

Microinjertos en sello en heridas crónicas

Oct, 2022. Cecilia Movilla Jiménez, Javier García Meana, Ascen Navarro Caballero,

Marta Sánchez Sánchez



Cómo citar este documento: Movilla Jimenez C, Garcia Meana J, Navarro Caballero A, Sánchez Sánchez M. Monografía: Microinjertos en sello en heridas crónicas. [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2022 [citado "añadir día mes año"]. Disponible en: <https://www.heridasenred.com/monografia-microinjertos-en-sello>

Las heridas crónicas suponen una disminución en la calidad de vida de muchos de nuestros pacientes. Varios son los motivos de esta disminución de la calidad de vida: limitación funcional, dolor, incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, interrupción de la actividad laboral.

La cobertura de estas lesiones con injertos, es una técnica alternativa al tratamiento convencional de las heridas crónicas y suele emplearse en heridas de difícil cicatrización. Los microinjertos en sello son injertos de espesor parcial con fragmentos circulares u ovalados obtenidos sin profundizar más allá de la dermis papilar (formados por epidermis y dermis superficial) (1).

Es una técnica costo efectiva, que se puede realizar tanto en atención especializada como en atención primaria y que supone poco dolor para el paciente. Además, esta técnica tiene una baja probabilidad de complicaciones.

Existen varios tipos de injertos. Según su origen podemos encontrar: autoinjerto o injerto autólogo, aloinjerto o injerto heterólogo, xenoinjerto o heteroinjerto y sustitutos cutáneos sintéticos. De estos, los autoinjertos son los únicos que se consideran permanentes. El resto, sólo aporta una cobertura temporal, esto puede ser debido a su composición o debido a su origen (2).

Los autoinjertos, que son los más utilizados, se clasifican en función de su grosor en:

Injerto de piel total (formado por dermis y epidermis), precisa sutura para aproximar los bordes en zona dadora.

Injerto de piel parcial. El plano de corte se sitúa sobre los folículos pilosos. Estos, a su vez se dividen en finos y gruesos. El injerto de piel parcial fino, es el más utilizado en el tratamiento de las heridas crónicas.

Injerto epidérmico (incluye sólo la epidermis). Su evolución dependerá principalmente de la calidad del lecho receptor.

Tabla 1. Clasificación de los autoinjertos en función de su grosor (3)

El procedimiento se llevará a cabo mediante técnica estéril y como instrumental básico necesitaremos una pinza, un bisturí y una cureta dermatológica o un sacabocados (punch).

Se elegirá en primer lugar la zona donante, habitualmente se utiliza la cara anterior del muslo y se aplicará anestesia local (preferentemente lidocaína al 1%, diluida al 50% con suero fisiológico).

Se marcará la superficie cutánea con el sacabocados y se extraerán fragmentos de piel con ayuda de la pinza y el bisturí y se irán colocando sobre la herida a modo de mosaico a la vez que se obtienen, dejando una separación entre ellos de entre los 2 y los 5 mm. Al final, se cubrirá la lesión injertada con un apósito no adherente y aplicaremos como apósito secundario un apósito absorbente. La elección de este apósito secundario dependerá de la cantidad de exudado de la lesión. La zona donante se cubrirá con un apósito de alginato cálcico o hidrocoloide en función del sangrado (2,4).

Tras la realización de este procedimiento, se deberán espaciar lo máximo posible las curas y se debe poner especial cuidado en la piel perilesional ya que, durante los primeros días, coincidiendo con el proceso de angiogénesis, se producirá un importante aumento del exudado por lo que se recomienda el uso de pomadas con óxido de zinc.

La primera cura se llevará a cabo entre los 3 y 7 días tras la realización de la intervención dependiendo del protocolo de cada centro y de la situación particular de cada paciente. Durante las primeras curas, debemos ser muy cuidadosos para evitar que los microinjertos se despeguen del lecho de la herida.

Tras la aplicación de los microinjertos no se recomienda modificar el microambiente creado por los mismos. Se debe ser muy cuidadoso evitando cualquier manipulación que provoque el desprendimiento de los microinjertos. Los cuidados irán dirigidos a la limpieza y manejo del exudado prestando especial atención a la piel perilesional (5).

Esta técnica es costo efectiva ya que acorta los tiempos de epitelización. Aunque no prendan todos los microinjertos, el efecto se ha demostrado beneficioso para el control del dolor y la liberación de factores de crecimiento al lecho de la herida. La técnica y los materiales empleados en este procedimiento son económicos y se pueden realizar de forma ambulatoria. Además, puede ser aplicado en cualquier tipo de lesión sea cual sea su etiología, exceptuando el pioderma gangrenoso.

Previo a la realización de esta técnica, se debe realizar una adecuada valoración y preparación del lecho de la herida con el fin de garantizar el éxito tras la aplicación de la misma.

Hay estudios que relacionan el uso de la terapia de presión negativa (TPN) en los microinjertos. La TPN actúa favoreciendo la formación de tejido de granulación, manejo y reducción del exudado y de la carga bacteriana, lo que contribuirá a la buena evolución y prendimiento de los microinjertos (5,6,7).

Los principales riesgos que se contemplan derivados del procedimiento de realización de autoinjertos, son los siguientes:	
Reacciones a la anestesia local	Reducción, pérdida o aumento de la sensibilidad cutánea
Hemorragia	Cicatrices atróficas
Dolor crónico (en muy pocas ocasiones)	Cambio de color de la piel
Infección	Superficie de piel desigual
Pérdida de piel injertada	
El riesgo de infección y sangrado de la zona dadora es mínimo	

Tabla 2. Principales riesgos del procedimiento de realización de autoinjertos (7)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fourgeaud C, Mouloise G, Michon- Pasturel U, Bomhomme S, Lazareth I, Meaume S et al. Interest of punch skin grafting for the treatment of painful ulcers. J Mal Vasc. 2016; 41:323-328.
2. Conde E. Tipos de injertos cutáneos para cubrir heridas crónicas: cuál elegir. [Internet]. Madrid: Cuando una herida en la piel no se cierra, 2015 [acceso el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/tipos-de-injertos-para-cubrir-heridas-cronicas/>
3. 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 Nov;27(11):282-92
4. Brown JE, Holloway SL. An evidence- based review of split- thickness skin graft donor site dressings. Int Wound J. 2018 Aug 17.
5. Pérez Jerónimo L, Conde Montero E, Peral Vázquez A, Guisado Muñoz S, Villar Espantoso MP, Izquierdo Nazar MI. Microinjertos en sello de heridas crónicas recalcitrantes. Rev Enferm Vasc. 2017; 1(1):11-14
6. Azzopardi EA, Boyce DE, Dickson WA, Azoopardi E, Laing JH et al. Application of topical negative pressure (vacuum- asisted closure) to split- thickness skin grafts: a structured evidence-based review. Ann Plast Surg. 2013; 70(1):23-29.
7. Llanos S, Danilla S, Barraza C, Armijo E, Pineros JL, Quintas M, et al. Effectiveness of the negative pressure closure in the integration of Split thickness skin grafts. A randomized, double- masked, controlled trial. Ann Surg 2006; 244(5):700-705

AUTORES

Pincha sobre el autor para ver su descripción

- [Movilla Jimenez, Cecilia](#)
- [Garcia Meana, Javier](#)
- [Navarro Caballero, Ascen](#)
- [Sanchez Sanchez, Marta](#)

PUBLICACIONES RELACIONADAS

Todos los meses hay SERIE MENSUAL que contiene:

- Monografía
- Dos vídeos
- Infografía

Visualiza esta serie en con el código QR



En colaboración con:

SmithNephew



Ninguno de los autores declara conflicto de intereses. Esta información va dirigida a profesionales sanitarios. Si no pertenece a este colectivo, ante cualquier duda, consulte a su enfermera/médico de referencia. Este artículo cumple las normas de la [política editorial](#) y esta bajo licencia de [Creative Commons](#)