

## RECONSTRUCCIÓN CUTÁNEA vs CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN

Araceli Calvo

El cierre de una herida tiene como objetivo devolver la integridad a la piel y retorno de su funcionalidad lo antes posible. Una selección de técnica o momento inadecuado aumenta las complicaciones.

La selección de la técnica de cierre para unos resultados quirúrgicos satisfactorios y funcionales va a depender de muchos factores. Son necesarias una planificación y una técnica quirúrgica adecuadas, pero la consideración de factores inherentes a la herida, y al paciente van a ser decisivos. La situación idónea es una planificación meticulosa preoperatoria, una ejecución del cierre óptimo, unos cuidados postoperatorios potenciadores de la cicatrización, y un paciente y cuidador colaboradores.

En términos generales, el cierre quirúrgico de heridas cutáneas tiene como objetivos el devolver la integridad de la piel y el retorno de la funcionalidad lo antes posible. Por otro lado, el cierre de una herida reduce significativamente el riesgo de complicaciones y los costes de un manejo prolongado de la herida: tiempo, materiales, sedaciones y/ o anestésicos para curas complejas.

Para alcanzar todos estos objetivos, la clave es decidir cuándo y cómo debe cerrarse una herida en particular.

### **Elección del momento**

La reconstrucción de un defecto debe realizarse cuando el lecho está preparado para el inicio de todos los procesos biocelulares que comprenden la curación. Una reconstrucción con tejidos inflamados, o infectados es una garantía de fracaso, ya que estructuralmente presenta alteraciones que impedirán la puesta en marcha de la cascada de eventos que llevan a la cicatrización.

- En un defecto de origen traumático se debe preparar el lecho hasta que el tejido muestre señales de curación: un lecho de granulación óptimo. La proliferación de tejido y la contracción de la herida reducirán el área a reconstruir. La neovascularización garantizará el aporte de oxígeno, nutrientes y defensa celular a la zona reconstruida.
- Otra premisa clave es que el tejido donante también sea un tejido sano.
- En los defectos creados en la cirugía oncológica, siempre que sea posible se hará la reconstrucción en el mismo tiempo quirúrgico que la exéresis.

### **TOMA DE DECISIONES**

A la hora de considerar el tratamiento más adecuado, deben considerarse una serie de factores que influyen directamente en la cicatrización de la herida, entre ellos el estado del paciente, cómo y cuando se ha producido la herida, extensión de las lesiones, viabilidad del tejido, limitaciones económicas del propietario y el carácter del animal.

### **Valoración del paciente**

La primera medida será la valoración del paciente y de la herida: gravedad de la lesión y posibles complicaciones.

La evaluación completa de parámetros vitales es el paso inicial del protocolo para un paciente con heridas.

En un paciente inestable solo se priorizará la atención y resolución de la herida cuando ésta sea la causa de la gravedad, como por ejemplo lesiones del sistema respiratorio, hemorragias activas, evisceraciones,..

En un paciente inestable el protocolo inicial es la reanimación y estabilización. Para evitar complicaciones posteriores se protegerá la herida con gasas estériles húmedas.

El tratamiento de la herida traumática seguirá estos pasos:

1. Rasurado perilesional.
2. Lavado.
3. Detención de la hemorragia.
4. Inmovilización de la zona afectada.
5. Tratamiento sistémico: fluidoterapia, analgesia, antiinflamatorio, antibiótico.
6. Desbridamiento.
7. Elección método de cierre / uso de drenajes.

### ¿Cierre primario o secundario?

Si existen dudas sobre la conveniencia de cerrar una herida lo mejor es dejarla abierta.

Las heridas pueden ser cerradas en forma inmediata (cierre de herida primario), dentro de 1 a 3 días después de la lesión cuando carecen de infección pero antes que aparezca el tejido de granulación (cierre de herida primario demorado), después de la formación del tejido de granulación (cierre secundario) o curas hasta su completa epitelización (cicatrización por segunda intención).

La probabilidad de éxito en el cierre primario de una herida traumática va depender de los siguientes factores:

- Cantidad de pérdida de tejido
- Localización de la herida
- Grado y tipo de contaminación bacteriana
- Presencia de material extraño
- Grado de isquemia tisular y vascularización local
- Tipo de herida

Las heridas torácicas abiertas van a ser una excepción: deben cerrarse tan pronto como sea posible.

En la mayoría de reconstrucciones en exéresis de tumores cutáneos podemos planificar un cierre primario.

El **cierre primario demorado** se efectúa tras 3 a 5 días de haber realizado tratamientos que preparen el lecho de la herida para el éxito del cierre quirúrgico. Las heridas en las que en el momento de la primera evaluación hay gran contaminación, hematomas, signos de infección o importante inflamación tisular, tejido de dudosa viabilidad, dudas sobre el grado de lesión vascular, lesiones por aplastamiento, heridas por mordedura o existencia de riesgos para el paciente si se somete a un procedimiento anestésico precoz, serán tratadas inicialmente con cura húmeda, y en el término de 3 a 5 días se realizará el cierre.

El **cierre secundario** es también una alternativa en la que se demora más de 5 días, con el fin de realizarlo en el momento en que el lecho de la herida presenta un tejido de granulación sano. Es frecuente en heridas muy contaminadas, grandes defectos, necrosis



- el área tisular y su contorno: área, movilidad, elasticidad, grosor y vascularización de la piel.
- tipo de paciente: edad, carácter, patologías o tratamientos crónicos.
- lesión: plantear desde el primer momento si el objetivo de la intervención es curativo ( por ejemplo la extirpación de un tumor con márgenes remanentes libres de neoplasia) o paliativo.
- previsión de complicaciones: infección, tensión, dehiscencia, autotraumatismo, hematomas..

La reconstrucción de heridas es a menudo un desafío emocionante para el cirujano, pero debe siempre plantearse para el beneficio del paciente, y no para gloria del cirujano.

### **Planificación de la reconstrucción**

En las tareas del cirujano no hay lugar para la improvisación. Debe conocer el caso de antemano, estudiar todas las opciones y posibles complicaciones, y aportar con sus conocimientos y experiencia las diferentes opciones individualizadas.

Asimismo se debe explorar la herida, y las características de la piel del paciente, en cuanto a elasticidad y calidad, para optar por posibles zonas donadoras.

A continuación se enumeran los pasos para efectuar un "planning" reconstructivo estudiado concienzudamente.

1. Considerar tamaño y ubicación de la herida
2. Identificación de estructuras vitales: vascularización/ inervación
3. Evaluación de la piel perilesional
4. Evaluación del área donante
5. Elección de la técnica efectiva más simple
6. Plan B: planificar otras opciones para el cierre de la herida
7. Usar rotuladores y métodos de calibración para delinear el área donante
8. Rasurado muy amplio
9. Posición del paciente

### **Preparación del lecho en la heridas traumáticas**

La preparación del lecho de la herida por parte del clínico consiste en retirar el tejido no vascularizado, o con pérdida estructural, modular los signos adversos que produce la inflamación, y controlar la carga bacteriana, o luchar contra la infección si está presente. Una vez seleccionado el tejido viable, la elección del tratamiento tópico y la frecuencia de curas son la clave para crear el ambiente húmedo. Por último, la vigilancia y cuidados de los bordes perilesionales y el margen epitelial, son tareas básicas para completar el objetivo de una cicatrización eficaz.

La primera tarea pasa por la eliminación del tejido no viable para la evaluación de la herida, y la estimulación de la cicatrización. El desbridamiento es la retirada de tejido necrótico o infectado. Puede realizarse mediante diferentes métodos, aunque lo más habitual es realizarlo bajo anestesia general con instrumentos cortantes, o gradualmente durante las curas, tras potenciar con cura húmeda y en ocasiones con tratamientos tópicos enzimáticos, el propio desbridamiento autolítico. El desbridamiento secuencial del tejido muerto durante las curas se llama desbridamiento cortante.

La infección del tejido debe tratarse previamente a cualquier planteamiento reconstructivo de escalones superiores en las opciones reconstructivas. Con antibioterapia

sistémica no empírica, sino con identificación del microorganismo causante y los cuidados apropiados tópicos podemos conseguir el objetivo de una zona receptora idónea. Solo cuando la herida presentes una granulación óptima y unos bordes epiteliales activos podemos plantear un cierre primario.

Existe un escenario en el que si podemos tratar la infección y reconstrucción cutánea en un mismo tiempo: las heridas en que su extensión y profundidad permiten una resección en bloque del tejido desestructurado, e inmediata reconstrucción. En este caso el planteamiento tampoco debe ser improvisado; los pasos a seguir serán similares a los de la cirugía oncológica para asegurar un tratamiento efectivo de la infección.