



Tratamiento quirúrgico de las secuelas de quemaduras de las extremidades

R. Aimard, R. Viard, A. Mojallal, J.-P. Comparin, J.-L. Foyatier, D. Voulliaume

Las secuelas de quemaduras de las extremidades plantean un problema funcional esencial. Todas las técnicas quirúrgicas (injertos cutáneos, plastias locales, dermis artificial, expansión cutánea, colgajos, transferencia de tejido adiposo) asociadas al desbridamiento permiten una rehabilitación funcional y estética después de una reeducación adecuada.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Quemadura; Extremidades; Bridas retráctiles; Secuelas de quemaduras

Plan

■ Introducción	1
■ Etiología	1
■ Principios del tratamiento	1
Análisis de la demanda	1
Plazo del tratamiento	2
■ Tratamiento	2
Afectación funcional	2
Alteración estética	9

■ Introducción

La incidencia de las secuelas de quemaduras ha disminuido drásticamente en los últimos 30 años debido a la mejora del tratamiento en la fase aguda: la escisión-injerto precoz en un tiempo, seguida de una reeducación específica inmediata y prolongada, ha permitido optimizar los resultados estéticos y funcionales, sobre todo en los miembros.

A pesar de todo, para las quemaduras más profundas o en las que no se ha podido realizar un tratamiento adecuado, las secuelas pueden dar lugar a alteraciones funcionales, estéticas o psicológicas que requieran una cirugía reparadora.

■ Etiología

Varios elementos favorecen la aparición de secuelas retráctiles.

- La profundidad de la quemadura (la regeneración tisular está comprometida cuando la quemadura es más profunda que la dermis reticular y la membrana basal) o de la escisión.

- Un plazo de cicatrización superior a 3 semanas (lo que da lugar a fenómenos inflamatorios y retráctiles importantes).
- La topografía: las bridas predominan a nivel de las zonas de flexión y en la unión entre la zona cicatricial y la piel perilesional.
- La ausencia o el incumplimiento del protocolo de reeducación correspondiente a la fase aguda y a la cirugía de las secuelas.
- La profundidad de la escisión: una escisión demasiado profunda de la quemadura, como «la escisión hasta la aponeurosis», fuera de las carbonizaciones, provoca una esqueletización del miembro, «escalones» con la piel adyacente y adherencias masivas de los injertos de piel.

El conocimiento y el respeto de estas reglas permiten reducir en parte a largo plazo las secuelas graves de las quemaduras.

■ Principios del tratamiento

Análisis de la demanda

La demanda puede implicar a dos grandes ámbitos de forma aislada o combinada: funcional y estético. Si la demanda es únicamente estética, la indicación sólo se podrá establecer si la técnica utilizada no compromete el aspecto funcional.

Hay que evaluar la exploración física de los miembros y, sobre todo, la amplitud articular de los distintos segmentos, así como las relaciones con las placas cicatriciales.

La afectación funcional de las secuelas de quemaduras de los miembros se relaciona muy pocas veces con una afectación tendinosa u ósea. La quemadura altera muy pocas veces las articulaciones, pero su función se ve afectada por la quemadura de la piel. Las reducciones de las amplitudes articulares y las deformaciones se relacionan con la retracción de la placa cicatricial.

Algunos autores [1] proponen algoritmos de tratamiento en función de las secuelas y de las zonas anatómicas sanas adyacentes.

En la práctica, la exploración física es el factor preponderante para establecer las indicaciones quirúrgicas, porque hay que poder apreciar in situ la calidad cicatricial, la laxitud cutánea y las posibilidades cutáneas de zonas distantes.

Plazo del tratamiento

El tratamiento de las secuelas siempre proporciona mejores resultados cuando se ha adquirido la maduración cicatricial, pues el potencial inflamatorio de una cicatriz inmadura expone a un riesgo importante de recidiva de brida o de cicatriz hipertrófica.

En los adultos, un plazo de 18-24 meses es el citado con más frecuencia en la literatura. Mientras tanto, en presencia de una cicatriz «activa» (inflamación no controlada), el tratamiento es únicamente médico, con técnicas de medicina física y readaptativa, sobre todo la presoterapia.

En los niños, en cambio, suele ser necesario intervenir antes de la maduración cicatricial, que se ve constantemente retardada por las tensiones cutáneas relacionadas con el crecimiento. Las plastias locales, colgajos e injertos de piel, permiten una ganancia de piel inmediata, indispensable para el desarrollo adecuado de las estructuras subcutáneas (sobre todo tendinosas, articulares y óseas). A esto se añade la capacidad de crecimiento de los tejidos sanos aportados de este modo, lo que permite un desarrollo estatural adecuado [2].

■ Tratamiento

Afectación funcional

Las secuelas funcionales de quemaduras de los miembros pocas veces causan lesiones directas articulares, óseas o tendinosas. La impotencia funcional se debe en la mayoría de los casos a las retracciones cutáneas, que pueden producirse al nivel de las articulaciones o por fuera de ellas.

Zona no articular

Superficie pequeña

Algunas zonas cicatriciales situadas por fuera de las zonas articulares pueden originar una afectación

funcional debido a las adherencias con las estructuras subyacentes (músculo, tendón, periostio, nervio).

Un déficit cutáneo moderado es accesible en la mayoría de los casos a plastias locales (Z, IC, tridente, etc.) o a pequeños injertos de piel total (Fig. 1).

Para reducir las adherencias profundas y restablecer un plano de deslizamiento fisiológico, la asociación de las técnicas de fasciectomía y de transferencia de tejido adiposo puede resultar eficaz.

Suele ser necesario realizar 2-3 tiempos para obtener un resultado suficiente debido a la reabsorción del injerto de adipocitos, pero también por el déficit de elasticidad de los tejidos cicatriciales (Fig. 2).

Además, estos tiempos múltiples no deben ser demasiado agresivos debido al riesgo de necrosis por fasciectomías demasiado extensas y al riesgo de citoesteatonecrosis si se produce una sobrecorrección de volumen por una transferencia adiposa excesiva [3, 4].

Superficie extensa

En ocasiones, existen grandes bridas rectilíneas en toda la longitud del miembro. Cuando están rodeadas de tejidos sanos, en su tratamiento se utilizan técnicas de plastias locales (tridente, Z, IC).

Si la cantidad de tejido sano periférico es insuficiente, se puede plantear el uso de técnicas de expansión cutánea, pero son difíciles de realizar. Suele ser necesaria una inmovilización relativa del miembro.

Cuando existe una gran placa cicatricial y no hay tejido sano alrededor, se pueden dar dos situaciones:

- si existe una zona donante de un injerto de piel total de tamaño apropiado, se utiliza para cubrir la zona de desbridamiento;
- si la pérdida de sustancia ocasionada tiene un tamaño excesivo, la utilización de dermis artificial asociada a un injerto de piel en uno (Matriderm) o dos tiempos (Integra) puede resultar eficaz.

Asimismo, la expansión cutánea también puede ser útil, aunque difícil de llevar a cabo debido al gran riesgo de exposición de la prótesis.

Zona articular

Región axilar

Las secuelas axilares se observan con más frecuencia en los niños. Pueden corregirse antes o durante el crecimiento. Un colgajo o un injerto de piel total interpuesto en una placa cicatricial aporta una piel dinámica y sigue creciendo con el tiempo [2].

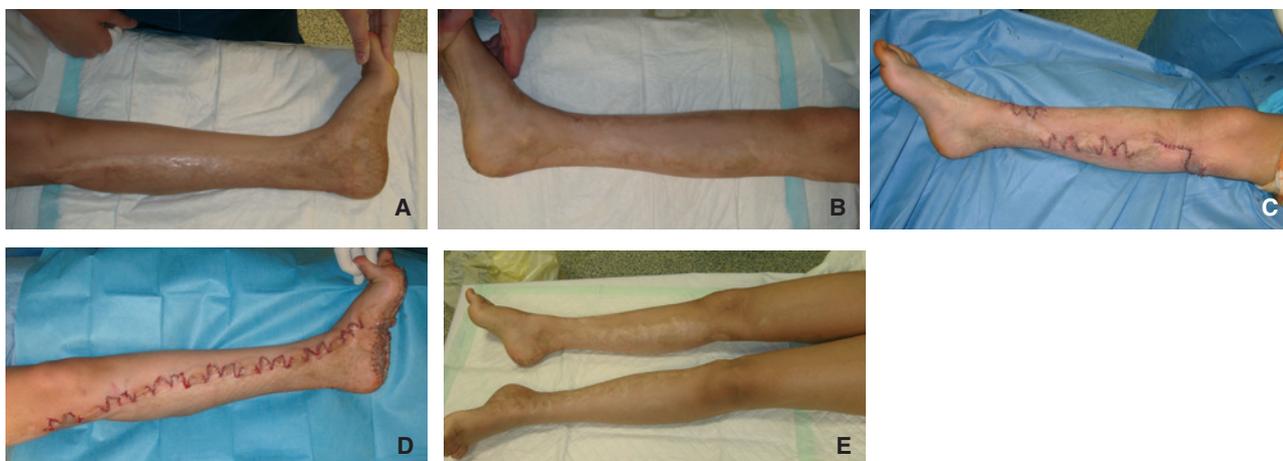


Figura 1. Secuelas de quemaduras en una niña de 8 años.

A. Brida de la unión en la cara interna de la pierna izquierda.

B. Brida de la cara interna de la pierna derecha.

C. Plastias locales mediante tridentes y colgajos de transposición de tipo IC, aspecto peroperatorio de la pierna derecha.

D. Plastias locales, tridentes múltiples de la pierna izquierda.

E. Resultado a los 2 años.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805846>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805846>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)