

Injerto dermograso: técnica quirúrgica

Dermal-fat graft: surgical technique

ROMERO GUERRERO F¹, ABREU GONZÁLEZ R¹, LAMARCA MATEU J¹,
MARTÍNEZ-GRAU G²

RESUMEN

La enucleación o evisceración del globo ocular es una cirugía ocular con una gran repercusión psicológica para el paciente. Actualmente los injertos dermograsos están indicados en: alteraciones de los implantes orbitarios (exposición o extrusión), deformidades del surco superior, contracción del socket o como técnica combinada coincidiendo con la enucleación. Presentamos la técnica del injerto dermograso clásica con las variaciones que hemos ido aportando en nuestra experiencia quirúrgica.

Palabras clave: Injerto dermograso, técnica quirúrgica.

ABSTRACT

Ocular globe enucleation or evisceration are kinds of ocular surgery with a great psychological repercussion on the patient. At the moment dermal-fat graft is advised in cases of orbital implant alterations (exposure or extrusion), upper lid fold, socket retraction or as a combined technique with enucleation.

We present the classic dermal-fat graft technique with the variations that we have developed according to our surgical experience.

Key words: Dermal-fat graft, surgical technique.

INTRODUCCIÓN

La enucleación o evisceración del globo ocular constituye probablemente la cirugía ocular con mayor repercusión psicológica

para el paciente, tanto por las consecuencias funcionales como estéticas que de ella se derivan (1).

En el manejo de estos pacientes es de gran importancia el conjunto de maniobras que

Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona, España.

¹ Licenciado en Medicina. Centro de Oftalmología Barraquer.

² Licenciado en Medicina. Centro de Oftalmología Barraquer. Unidad de Oculoplastia. Barcelona.

Correspondencia:

G. Martínez Grau

Centro de Oftalmología Barraquer

C/ Muntaner, 314

E-08021 Barcelona, España

deben llevarse a cabo para asegurar un correcto resultado estético como: el mantenimiento de la funcionalidad de los párpados, la conservación a largo plazo del volumen de la cavidad anoftálmica y la adaptación de lentes cosméticas. Para ello, son desde hace años conocidas las técnicas de «relleno» de la cavidad que ya desarrolló Barraquer a principios de siglo XX (2), con los injertos orbitarios de grasa libre. El principal inconveniente de esta cirugía consistía en la pérdida de volumen que se producía con el tiempo, por reabsorción de la grasa. Posteriormente, diferentes autores intentaron utilizar otros tejidos orgánicos como esclera o fascia lata, que no mejoraron los resultados (3,4).

Las indicaciones actuales de los injertos dermograsos se pueden resumir en las siguientes: alteraciones de los implantes orbitarios (exposición o extrusión), deformidades del surco superior, contracción del socket o como técnica combinada coincidiendo con la enucleación (5).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica que se realiza actualmente fue descrita inicialmente por Smith y Petrelli en 1978 (6), y aportó como novedad el uso de injertos combinados de grasa y dermis, lo que mejoró los resultados por dos motivos: la dermis minimizaba la reabsorción de la grasa, y servía de estructura de soporte a la conjuntiva, con lo que se conseguía una mayor hermeticidad y uniformidad de la superficie.

En nuestro Centro realizamos, en la mayoría de los casos, una variante de la técnica



Fig. 1: Marcado del botón donante y exéresis de la epidermis.

habitual consistente en la sutura de los músculos rectos a la dermis, con lo que se incrementa la movilidad de la prótesis implantada.

A continuación describiremos los pasos intraoperatorios de la técnica empleada.

1. Preparación de la cavidad orbitaria

En aquellos casos de exposición del implante por debajo de la capa de Tenon, realizamos peritomía conjuntival de 360 grados y profundizamos con las ramas de la tijera de Stevens en los cuadrantes nasales y temporales (superior e inferior) con la intención de conseguir el suficiente espacio donde introducir la grasa del injerto que previamente habremos dividido en cuatro partes, por la cara opuesta a la dermis, para un perfecto encaje (fig. 3). En los pacientes afectados de retracción de bolsillo anoftálmico, deberemos conseguir asimismo un espacio orbitario virtual a partir de una incisión conjuntival para colocar el injerto del modo anteriormente descrito.

2. Obtención del botón donante

Lo extraemos del cuadrante superoexterno del glúteo, una zona que presenta las características idóneas en cuanto a volumen de grasa y carencia de repercusiones estéticas. Dibujamos con un marcador un círculo de 2 cm de diámetro que remarcaremos con bisturí, con el que delaminaremos la epidermis traccionando con pinza de Adson (fig. 1). Es importante «limpiar» todo el círculo dejando la dermis lisa y totalmente expuesta, que se nos muestra con su aspecto rosado y discretamente sangrante.

A continuación, con el mismo bisturí penetramos por el borde de la circunferencia, de manera totalmente perpendicular a la superficie de la piel, hasta unos 2 centímetros de profundidad, y seguimos los límites del círculo hasta completarlo (fig. 2). Al final de esta maniobra la grasa subdérmica tiende a protruir hacia el exterior por sí misma, con lo que sólo nos queda recortar la base con tijeras de Stevens (fig. 3). Esta cavidad se sutura fácilmente en dos planos.

3. Sutura y finalización de la cirugía

Suturamos Tenon y conjuntiva por separado encima de la dermis con la opción antes mencionada de la sutura de los músculos rectos en la dermis del injerto, lo que nos proporciona mejores resultados estéticos al incrementar la movilidad de la prótesis (fig. 4).

Una vez concluida la cirugía, colocamos un conformador de plástico rígido sobre un colchón de pomada antibiótica. La presencia de este conformador-protector nos permite tanto controlar la evolución, como facilitar la instilación de colirios antibióticos y antiinflamatorios, sin necesidad de retirarlo, gracias a los orificios que presenta.

A los 3 meses de la cirugía, la superficie dérmica se presenta completamente lisa y conjuntivalizada, lo que permite al ocularista adaptar la pertinente lente cosmética (fig. 5).

Las complicaciones son infrecuentes y, habitualmente, de escasa importancia: queratinización de la cavidad, aparición de cavidades quísticas o granulomas conjuntivales, etc. Sólo en algún caso hemos asistido al fracaso completo del injerto dermograso. Estos casos se pueden producir por realizar injertos demasiado grandes en diámetro, o colocarlos en implantes previamente infectados.

CONCLUSIÓN

Los injertos dermograsos son de gran utilidad en la práctica totalidad de casos con defectos de reabsorción de la grasa periorbitaria, así como en aquellos pacientes que presentan prótesis orbitarias expuestas, con lo que el oftalmólogo especialista en oculoplastia, una vez superada la curva de aprendizaje lógica, conseguirá unos resultados estéticos realmente apreciables por el paciente. Y es que no debemos olvidar que, a pesar de la relativa urgencia de estos casos, la demanda de buenos resultados es alta en comparación con lo que habitualmente se exige en la cirugía de la enucleación-evisceración inicial, en la que el primer objetivo es la exéresis del contenido ocular.



Fig. 2:
Perforación con
bisturí.

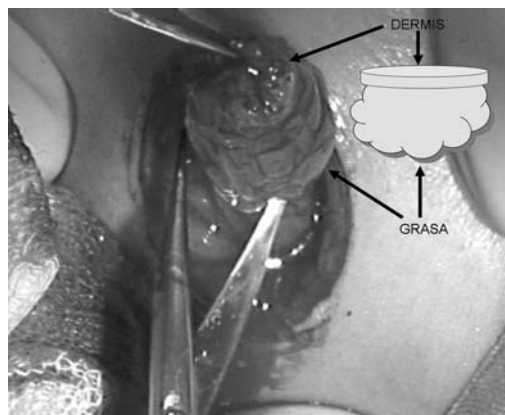


Fig. 3: Protusión
de la grasa
subcutánea y
corte de la misma.

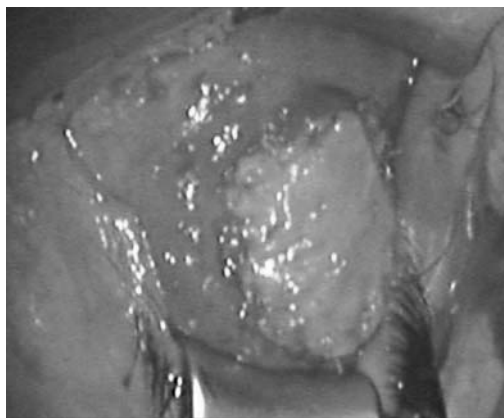


Fig. 4: Aspecto
del injerto al final
de la cirugía.

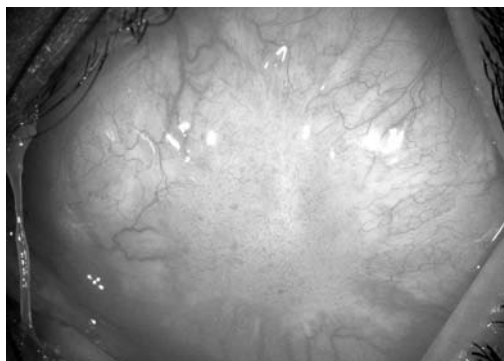


Fig. 5:
Conjuntivalización
de la dermis a los
tres meses de la
cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salour H, Owji N, Farahi A. Two-stage procedure for management of large exposure defects of hydroxyapatite orbital implant. *Eur J Ophthalmol.* 2003 Nov-Dec; 13(9-10): 789-93.
2. Barraquer L. Enucleación con injerto de tejido adiposo en cápsula de Tenon. *Arch Oft His-Am* 1901, 1: 82-84.
3. Gotzamanis A, Duchase A, Brugniart C, Sayag D. Dermis fat graft. Use of surgical reconstruction of the cavities. *J Fr Ophtalmol.* 2001 Jun; 24(6): 617-22.
4. Beaver HA, Patrinely JR, Holds JB, Soper MP. Periocular autografts in socket reconstruction. *Ophthalmology* 1996 Sep; 103(9): 1498-502.
5. Borodic GE, Townsend DJ, Beyer-Machule CK. Dermis fat graft in eviscerated sockets. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 1989; 5(2): 144-9.
6. Smith B, Petrelli R: Dermis-fat graft as a movable implant within the muscle cone. *Am J Ophthalmol* 1978, 85: 62-66.