





NECROSIS DE INJERTO DE PIEL PARCIAL EN MIEMBRO INFERIOR POR HEMATOMA POSTQUIRÚRGICO

NECROSIS OF PARTIAL SKIN GRAFT IN LOWER LIMB FOR POST-SURGICAL HEMATOMA

Autores:  Paula Diez-Fornes ,  Begoña Fornes-Pujalte (*),  Federico Palomar-Llatas ,  David Palomar-Albert.

Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia.

Contacto (*): fornes_beg@gva.es

Fecha de recepción: 10/02/2020
Fecha de aceptación: 16/03/2020

Diez-Fornes P, Fornes-Pujalte B, Palomar-Llatas F, Palomar-Albert D. Necrosis de injerto de piel parcial en miembro inferior por hematoma postquirúrgico. *Enferm Dermatol.* 2020;14(39): 61-63. DOI: 10.5281/zenodo.3780555

RESUMEN:

En cirugía dermatológica la complicación más frecuente es la hemorragia. Presentamos un caso clínico de una necrosis de injerto cutáneo por hematoma en miembro inferior y su resolución implementando el plan de cuidados según los principios del acrónimo T.I.M.E. (Tejido-Infección-Humedad- Borde).

Palabras clave: Injerto, Necrosis, Hematoma.

ABSTRACT:

In dermatological surgery, the most frequent complication is hemorrhage. We present a clinical case of hematoma skin graft necrosis in lower limb and its resolution implementing the care plan according to the principles of the acronym T.I.M.E. (Tissue-Infection-Moisture- Edge).

Keywords: Graft, Necrosis, Hematoma

INTRODUCCIÓN: ⁽¹⁻⁸⁾

Los injertos de piel parcial están formados de epidermis y parte de la dermis.

Ciertos factores pueden ser la causas del fracaso de injertos, principalmente el sangrado y la infección del área injertada. También son determinantes el estado inmunológico, edad del paciente y el hábito tabáquico que influirán disminuyendo la capacidad de vascularización y de prevención a la infección.

En cirugía dermatológica la complicación más frecuente es la hemorragia (3%) casi siempre provocada por una hemostasia incompleta que va a producir falta de contacto entre el lecho y el injerto provocando que éste no prenda y se necrose ⁽²⁾.

El propósito de este trabajo es mostrar el manejo y resolución de necrosis de injerto de piel parcial debido a hematoma postquirúrgico, implementando el plan de cuidados de acuerdo con los principios del concepto T.I.M.E. (Tissue-Infection-Moisture- Edge).

DESARROLLO DEL CASO:

Antecedentes:

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 85 años, sin alergias medicamentosas, diabética e hipertensa.

Se le extirpó un carcinoma epidermoide en zona gemelar de pierna derecha con examen anatómico-patológico de márgenes negativos para tumor.

El injerto se necrosa posiblemente debido al hematoma del sangrado post-operatorio (*Imagen 1*). Se deriva a la Unidad de Enfermería dermatológica y Úlceras del Hospital General Universitario de Valencia para su tratamiento.

A la exploración la úlcera de 8 x 7,5 cm de diámetro, presenta grasa expuesta con tejido de granulación en bordes y restos hemáticos en forma de coágulos. Pulsos distales presentes.

CASOS CLÍNICOS



Imagen 1: Vista completa del injerto necrosado.

Evolución y tratamiento:

En la Unidad se sigue una actuación protocolizada aplicando cura en ambiente húmedo según el momento "TIME" en que nos encontramos.

Se inició tratamiento tópico mediante desbridamiento autolítico con apósito de ringer al que se le añaden unas gotas de polihexanida biguanida, realizando curas cada 48 horas durante un total de 28 días (Imagen 2).



Imagen 2: desbridamiento autolítico con apósito de ringer.

La piel perilesional se cuida aplicando crema barrera de sulfato de cobre y óxido de zinc. Para controlar la colonización bacteriana se aplicó en cada cura un fomento con polihexanida biguanida durante 15 minutos tras el desbridamiento con cureta o con bisturí de restos de coágulos, tejido graso o fibrina (Imagen 3).



Imagen 3: Presencia de restos de coágulos, tejido graso y fibrina.

Una vez se consigue >70% de tejido de granulación (Imagen 4), se realizan injertos en sellos autólogos del muslo de la paciente.



Imagen 4: Tejido de granulación.

Los injertos se fijan con tiras de sutura cutánea y se cubren con apósito molulador de proteasas (Imagen 5) más apósito de alginato con iones de plata y vendaje compresivo.



Imagen 5: Injertos autólogos fijados con tiras adhesivas y apósito modulador de proteasas.

Presentó en bordes hipergranulación y se aplicó nitrato de plata para controlar esta elevación de bordes y favorecer el avance de tejido epitelial.

Se continuaron las curas aplicando colágeno con moluladores de proteasa + alginato y vendaje semi-compresivo hasta su resolución (Imágenes 6 y 7).



Imagen 6: Evolución de la lesión después de 3 semanas de curas.



Imagen 7: Aspecto de la lesión resuelta (epitelizada).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La necrosis del injerto es una complicación poco frecuente que limita la calidad de vida del paciente. Tanto la hemorragia como las infecciones inhiben el contacto permanente entre el lecho y el injerto provocando una falta de vascularización y un consiguiente fracaso quirúrgico.⁽²⁻⁴⁾

La formación de hematomas bajo el injerto debe ser drenado lo antes posible, pinchando el injerto sobre la colección para drenar la sangre. Se debe evitar presionar las colecciones líquidas hacia los bordes del injerto para su drenaje, aconsejando, según la localización, colocar vendajes compresivos e inmovilizar adecuadamente la zona injertada.^(2, 4, 6,7)

La cura en ambiente húmedo siguiendo el concepto TIME proporciona la evolución de la herida hacia la cicatrización y los injertos en sellos proporcionan una rápida epitelización.⁽¹⁾ La interrelación entre los profesionales o la derivación de los pacientes con heridas complicadas a centros de referencia en heridas mejoran su resolución.

CONFLICTO DE INTERÉS:

Los autores no declaran tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dowsett C, Ayello E. TIME principles of chronic wound bed preparation and treatment. *Br J Nurs*. 2004;13:S16-23.
2. Hilda Rojas P, José A. de Grazia K., Daniela Faivovich K. Estudio de las Complicaciones en Cirugía Dermatológica en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chilena Dermatol*. 2009; 25(1):26-31.
3. Avellaneda-Oviedo EM, González-Rodríguez A, González-Porto SA, Palacios-García P, Rodríguez-Pérez E. Injertos en heridas. *Heridas y Cicatrización*. 2018; 8(2): 6-15.
4. Suárez-Alonso A, Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B. Injertos autólogos con sellos de piel. *Enferm Dermatol*. 2012; 6(16): 20-5.
5. Pérez Jerónimo L, Conde Montero E, Peral Vázquez A, Guisado Muñoz S, Paz Villar M. Microinjertos en sello de heridas crónicas recalcitrantes. *Rev Enferm Vasc*. 2017; 1(1): 11-4.
6. Horcajada Reales C, Echeverría García B, Martínez Sánchez D, Garrido Ríos AA, Borbujo Martínez JM. Indicaciones y cuidados del injerto cutáneo. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2018; 25(8):471-6.
7. Ratner D, Nayyar PM. Injertos. En: Bologna JL, Chaffer JV, Cerroni L, (editores). *Dermatología*. 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 2517-27.
8. Kirsner RS, Bernstein B, Bhatia A, Lantis J, Le L, Lincoln K, Liu P, Rodgers L, Shaw M, Young D. Clinical Experience and Best Practices Using Epidermal Skin Grafts on Wounds. *Wounds*. 2015;27(11):282-92.