

La cobertura de quemados fija sus esperanzas en los nuevos materiales

- La piel cultivada se perfila como la técnica con más proyección de futuro
- Un estudio con electroestimulación logra cicatrizar el 100% de las úlceras de pie diabético

GM E. SAINZ CORADA
Madrid

Para Álvaro Meana, coordinador del Banco de Tejidos de Asturias, la respuesta a qué hay de nuevo en la cobertura cutánea de los grandes quemados es “nada”. Así de tajante se muestra, apoyando esta afirmación en que las técnicas que se emplean hoy día “son las mismas que hace diez años”.

Y es que, a pesar de todas las novedades publicadas y comercializadas, las técnicas de referencia siguen siendo los aloinjertos de cadáver (en los casos de coberturas temporales) y los autoinjertos (en cobertura definitiva).

En el único punto en el que, en su opinión, podemos encontrar innovación es en los materiales para reconstruir a la piel. En los últimos tiempos, dijo durante el primer Congreso de Heridas y Cicatrización (CH&C) celebrado en Madrid, se han desarrollado multitud de sustitutos cutáneos para el tratamiento de pacientes quemados y también de úlceras crónicas si bien, subraya, “ninguno es capaz de regenerar totalmente las lesiones dérmicas”.

Una técnica complementaria en cobertura definitiva es la piel culti-

vada mediante técnicas tisulares a partir de un fragmento de la del paciente. De hecho, cuenta, la gran ventaja de este sistema es su gran capacidad de expansión, pudiendo multiplicar por 3.000 el tamaño inicial. “Tenemos un sistema de desepitelización más o menos ilimitado, pero los resultados clínicos dependen de que en la herida tengamos un buen lecho dérmico”, explica.

El Banco de Tejidos de Asturias es el único productor de piel cultivada de España

No obstante cuenta con otros inconvenientes, como el tiempo de espera entre la toma de la biopsia y la disponibilidad del tejido, su fragilidad, la mala respuesta en pacientes con complicaciones infecciosas o el hecho de ser un procedimiento muy variable. Además, de problemas de precio y disponibilidad en nuestro país, siendo el Banco de Tejidos de Asturias el único productor en nuestro país y, como asegura Meana, tienen “problemas para mantenernos en producción”.

Según los datos facilitados por él, entre los años 2000 y 2009 los

implantes de piel cultivada han alcanzado la cifra de 50.000 cm², “piel producida a coste, no comercial, con un precio de dos euros por metro cuadrado”.

Y ¿cuál es la aportación de toda esta tecnología? “Es muy difícil de valorar. Existen pocos ensayos clínicos comparados sobre este tipo de productos y además en casi todos ellos hay una gran presión comercial que podría interferir con los resultados”, señala Meana.

En cualquier caso, concluye, es de esperar que en un futuro no muy lejano el empleo de los sustitutos cutáneos “revolucionen completamente la cobertura para este tipo de pacientes”.

En pie diabético

En el marco del congreso otro tema destacado fueron las novedades en la estimulación de la angiogénesis en el pie diabético. Sobre ello habló Esther García Morales, podóloga de la Unidad de pie diabético de la Universidad Complutense de Madrid.

“En los últimos años estamos siendo testigos de cómo terapias que la promueven [la estimulación] en la curación de heridas de diversa etiología están evidenciando su uso



A pesar de todas las novedades comercializadas en los últimos años las técnicas de referencia en cobertura cutánea de quemados son las mismas que hace una década.

en el pie diabético”, dijo. Sin embargo algunas tecnologías están siendo aceptadas con cierto recelo en ese campo bien por la inexistencia de estudios que demuestren su efectividad y sobre todo su eficiencia, o por tener que conllevar la modificación de determinados protocolos de manejo de estos pacientes.

Desde la Unidad de la Complutense se ha liderado la aplicación de algunas de estas terapias—como la de presión negativa, la electroestimulación o los factores de crecimiento autólogo— realizando estudios de efectividad, eficacia y eficiencia en estos tratamientos.

En el caso de la electroestimulación pusieron en marcha un ensayo con 17 pacientes con úlceras neuroisquémicas *versus* placebo. Y el resultado fue que el cien por cien logró la cicatrización frente al 60 por ciento del grupo control. Por ello lo califica como “una nueva alternativa”, aunque matiza: “Nos falta conocer los niveles óptimos de óxido nítrico y si hay un buen nivel de coste efectividad”.

En el caso de matriz moduladora de proteasa (una terapia local) analizaron la eficacia de este apósiteo en comparación con otro tratamiento y vieron que el tiempo medio de cicatrización fue de 23 días con un 63 por ciento de éxito, frente a los 40 días del grupo control que, además, sólo logró la cicatrización sólo en el 12 por ciento de casos. Un segundo trabajo, en el que analizaron la coste-eficacia confirmó también este aspecto.

Por último, la técnica de presión negativa, “sobre la que más evidencias hay”, la probaron con 42 pacientes con úlceras amenazantes de la extremidad. La media de aplicación fueron 10,5 días y el resultado fue que el 90,5 de los pacientes cicatrizaron, en un tiempo medio de 13 semanas. Por eso, la conclusión de García Morales es que se trata de una terapia efectiva “sobre todo en osteomielitis, y salva la extremidad en un porcentaje muy alto pese a la gravedad de los casos analizados”.