

Técnicas quirúrgicas: Desbridamiento

Juan Javier García Barreiro
Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Xerencia de Xestión Integrada A Coruña
A Coruña. España
e-mail: Juan.Javier.Garcia.Barreiro@sergas.es

El desbridamiento es la técnica quirúrgica más empleada en el tratamiento de quemaduras. Está indicada en las quemaduras de 3º grado y en las de 2º grado profundo, en las que el tiempo de curación supere las tres semanas, o menos en el caso de áreas críticas como cara y manos. Consiste en la exéresis quirúrgica del área de quemadura en profundidad hasta tejido sano. Suele hacerse bajo anestesia y según la técnica puede ser de tres tipos: tangencial, a fascia o abrasivo.

El desbridamiento tangencial suele utilizarse en quemaduras de 2º grado profundo, sobre todo en áreas planas y consiste en pasar el dermatomo de mano sobre el área quemada de forma secuencial eliminando tejido necró-

tico hasta tejido sano, que suele identificarse por el aspecto y el sangrado uniforme. Es un procedimiento cruento que suele producir pérdida importante de sangre que con frecuencia necesita reposición además de hemostasia quirúrgica.

El desbridamiento a fascia consiste en la "dissección" del área quemada en profundidad hasta el plano fascial. Suele emplearse en quemaduras de 3º grado en las que está afectado todo el espesor de la piel. No suele producir tanta pérdida de sangre como el desbridamiento tangencial aunque su realización es más larga y laboriosa.

El desbridamiento abrasivo consiste en la "abrasión" mecánica del área quemada con

Técnicas quirúrgicas: Desbridamiento

distintos instrumentos (fresas de dermoabrasión, bisturí, gasas abrasivas), hasta plano sangrante. Suele utilizarse en áreas de quemadura superficial y en proceso de granulación.

Mención aparte merece el desbridamiento con hidrobisturí, incorporado recientemente a la técnica quirúrgica de quemaduras. El hidrobisturí es un terminal conectado a un sistema de bombeo de agua a alta presión que permite realizar un corte de altísima precisión. Este terminal va conectado a su vez a un sistema de aspiración que permite retirar del campo el agua inyectada a presión. Suele utilizarse como alternativa al desbridamiento tangencial, sobre todo en áreas dificultosas, no uniformes y ha supuesto un avance importante en este tipo de tratamientos dada su precisión, comodidad y rapidez de aplicación (Figura 1).

Es reciente también la incorporación de los terminales de ultrasonidos para realizar desbridamientos de úlceras crónicas, habiéndose extendido su aplicación también al tratamiento de quemaduras. Estos terminales realizan un desbridamiento selectivo por "despegamiento" de las áreas fibrinosas y superficiales, pero no suele ser útil en zonas más profundas y adheridas además de ser lento en su reali-

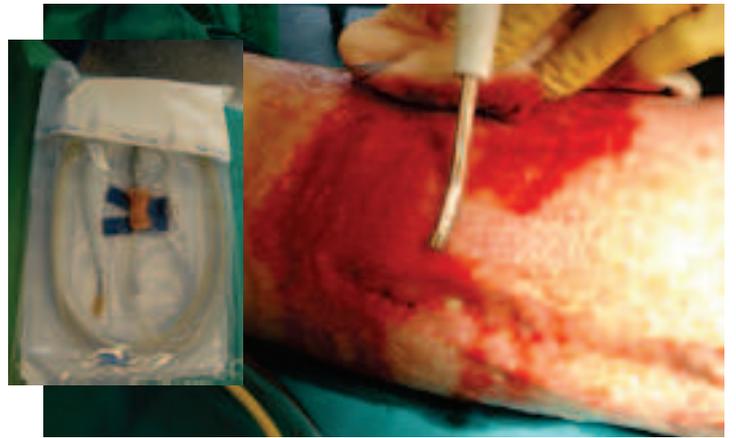


Figura 1: El hidrobisturí permite el desbridamiento rápido y preciso de áreas de 2º grado profundo en cualquier localización.

zación. Sin embargo es totalmente incruento y no doloroso, lo que lo hace adecuado para su empleo durante la realización de curas a pie de cama o en los baños terapéuticos, más que en quirófano.

El momento de realizar el desbridamiento depende de varios factores como: extensión y profundidad de la quemadura, situación general del paciente, localización etc. En general en una quemadura extensa (superior al 15-20%) de 2º grado profundo o tercero, el desbridamiento debe realizarse lo antes posible, en cuanto lo permita la situación general del

Técnicas quirúrgicas: Desbridamiento

paciente, pues ello mejora la supervivencia y resultado final. En este caso hablamos de desbridamiento precoz. En general debe realizarse lo más pronto posible a partir del ingreso, en condiciones de estabilidad hemodinámica y respiratoria.

En caso de quemaduras de menor extensión y profundidad, puede demorarse el tratamiento hasta delimitar de forma exacta el alcance de la quemadura, siempre que este tiempo no supere las 3 semanas, período a partir del cual la cicatrización es siempre patológica.

El tipo de anestesia empleado, depende de la localización y de la extensión. Desde la anestesia local o troncular para pequeñas extensiones, hasta la anestesia regional en caso de quemaduras en miembros o la anestesia general en grandes extensiones.

La preparación del campo quirúrgico no difiere de cualquier otra intervención, con la peculiaridad de que debe dejar expuesto campo suficiente para el desbridamiento y para la obtención de zona dadora para injerto. La instrumentación es también la habitual y debe incluir dermatomos manuales, pinzas de hemostasia, etc... En el caso de desbridamientos a fascia son útiles las pinzas grandes de

tracción.

El problema del sangrado intraoperatorio, es evidente sobre todo en el desbridamiento tangencial, lo que obliga al cirujano a intentar ser rápido en este procedimiento y en ocasiones hacerlo de forma seriada. Suele ser útil el empleo de compresas impregnadas en solución de adrenalina en dilución con suero fisiológico 1:500.000. Permiten una hemostasia casi inmediata en superficies amplias sin repercusión hemodinámica ni cardíaca.

En el caso de desbridamientos en miembros pueden utilizarse manguitos de isquemia para disminuir el sangrado. Se realiza expresión venosa como en otra cirugía y se utilizan también las mismas presiones, es decir: 100 mm de Hg superior a la TA sistólica en miembros superiores, y 200 mm de Hg superior a la TA sistólica en miembros inferiores. Ello dificulta la identificación del nivel de desbridamiento dado que no existe sangrado, por lo que el cirujano ha de guiarse únicamente por el aspecto del tejido, lo cual requiere cierta experiencia para realizarlo de forma adecuada.

En general no es necesaria la profilaxis antibiótica para este tipo de intervención, salvo signos claros de sobreinfección en el momen-

to de la cirugía. En esa situación se emplean cefalosporinas de 2º generación (cefazolina). En el caso de quemaduras extensas no es aconsejable la profilaxis en ningún caso, solo el tratamiento específico bajo cultivo o empírico de amplio espectro en caso de repercusión sistémica.

En las quemaduras extensas pueden ser necesarios varios desbridamientos de forma seriada. El momento de realizar el siguiente desbridamiento, suele ser también lo antes posible en cuanto se mantenga la estabilidad hemodinámica y respiratoria y se haya recuperado suficiente zona dadora para realizar nueva cobertura, ello se suele demorar entre 7 y 10 días.

El desbridamiento se acompaña siempre en el mismo acto quirúrgico de una técnica de cobertura, en la mayoría de injertos autólogos, si bien también: homoinjertos, colgajos cutáneos, dermis artificial o apósitos sintéticos. De estas técnicas hablaremos de forma más extensa en posteriores números.

La realización de curas tópicas con desbridamientos seriados, favorecen la evolución de la quemadura y acelera la curación, sin embargo en caso de quemaduras profundas superado

el período mencionado de 3 semanas, la única indicación es el desbridamiento quirúrgico, sin que haya ningún tipo de apósito o agente tópico que prevenga o evite este tratamiento. Sí puede haber alguna causa que haga necesario su realización antes de ese período como: sobreinfección, dolor importante, áreas críticas (cara, mano, genitales) o áreas de especial importancia funcional como zonas sobre articulaciones que pudieran originar rigideces por inmovilidad.

Más información en:

Galeiras RM, López-Suso ME. Manejo en el servicio de urgencias hospitalario. En: Galeiras R, García-Barreiro J, López-Suso ME, coordinadores. Asistencia inmediata al paciente quemado crítico. A Coruña: Servicio Galego de Saúde; 2011. p. 19-29.

Lee JO, Dibildox M, Jimenez CJ, et al. Operative wound management. En Herndon D. Total Burn Care, 4ª ed. New York: Saunders; 2012. p. 157-73.

Técnicas quirúrgicas: Desbridamiento

Sainsbury DC. Evaluation of the quality and cost-effectiveness of Versajet hydrosurgery. Int Wound J 2009; 6: 24-9.

Matsumura H, Nozaki M, Watanabe K, et al. The estimation of tissue loss during tangential hydro-surgical debridement. Ann Plast Surg 2012; 69 :521-5.