

# ***Complicaciones quirúrgicas.***

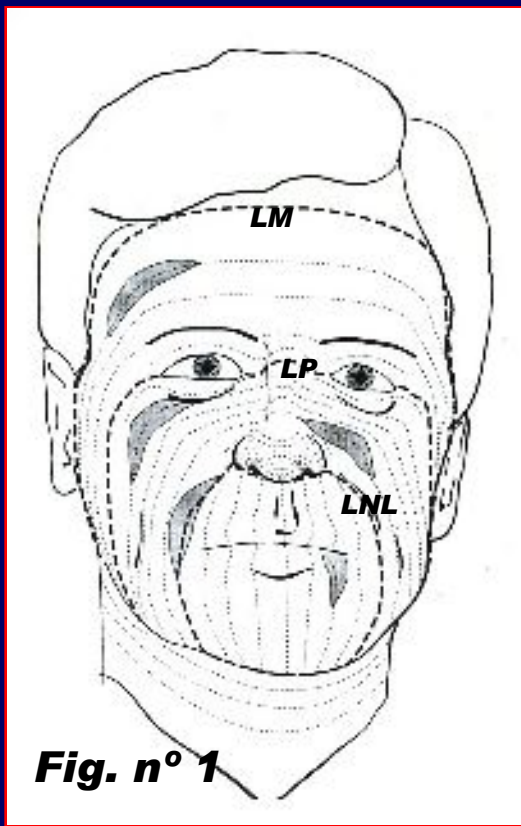
***Dr. José R. Sardi B.***

***Servicio de Dermatología Hospital Universitario  
de Caracas y Policlínica Santiago de León de  
Caracas.***

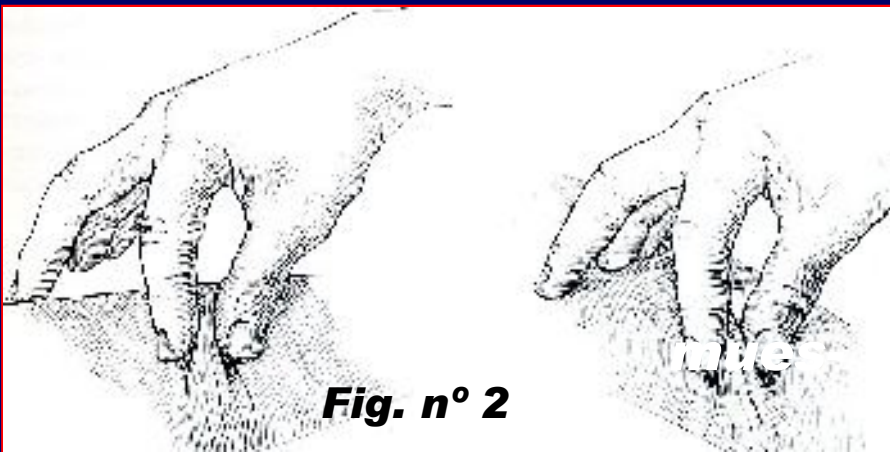
## Complicaciones...

**Las complicaciones en la cirugía dermatológica hay que tenerlas en cuenta, pues se presentan más o menos frecuentemente a todos los que se dedican a este campo de la especialidad, nadie es inmune a ellas. Deben ser separadas de los cambios estructurales propios de la cirugía, y que son variaciones esperadas en el curso de la convalecencia. Lo importante es prevenirlas, y en caso de que ocurran, saber como repararlas.**

· **Localización de la cicatriz. Cuando la responsabilidad de crear una herida cortante depende del cirujano, se deben seguir las líneas de tensión (RSTL), o hacerlas coincidir con ellas, colocarlas en una arruga o paralela a éstas. Hay diagramas que señalan los ejes apropiados para cada zona corporal. Una manera practica de buscarlas es pellizcando la piel con los dedos índice y pulgar, provocando pliegues, éstos se producen con facilidad y se extienden bastante cuando coinciden con las líneas de tensión. Si la zona donde se tiene que trabajar esta alterada, bien por la patología en la que vamos a intervenir o por presencia de retracciones cicatriciales, se buscan en la región contralateral. Es una buena costumbre dibujar con un marcador, donde vamos a realizar los cortes, de esta manera se evitan cicatrices inestéticas.**



**Fig. n° 1**



**Fig. n° 2**

**En la cara es esencial conocer la disposición de las líneas; son horizontales y paralelas en la frente desde una línea hipotética llamada línea marginal hasta otra que atraviesa por los párpados, llamada línea palpebral.**

**Entre la línea palpebral y la línea nasolabiogeniana, son desde el centro de la cara horizontales y a medida que se va saliendo de él**

**se tornan verticales hacia abajo, y en la zona peribucal y mentón son verticales. (fig. n°1).**

**En la figura n°2 se**

**tra como buscarlas.**

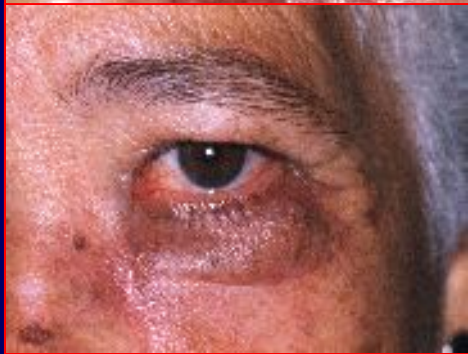
**Hemorragia. Es una complicación frecuente, puede ocurrir durante la intervención, bien por interesar un vaso de importante calibre, esto es un evento natural. Pero otras veces es una hemorragia en “capa” que puede ser consecuencia a un trastorno de la coagulación del enfermo, de allí la importancia de interrogatorio previo. La ingesta de anticoagulantes, aspirina, vitamina E, así como otros que pueden causar interacciones con los anestésicos; el médico tiene que estar conciente de ello. Se debe usar el anestésico local con adrenalina, lo ideal es el cartucho odontológico. Cuando pasa el efecto vasoconstrictor de la adrenalina puede haber flujo de sangre, con una presión sostenida sobre la herida habitualmente sede. En cambio si la hemorragia continúa o hay hematomas es menester actuar, bien abriendo la herida para buscar la fuente del sangrado, o colocar un drenaje.**



**Aquí mostramos una paciente, que se complicó con una hemorragia, y luego desarrolló edema en el párpado inferior, por insuficiencia en el drenaje linfático.**

**En el caso se colocó un dren de goma, y posteriormente se corrigió el párpado edematoso.**





**El edema postoperatorio es una complicación habitual, y generalmente se resuelve espontáneamente, se origina por la dificultad del drenaje de la linfa, ya que los vasos linfáticos han sido seccionados durante la intervención. En este caso tuvimos que reintervenir, por que la condición no cedió con los masajes.**

· **Sinequias. Ocurren cuando dos superficies próximas se unen por una cicatriz, quedando adheridas. Las hemos observado en la mucosa balanoprepucial, o en la zona vulvar cuando trata-**

**mos condilomas acuminados con electrocoagulación y curetaje. Pero pueden ocurrir en cualquier zona donde**

**dos superficies contiguas permanezcan unidas en el proceso de cicatrización. En los párpados tuvimos un caso, luego de reseca una neoplasia y reparar la zona con un colgajo...**

**Se trató de un paciente que tuvo un carcinoma basocelular en la vertiente izquierda del puente nasal; se resecó y el defecto fue cubierto con un colgajo glabellar. Evolucionó “sin complicaciones”, no se quejaba de nada, pero en el examen postoperatorio sí percibimos que el ángulo interno del ojo estaba cerrado por la presencia de una sinequia. Con un punto de anestesia local se cortó el “puente” que unía los dos párpados empleando una tijera de punta roma.**





**Comentario:**  
**Cuando se realizó la exéresis de la neoplasia, se interesó el ángulo interno del ojo, y se produjo una adherencia por delante de los puntos lagrimales, afortunadamente éstos no se cerraron y no hubo epífora.**



▪ **Cicatrices hipertróficas y quelóides.** Estos problemas relacionados con la reparación de las heridas representan un problema cosmético muy importante y difícil de solucionar. En oportunidades es posible predecir su aparición (color de la piel, localización, antecedentes), en otras ocasiones es impredecible su desarrollo. En este caso vemos un joven



de piel blanca, sin antecedentes familiares ni personales de quelóide, se presentó solicitando que le retiráramos un tatuaje en el antebrazo por que quería ingresar al ejercito. En otro hospital le habían tratado algunas zonas del tatuaje con electrocoagulación y no se formó cicatriz. Le practicamos dermoabrasión, y el resultado fue desastroso.

▪ **Infección de la herida.** Es una complicación frecuente y lamentable. Hay quienes recomiendan el uso de antibióticos de manera profiláctica. Cuando ocurre infección también puede haber dehiscencia, sobre todo cuando hay tensión en los bordes.





• **Fístula arteriovenosa.** Las fístulas arteriovenosas después de una intervención quirúrgica son raras. Se sospechan por la presencia de un tumor pulsátil con frémito al tacto por debajo de la cicatriz. Tuve la oportunidad de corregir una en la región temporal, (Paciente del Dr. Héctor Rincones de San Fernando de Apure.).





▪ **Mala praxis.** Con alguna frecuencia vemos errores en la confección de colgajos, como este que presentamos: se trata de un paciente de 63 años de edad que fue operado de un carcinoma basocelular en el hélix de la oreja derecha, cuando tallaron el colgajo de la región temporal, probablemente tenía rasurado el cuero cabelludo y el cirujano no se percató que estaba transfiriendo piel cabelluda a la oreja, con este pobre resultado.

Es sensato cuando se trabaja una zona pilosa no afeitar la región. También se aconseja dibujar siempre los sitios por donde se harán los cortes.

▪ **Necrosis.** Cundo se confecciona un colgajo puede ocurrir la necrosis distal del mismo o todo el colgajo. Suele verse más frecuentemente en los colgajos de vascularización “al azar”, cuando planeamos el diseño de un colgajo es importante: evaluar el terreno, (la presencia de cicatrices son indicación de pobre vascularización), la zona donde trabajamos y la edad de los

**pacientes. Por debajo de la rodilla es peligroso usar colgajos de vascularización “al azar”. La proporción entre el ancho y largo del colgajo (1/3) es importante tener en cuenta. Cuando usamos injerto de piel también puede haber necrosis, y los factores que inducen a ella, son: grosor del injerto, mientras más grueso más posibilidades de necrosis, zona receptora inadecuada, con infección o pobre tejido de granulación, inadecuada inmovilización de la zona injertada, etc.**

**Muchas veces tenemos epidermolísis del colgajo o del injerto, y ésta puede estar precedida por vesículas o ampollas en el tejido movilizado o injertado.**

**En la foto n° 1 vemos isquemia de un injerto sin llegar a la necrosis, en la foto n°2 vemos el resultado luego de dos meses. La foto n°3 muestra el tejido de granulación apto para recibir el injerto cutáneo y en la foto n° 4 vemos la zona después de injertada. La foto n° 5 muestra la necrosis distal de un colgajo.**





**Qué paso?  
Tal vez el colgajo fue muy largo?  
o muy delgado?  
Infección no es.  
El paciente es fumador, pero eso no  
explica esta necrosis distal.**



***Esta paciente fue intervenida de un carcinoma basocelular en el dorso nasal y hacia la vertiente izquierda. Con el antecedente de haber sido tratada previamente en dos oportunidades mediante electrocoagulación y curetaje. La exéresis fue muy amplia y la reparación mediante un colgajo desfiguró la pirámide nasal por tracción exagerada. En un segundo tiempo se reparó esta complicación realizando una reposición de la piel de la columela.***





***Fue operada de un ca. basocelular, el defecto se cubrió con un injerto condrocutánneo, pero el epitelio se perdió por necrosis, además quedó una muesca en el borde libre del ala nasal. Se corrige este defecto mediante una "zetaplástia.***

¡AY, PAPI! POR FIN CONOCE A  
UN CHICO QUE TE VA A ENCANTAR.  
¡TIENE TODO LO QUE A TI TE GUSTA!  
...ES MADRUGADOR, DISCIPLINADO,  
RE PROFESIONAL, SUPER EQUILIBRADO,  
TENAZ ... Y LE DEDICA TODO EL  
TIEMPO DEL MUNDO A SU VOCACIÓN...

MM...  
¿Y QUÉ HACE?

...ES  
SURFISTA!



***gracias por su atención...***