos a los tubulados.

El injerto tubulado de Gillies (Londres 1918), Filatoff (Odesa 1916) Se obtiene efectuando dos cortes paralelos en la piel, de manera que la distancia entre los mismos nos dé posibilidad de construir el tubo cutáneo que se formará al diseccionar dicha piel del tejido subcutáneo, suturar estos bordes a y b entre sí, según puede apreciarse en las figuras adjuntas, de manera que el tejido cutáneo le recubra totalmente.



Esquema

Los bordes A y B de las incisiones antes efectuadas, se suturan entre sí después de proceder a diseccionar del tejido subcutáneo o sea producir la plastia por deslizamiento o colocación del injerto de Thiersch.

Para la construcción de injertos tubulados y su utilidad, requieren varias condiciones y que dividiremos en dos grupos: Sobre su posible trasplante al lugar requerido y para asegurar su vitalidad. Mencionaremos las más importantes.

Sobre la primera condición, hay que tener en cuenta las veces que ha de transplantarse el tubo, hay autores que dicen poderlo hacer solamente de 3 a 4 veces, nosotros en un caso lo hemos trasplantado 8 veces y en otro 5, no observándose otra cosa que el reducirse en longitud, como es lógico. En otras ocasiones hemos observado que no se implanta el extremo en su nuevo lecho y estos casos han sido resueltos, dejando la extremidad libre hasta que su superficie cruenta, presente tejido y de granulación a igual al lecho en donde había fallado su nueva implantación, y cuando reúnen esta condición coaptar las dos superficies con puntos de sutura y el éxito ha sido completo en todos los casos.

En la segunda condición, existe la técnica de Esser que consiste en englobar dentro del tubo construido una arteria con la que asegura la vascularización del mismo. Sobre este particular hacemos constar, que solamente será útil, cuando únicamente el número de trasplantaciones sea de uno o dos, en las demás habrá perdido su eficacia. Pero la condición de mayor importancia es efectuar la autonomización del mismo antes de la sección del extremo a trasplantar, lo que se consigue estrangulando con tubo de goma de una manera progresiva, hasta obtener una colocación normal sea cualquiera el tiempo en que hemos mantenido la estrangulación, otra condición es el ángulo a que se obligue formar el tubo con relación a la dirección del mismo antes de su sección, pues produciría la isquemia del mismo.

Al construirse un injerto tubulado, obtenerlo siempre más largo y más grueso del que en realidad necesitamos.

Existen hoy día infinidad de variedades nuevas, como son aquéllas en que con anterioridad habremos incluido tejido cartilaginoso, resinas, etc., pero esto no creo sea de interés exponerlo en esta conferencia, ya que sólo tendrá importancia para el especialista. En el extranjero se han conseguido tatuajes en piel para igualar la pigmentación del injerto con la piel colindante.

PRESENTACIÓN DE CASOS

De los 20 presentados en la conferencia, sólo hemos separado un ejemplar de los tipos más interesantes para no repetir los ejemplos, pero obran en el archivo del Servicio para todo aquel que pueda interesarle

1.º CASO

C. M., de dieciocho años, que sufrió quemaduras de tercer grado en cuello y pecho hace diez años, se trató con ambrina y posteriormente presentó reacción queloidea en las cicatrices y fué tratada con radium, hace nueve años, resolviéndose; pero en el año 1944 aparece ulceración sobre la cicatriz en cuello (foto 1), que persiste meses después y que no se resolvía con tratamientos tópicos, lo que

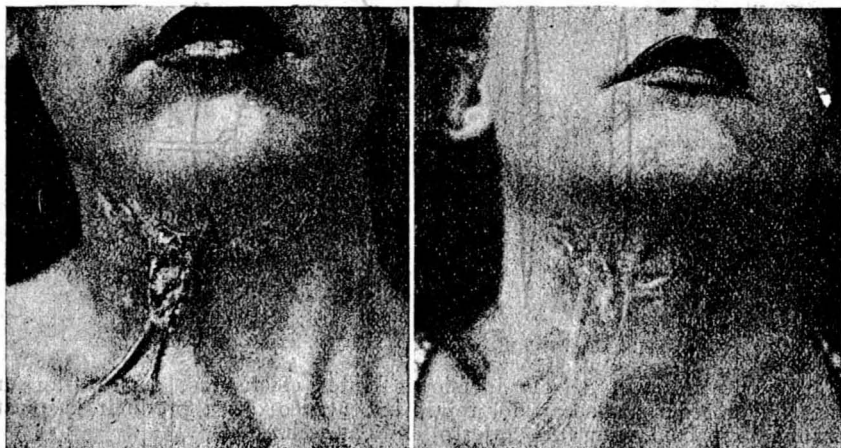


Fig. 1

llegó a preocuparnos, y más cuando la ulceración tenía un aspecto de origen radium-dermitis y, por lo tanto, peligro a la evolución maligna.

Practicamos injerto Thiersch, y en la fotografía 2 puede verse su resolución satisfactoria de la úlcera, así como poder extender el cuello, que no podía, y esto que el injerto fué hecho directamente sobre la úlcera.

2.º CASO

J. N., afecta de lupus eritematoso en cara, que fué tratada hace once años con radium y hacía, en el año 1945, más de seis meses que presentaba en la mejilla derecha una úlcera sobre piel atrófica, pero sin restos lúpicos y que fué diagnosticado de epiteloma de origen, al parecer postradium, ya que en esta región fué tratada dos veces con dicha terapéutica. Se procedió a la extirpación de toda la



Fig. 2

cicatriz englobando la ulceración y se practicó injerto total tipo Wolf-Krausse obtenido de la cara interna del muslo, y pueden ustedes apreciar la resolución satisfactoria del mismo. Las cualidades de la piel trasplantada eran iguales a su estado normal, al extremo que nos obligó a efectuar depilación de la misma.

3.er CASO

D. G., visitada en 1945 y diagnosticada de tumoración maligna comprobada



Fig. 3

por biopsia. Se realizó exéresis e injerto pediculado plano (procedimiento francés) y a los dos años pueden observar su estado resolutivo.

4.º CASO

E. C., que presentaba cicatriz retráctil que englobaba los tendones extensores de los dedos, producida por quemadura en el año 1938.

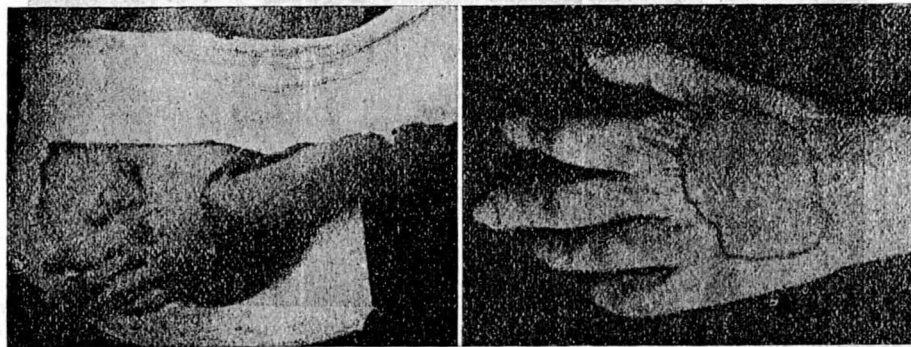


Fig. 4

Se procedió a la extirpación de la parte central, que era la más perjudicial, y se practicó injerto plano pediculado (procedimiento italiano) y ahora está pendiente de operarse sobre los tendones y normalizar la cicatriz que limita el injerto.

5.º CASO

A. S., afecto de epitelioma en mejilla, obligó a su extirpación. Se efectuó después injerto pediculado plano en brazo y pecho, captando las dos superficies cruentas y eran vascularizadas por sus respectivos pedículos.

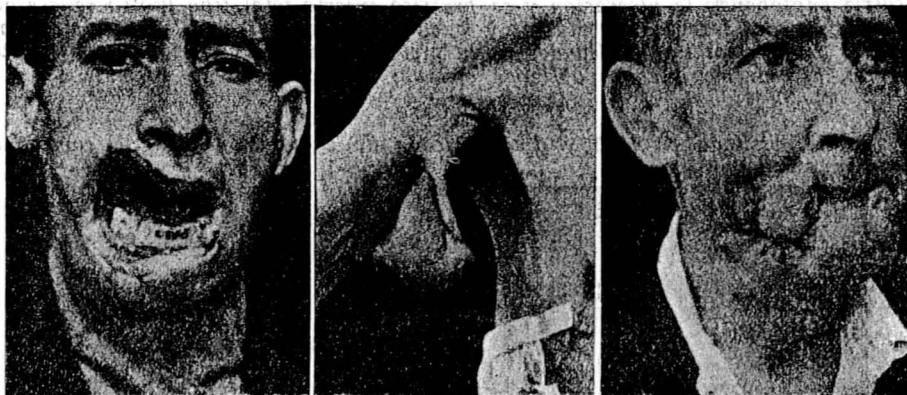


Fig. 5

Después se procedió a seccionar el pedículo torácico efectuando seguidamente el trasplante de toda la masa en la cara.

Este paciente está pendiente del arreglo definitivo. Tener en cuenta que los casos presentados en la conferencia son solamente por su interés sobre el título de la misma.

6.º CASO

S. L., afecto de epiteloma en labio, que extirpamos y procedimos seguidamente a obtener injerto pediculado tubulado en pecho y que después fuimos trasplantando



Fig. 6

hasta obtener su implantación en el maxilar inferior, suplantando al labio extirpado.

* * *

Esperamos que con la práctica y con material más adecuado del que poseemos en la actualidad, podremos presentar resoluciones más completas y casos más interesantes. Creemos necesario indicar que al ser los casos presentados enfermos tratados en el Hospital, han rechazado el arreglo definitivo más estético al presente por estar conformes solamente con la curación de la afección que en un principio padecían.