UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INJERTO LIBRE DE DERMIS GRASA EN EL SÍNDROMO DE PERRY-ROMBERG

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

MAYORAL FIGUEROA, CESAR

Ciudad Universitaria, México, D. F. 1973

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INJERTO LIBRE DE DERMIS GRASA

EN EL

SINDROMO DE PARRY-ROMBERG

CESAR MAYORAL FIGUEROA M.C.

El primer reporte de esta enfermedad lo hizo Parry en 1825 en una mujer de 28 años de edad. Con mayor exactitud ROMBERG describió el síndromo en 1847 llamandole "Irofodismorfia" EULENBURG , en 1871, acuñó el nombre de "Hemiatrofia - facial progresiva" .

El padecimiento puede afectar cualquier extensión en superficie o en profundidad de la cara y con frecuencia involucra el cartílago o el hueso. La edad de comienzo es - variable aunque es más frecuente antes de los 20 años. Es corriente que haya cambios primero en la piel, en sitios determinados. Son frecuentes los cambios de coloración como hiperpigmentaciones o hipopigmentaciones. De estos sitios parte la atrofia y se extiende al resto de los tejidos. La enfermedad puede localizarse en el territorio de distribución del nervio trigémino o de una de sus ramas y se han reportado casos de pacientes con afección bilateral. La edad en que comienza de ningún modo es - fija y es importante el hecho de que cuando aparece en la primera infancia, ocasiona notable desproporción del crecimiento. La piel se torna seca, tensa y delgada, de consistencia acartonada. Puede haber zonas alopécicas. Estos cambios se presentan muy lentamente y cesan al cabo de dos a diez años. Aunque el proceso afecta los músculos se mantiene la contracción acti-

vs y el electromiograma es normal.

Considerado el padecimiento como autosómico dominante, su penetración se calcula en un 50 % para la descendencia.

El examen histológico de la piel y tejido celular muestra inflamación crónica con signos de necrobiosis. Son típicos el engrosamiento de la epidermis y discreta hiperqueratosis. Hay marcada disminución o desaparición del estrato granuloso y atrofia de anexos.

Como se conoce estos elementos se presentan también en el Esclerodermia y la diferenciación no es fácil de establecer. Hay quienes piensan que se trata del mismo padecimiento con diferente modalidad. Otros basan su criterio en la presencia de tejido elástico para llamarlo Síndrome de Perry-Romberg.

La causa eficiente del padecimiento no ha sido determinada y se han propuesto tres teorías:

- INFECCION
- NEURITIS DEL V PAR
- DEL SIMPATICO

Algunos pacientes tienen un antecedente claro de infección local, general o de trauma seguido del comienzo de la enfermedad. Esto representaría la causa desencadenante, no la causa eficiente. La hipótesis de la Neuritis del trigémino es sostenida por los Neurólogos pero carece de fundamento ya que muchos pacientes con sección del nervio, compresión del mismo o neuralgia, no desarrollan la atrofia progresiva. La tercera hipótesis es la que goza de más adeptos. Su base radica en que muchos pacientes tienen manifestaciones de trastornos simpáticos como hipohidrosis, lagrimeo, alteraciones vasomotoras, etc. BRICKNER y KOBS provocaron un cuadro similar en una rata joven al seccionar el simpático.

Tratamiento

Resulta impresionante el que LESCHTLER en su "Neurología", de 1953, diga que: "... con pronósticos cosméticos se puede recurrir a inyecciones de parafina". Nosotros consideramos que las inyecciones de parafina, aceites y otros materiales, fueron desafortunados intentos para corregir el con-

torno y solo se mencionan para condenar su uso. Las secuelas que dejaron constituyen uno de los problemas más difíciles de tratar.

Los objetivos del tratamiento son:

-Restablecer la función : oclusión, visual, etc.

-Restablecer el contorno.

Para la recuperación del contorno el cirujano dispone de varios recursos:

1 - INJERTOS: DERMIS-GRASA; DERMIS-GRASA-FASCIA; CARTILAGO; HUESO.

2 - COLGAJOS.

3 - MATERIALES ALOPLASTICOS.

El colgajo de traslado rápido ya ha sido analizado por nuestra Unidad y por otros autores. Sabemos que es un excelente procedimiento, pero implica para el paciente el someterse a varias intervenciones, sujetarse a posiciones incómodas relativamente prolongadas, presencia de grandes cicatrices en la superficie del cuerpo y molestias quirúrgicas secundarias. En tratandose de mujeres, estos hechos merecen especial conside

ración.

La inyección de materiales alomlásticos se encuentra en vías de experimentación. La implantación de premodelados es un recurso más. Nuestra experiencia es limitada y los resultados no han sido satisfactorios.

El injerto libre de dermis-grasa ofrece en cambio la esperanza a reconstrucción inmediata en un solo tiempo quirúrgico, con pocas molestias, en periodo corto de tiempo y con pocas cicatrices. Además puede repetirse si es necesario.

El procedimiento se realiza delineando el defecto y tomando un modelo en plomo. Se procede a la despitelización del área donadora; se talla el injerto libre calculando un exceso de tejido para compensar la reabsorción. Este injerto libre de dermis-grasa se lleva a la zona receptora. Es conveniente que la vía de acceso quede lejana al injerto mismo. Estas vías pueden ser una incisión palpebral, preauricular, geniana, etc.

Las limitaciones más importantes del método son:

a) El descenso por gravedad, y

b) La absorción

El descenso se evita mediante suturas de fijación que permanecen durante unos días.

La absorción tardía se observa tanto en el uso de colgajos como en el injerto libre y se ha atribuido a la persistencia de los factores que causan el padecimiento.

MATERIAL Y METODO.

En nuestra Unidad de Cirugía Plástica del Hospital general de México, hemos visto un paciente con Síndrome de Parry-Romberg por cada 500 consultas de primera vez. Se presenta la revisión de 14 pacientes que hemos podido seguir ya sea desde su intervención o en las consultas de control posoperatorio tardío.

La distribución por sexos muestra un predominio claro para las mujeres con relación de 2.5 : 1.

HOMBRES	4	28.5%
MUJERES	10	71.5%

Observamos que la mayoría de los pacientes comenzaron a padecer la enfermedad en los primeros diez años de la

vida, siendo el más joven de 3 años y el mayor de 26.

EDAD DE COMIENZO	
ANTES DE LOS 5 AÑOS	3
ANTES DE LOS 10 AÑOS	9
DESPUES DE LOS 10 AÑOS	2

En nuestra revisión no podemos concluir que exista un antecedente directamente relacionado con la causa de la enfermedad.

ANTECEDENTE APARENTE	
NINGUNO	9
INFECCION LOCAL	3
INFECCION GRAL	1
TRAUMA	1

Tampoco hacemos predominio en el área de afectación de la cabeza.

La duración de la actividad concuerda con los datos mencionados en la literatura.

De estos 14 pacientes uno fué tratado solamente con colgajo de traslado rápido. Otro que primero recibió un colgajo similar fué recuperado injertandosele dermis-graso por obsurción del primero. Un paciente rehusó someterse a tratamiento alguno. Uno está pendiente y en 10 más el tratamiento

de elección fué el injerto libre de dermis graso.

La absorción del injerto se valorá en revisiones periódicas siendo entre los seis meses y un año tan variable como del 10 al 100 por ciento. Quizá la absorción inmediata sea menor en el conejo porque es un tejido que se nutre por su pedículo mientras se integra. El injerto libre queda condicionado al volumen que logra revascularizarse.

TRATAMIENTO	
COLGAJO	1
INJERTO DERMIS-GRASA	10
COLGAJO;INJERTO DERMIS-GRASA	1
PENDIENTE	1
NINGUNO	1
IMPLANTE; DERMIS-GRASA	1

ABSORCION EN EL PRIMER AÑO				
COLGAJO	40%	-	20%	
DERMIS-GRASA	10%	-	80%	- P
	P	-	40%	- 100%
	30%	-	20%	- 40%
	40%	-	60%	

Los resultados fueron buenos cuando se obtuvo

una buena simetría y un contorno agradable; de estos suman 8 pacientes. Regular cuando se obtuvo una mejoría parcial. Malo en un paciente por absorción completa del inje to. Estos pacientes aun serán sometidos a correcciones secundarias.

RESULTADOS

BUENO	8 PACIENTES
REGULAR	1 PACIENTE
MALO	1 PACIENTE

DISCUSION

En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos situar de modo preciso este padecimiento. Nos son desconocidas la causa determinante y la la acción patogénica. En estas condiciones es practicamente imposible efectuar la prevención, controlar la enfermedad y proporcionar tratamiento etiológico. Hay autores que engloban bajo la denominación de "Atrofia facial" el padecimiento que hoy revisamos y otras enfermedades como la lipodistrofia facial, la esclerodermia localizada a la cara y los trastornos del crecimiento derivados de los primero y segundo arcos branquiales. Nuestros esfuerzos están encaminados , aun , a la resolución de estos problemas de la manera más satisfactoria posible.

C O N C L U S I O N E S

1º Consideramos que el injerto libre de dermis-grasa es un procedimiento útil y de buenos resultados en el tratamiento de la atrofia facial progresiva.

2º Se realiza con pocas molestias y mínimo número de cicatrices, aun en aquellos pacientes en que se aplica más de una vez.

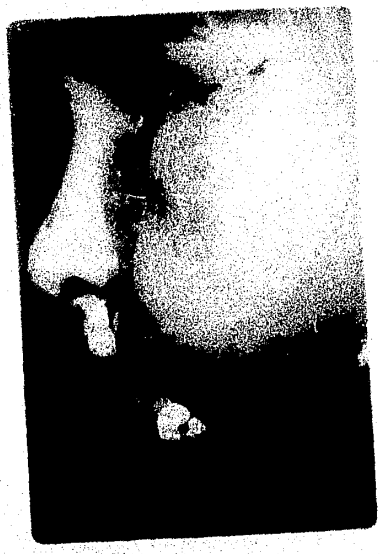
3º Es particularmente aconsejable en las mujeres por las razones de las incisas anteriores.

4º Puede recurrirse al método cuantas veces se necesite hasta obtener el resultado deseado.

5º La absorción puede limitarse al mínimo aplicando un injerto libre con un exceso que estará alrededor de un 20% .

6º Cuando el injerto es muy voluminoso la necrosis por anoxia e isquemia es más acentuada y el resultado menos favorable.

7º Como complicación solamente observamos la fistulización temporal que eventualmente se resuelve al terminar la licuefacción graso.



R E S U M E N

Revisión de los datos macroscópicos y microscópicos del Síndrome de Parry-Romberg. Se analizan los expedientes de 14 pacientes que fueron tratados en la Unidad de Cirugía Plástica Del Hospital Gral. de Méx. presentando el método de tratamiento con injerto libre de dermis grasa como uno de los más accesibles y eficaces en la reconstrucción.

BIBLIOGRAPHY.

1. ASHLEY, F.L., REES, T.D., SCHLICHTYNG, L.L., SPILLMAN, D., MACNICOL, R., SHAFER, F., MCGOWNELL, M. V., DOBINTON, M.T. & KIRKWOOD, K. (1965). An injection technique for the treatment of Facial hemiatrophy. Plast. Reconst. Surg. 36:640

2. CRIKELAIR, F., WEISS, R.L. and WEXLER, A. Facial hemiatrophy. - Plast. & Reconst. Surg. 25: 5 , 1962.

3. MAZZAGLIA, V.T. and STURNIS , O. M.: SURGICAL TREATMENT OF HEMIATROPHY OF THE FACE. J.A.M.A.: 115, 346, 1940.

4. MCKINNON, J.B., and MACLEAN, N.B.: Report of a case of - progressive facial hemiatrophy with pathological changes and surgical treatment. Plast. & Reconst. Surg., 1., 167: 1946.

5. REES, T.D.& ASHLEY, F.L. (1967) The treatment for facial hemiatrophy in children by injections of Dimethylpolisyloxene Fluid. Journal Pediatric Surg., 2 , 347.