

Autoinjerto de piel con aplicación de lisado de plaquetas homólogo en la alojenosis iatrogénica. Informe de un caso

Alejandro Palomino-Cabrera¹ , Mailín Cruz-González¹ , Iván Rodríguez-Santallana¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial de Ciencias Médicas "Manuel Piti Fajardo". Artemisa, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Hospital General Docente "Comandante Pinares". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

El plasma rico en plaquetas proporciona el soporte estructural necesario para la migración celular, proliferación y crecimiento tridimensional, por lo que constituye una excelente alternativa terapéutica en la alojenosis iatrogénica. Se presenta un paciente masculino de 18 años de edad, que acude a consulta de Ortopedia, pues hace alrededor de tres meses se inyectó aceite de maní en ambos brazos y hace aproximadamente cinco días comenzó a presentar un área enrojecida, caliente y dolorosa. Dicha área se ulceró, drenando un líquido amarillento con aspecto de grasa licuada, acompañado de una secreción oleosa, con olor a aceite rancio; se observó pérdida y necrosis de la piel y tejido celular subcutáneo, con exposición del músculo bíceps braquial. El injerto de piel autóloga, con aplicación de plasma rico en plaquetas como terapéutica alternativa en la alojenosis iatrogénica, logra un alto potencial de cicatrización, aceleración del proceso cicatricial y prendimiento de la zona injertada.

Palabras clave: Transplante autólogo; Transplante de piel; Plasma rico en plaquetas.

Con el paso de los años, se ha constatado un incremento significativo en cuanto al empleo de sustancias modelantes con el propósito de lograr una mejor apariencia física, bajo la justificación de que son prácticas sencillas y económicas, sin embargo continúan siendo poco conocidos por los practicantes sus complicaciones y consecuencias¹.

Los desastrosos resultados producidos por varias de estas sustancias, meses o años después de ser inyectados, llevaron a autores a crear el término alojenosis iatrogénica, pues se trata de una nueva enfermedad que solo en Iberoamérica tiene más de un millón de víctimas; alojenosis, porque es producida por sustancias alógenas, es decir, ajenas al organismo e iatrogénica,

porque la producen los médicos o las personas que inyectan estas sustancias².

Al entrar en contacto con el tejido receptor pueden desencadenar una excesiva reacción inflamatoria local, proporcional al peso molecular de la sustancia infiltrada. Además, existe la posibilidad de que estas migren a distancia del sitio de aplicación, lo que puede comprometer órganos vitales e incluso llegar a provocar la muerte. La reacción tisular frente a la infiltración de este tipo de productos se puede presentar de forma aguda o incluso tardía, estando descritos casos de complicaciones aparecidas hasta 25 años después^{3,4}.

En Cuba existen pocos informes con respecto a la epidemiología, el tratamiento y las complicaciones de la utilización de este tipo de sustancias.

A falta del costoso Synthol® (un frasco de 100 mililitros cuesta hasta 300 dólares en el mercado internacional) los jóvenes cubanos asiduos al gimnasio y obsesionados por lograr una imagen hercúlea para demostrar mayor fortaleza y presencia, utilizan inyecciones de aceites comestibles. Inyectarse aceite de soya, de girasol, de oliva o de maní, es una tendencia que se extiende, sobre todo entre adolescentes y jóvenes deseosos de aumentar su musculatura, sin tener en cuenta las posibles consecuencias que puede acarrear para la salud.

Las plaquetas son protagonistas en el proceso de reparación tisular, son células que liberan mediadores bioquímicos como las citoquinas y quimioquinas, además, constituyen un reservorio de factores de cre-



Correspondencia a: Alejandro Palomino-Cabrera

Correo electrónico: alayn.palomiro@nauta.cu

Publicado: 15/04/2022

Recibido: 27/11/2021; Aceptado: 30/01/2022

Citar como:

Palomino-Cabrera A, Cruz-González M, Rodríguez-Santallana I. Autoinjerto de piel con aplicación de lisado de plaquetas homólogo en la alojenosis iatrogénica. Informe de un caso. 16 de Abril [Internet]. 2022 [citado: fecha de acceso]; 61(284):e1461. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1461

Conflicto de intereses

Los autores del estudio no declaran conflicto de intereses.

cimiento (FC) contenidos en altas concentraciones en los gránulos alfa⁵. Sin embargo, se conoce también su papel bioestimulante en el tratamiento reconstitutivo, que utiliza plasma rico en factores de crecimiento, muchos de ellos producidos por las plaquetas. Su utilización constituye una técnica novedosa que ha revolucionado el campo de la medicina estética en el siglo XXI⁶.

El primer trabajo que demostró la efectividad del uso de las plaquetas en úlceras cutáneas crónicas fue publicado en el año 1986, posteriormente su empleo se extendió a Ortopedia y Cirugía Maxilo-Facial. En la actualidad su uso ganó en popularidad en las diferentes áreas de la cirugía plástica, en la estética, fundamentalmente con fines de rejuvenecimiento y en la reconstrucción para acelerar la cicatrización, así como en el cierre de lesiones ulcerativas posflebiticas^{5,6}.

El plasma rico en plaquetas es una fuente fiable de obtención de células para regenerar tejidos, con una fácil disponibilidad a corto plazo; es un material inocuo, 100 % biocompatible, con mínima posibilidad de rechazo, de fácil aplicación a través de métodos mínimamente invasivos y permite conservar la armonía y fisiología de la estructura tisular propia del paciente, lo cual nunca podrá ser superado por sustancias sintéticas ni métodos quirúrgicos invasivos⁷.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes de salud, que transitando por el Servicio Militar Activo acude al Servicio de Ortopedia del Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto" por presentar dolor y secreción amarillenta y grasosa en los brazos. Refiere que hace aproximadamente tres meses se inyectó aceite de maní en el tejido celular subcutáneo de ambos brazos; cinco días anteriores a la consulta comenzó a presentar alrededor de la zona en que fue administrado el aceite, un área enrojecida, caliente y dolorosa correspondiente a una celulitis, la cual se ulceró y drenó un líquido amarillento con aspecto de grasa licuada, acompañado de una secreción de aspecto oleoso, con olor a aceite rancio. Este proceso terminó con la pérdida y necrosis de la piel y tejido celular subcutáneo del brazo y con la exposición del músculo bíceps braquial.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares refirió que la madre padece de hipertensión arterial desde hace alrededor de 12 años. Su valoración nutricional arrojó un peso de 67 kg, talla de 1,70 m y un Índice de masa corporal (IMC) de 22,18 kg/m².

Al examen físico se constató presencia de lesiones en ambos brazos, con salida de líquido serohe-mático mezclado con líquido de aspecto oleoso de olor a aceite rancio, como grasa licuada, con presencia de áreas de ulceración y necrosis de la piel y el tejido celular subcutáneo con exposición del músculo bíceps braquial.

El caso fue valorado por el Servicio de Ortopedia del hospital, el cual decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico, se realizó la antisepsia de la herida para un cierre de la misma por segunda intención. Al quinto día de realizado el proceder la herida se abrió y continuó secretando líquido con las características anteriormente expuestas. El Servicio de Ortopedia decidió realizar un injerto de piel con previas curas locales y administración de antibióticos. El injerto no prendió, lo cual provocó su necrosis con exposición del músculo bíceps, siendo un fracaso la intervención quirúrgica. Se decide someter al paciente a un nuevo injerto de piel, el cual fracasó una vez más, motivos que llevaron a la decisión de valorar el caso con el Servicio de Cirugía Estética y Caumatología del hospital.

Se realizó un cultivo bacteriológico seriado con el fin de determinar la presencia de algún germen patológico en la herida, el cual arrojó resultados negativos. Se realizaron curas húmedas, con soluciones fisiológicas (cloruro de sodio al 0,9 %) con nitrofurazona; hasta obtener un tejido de granulación útil alrededor de los 15 días.

Se decide llevar al paciente al salón de operaciones para realizar un autoinjerto de piel con aplicación simultánea del lisado plaquetario. El paciente fue clasificado según su grupo sanguíneo y factor Rh (O+), para la solicitud del lisado de plaquetas alogénico u homólogo, el cual se utilizó una vez descongelado a temperatura ambiente.

Se realizó un autoinjerto de piel laminar tomado con dermatomo AESCULAP graduado a 0,4 mm cribado con bisturí, aplicándose el lisado de plaquetas de forma tópica sobre la lesión con previo legrado de la misma, a una razón de 10 ml por unidad de área lesionada a injertar. Una vez posicionada la piel, se aplicó nuevamente el lisado de plaquetas a la misma razón citada con anterioridad y de inmediato se aplicó sobre el injerto una grasa simple que se humedeció por sí sola con el lisado de plaquetas antes aplicado, luego se agregó otra grasa simple embebida en neobatín y se ocluyó la zona injertada con vendajes estériles. El lisado de plaquetas solo se empleó durante el proceder quirúrgico del modo explicado con anterioridad.

El injerto fue descubierto por primera vez al quinto día; la segunda evaluación se llevó a cabo al séptimo día; se observó la coloración de la piel, la presencia de colección subyacente al injerto y de signos inflamatorios y el porcentaje de prendimiento; teniendo todos estos factores resultados favorables. También se valoró si se dejaba expuesto o no el injerto, decidiéndose dejarlo expuesto.

Al quinto (Figura 1) y al séptimo día (Figura 2) se observó el 100 % de prendimiento del injerto, sin presencia de secreciones, limpio, con coloración rosada que asemeja a la piel, con adecuada consistencia y textura.



Figura 1. Aspecto del injerto de piel al quinto día de realizado (primer día de cura)

La muestra para biopsia se tomó al séptimo día de injertada la lesión y se determinó en un recuento total de 100 células en la zona cicatrizal, el porcentaje de polimorfonucleares (PMN), neutrófilos y linfocitos existentes al séptimo día postinjerto.



Figura 2. Aspecto del injerto de piel al séptimo día de realizado (segundo día de cura)

La tercera evaluación se realizó al noveno día, y se valoraron las potencialidades de alta hospitalaria, la cual se realizó al décimo día de la intervención quirúrgica. El empleo del lisado plaquetario alogénico como método terapéutico alternativo, mostró mejor evolución clínica (menor tiempo de cicatrización y mayor porcentaje de epitelización); el paciente evolucionó de forma favorable en ausencia de complicación, dejando una cicatriz casi nula con resultados estéticos aceptables y con satisfacción por parte del paciente.

DISCUSIÓN

El exceso de entrenamiento físico se puede convertir en un problema que afecta la vida de las personas y su orientación debe ser parte de la formación humana, especialmente por los profesores de educación física y los profesionales vinculados al área. La adherencia a la práctica de actividades relacionadas con el entrenamiento y el ejercicio podría ser un precipitante hacia la vigorexia o los excesos, lo que constituye un trastorno mental por insatisfacción de la imagen corporal y hace que algunos utilicen productos no certificados para mejorar su condición física^{8,9}.

Un estudio llevado a cabo por Martínez *et al.*⁴ reveló que el 41,7 % de los pacientes tratados con esta enfermedad correspondían a varones adolescentes, donde resultó ser el músculo bíceps el sitio de inyección en todos los casos. En Colombia, Cruz-Sánchez *et al.*¹⁰ alertaron sobre el uso de estas sustancias para la transformación de diferentes partes del cuerpo; en un

universo de 113 personas consultadas cuatro informaron la aplicación de inyecciones de aceite en los brazos, lo cual coincide con este caso.

Conseguir un cambio en el aspecto físico es un proceso integral en el que participan una buena alimentación, el descanso y un programa de ejercicios programado adecuado a los objetivos de cada individuo. Esta actividad genera cierta dependencia en los que deciden iniciar con un programa de este tipo y es más notable en individuos que participan en eventos de competencia. Hay personas que para complementar sus entrenamientos hacen uso de cierto tipo de sustancias (esteroides u hormonas, suplementos dietarios e inyecciones localizadas con aceites minerales)¹¹.

En Cuba las inyecciones se aplican, generalmente, por personal no médico, en viviendas o gimnasios particulares, sin tener en cuenta los riesgos para la salud que implica. Desde hace poco tiempo el número de gimnasios particulares en los que se reúnen jóvenes obsesionados por aumentar su masa muscular aumentó, allí se ven incentivados por sus compañeros de entrenamiento a probar variedades de sustancias para alcanzar la meta que se propongan, casi siempre fijada en alcanzar un número alto al colocar una cinta métrica alrededor de sus brazos.

La inyección de estos productos puede provocar diferentes consecuencias locales o sistémicas, según aparezcan en la zona de la inyección o afecten a la salud general del paciente, que incluyen la aparición de nódulos inflamatorios, nódulos no inflamatorios, dolor, equimosis, pigmentación, prurito, siliconomas, celulitis, abscesos estériles, linfedema, así como la migración del material desde el lugar donde fue infiltrado inicialmente, creando complicaciones a distancia³.

Varios factores influyen en el desenlace clínico de las infecciones: la localización, el microorganismo, el momento del tratamiento, la eficacia antibiótica y el estado de salud e inmunitario del paciente^{12,13,14}.

En el Hospital Pediátrico Docente "Eliseo Noel Camacho" de Matanzas, Porto *et al.*¹⁵ presentaron tres adolescentes del sexo masculino con lesiones necróticas por inyección de aceite de soja de uso doméstico en los músculos de los miembros superiores con fines de desarrollar rápidamente la masa muscular, lo cual concuerda con el caso.

En los casos analizados siempre se presentaron secuelas debidas a la presencia de varias cicatrices en áreas visibles del cuerpo en jóvenes cuyo objetivo era lograr una mejor imagen; el tejido muscular necrosado no es capaz de regenerarse, por lo que contrario a su objetivo algunos pacientes terminaron con pérdida de la tan añorada masa muscular y, con ella, el ángulo de movilidad normal y la capacidad funcional del miembro superior, fundamentalmente de la articulación del codo.

El empleo de plaquetas activadas (o mejor, plasma rico en factores de crecimiento) resulta muy efectivo como adyuvante y estimulante del proceso de cicatriza-

ción. Los avances científicos en biología molecular y genética han permitido investigar factores plaquetarios de crecimiento angiogénico, y otras proteínas que ejercen acciones sobre diferentes aspectos de la reparación tisular, que aceleran la cicatrización en pacientes adultos y disminuyen el dolor en ausencia de complicaciones, lo que mejora el pronóstico de vida; esto reafirma la importante función de los factores de crecimiento plaquetarios en la aceleración del proceso de cicatrización de heridas, y su efectividad como alternativa terapéutica⁵.

La angiogénesis, la neovascularización y la reparación de las heridas se estimulan con el uso de preparaciones plaquetarias. Las plaquetas actúan como un soporte biológico sobre el cual se depositan las células endoteliales de los nuevos vasos sanguíneos. Además, secretan diversos factores bioquímicos, entre ellos, factores de crecimiento pro- y antiangiogénicos que fomentan la reacción tisular a la inflamación y el reclutamiento de células progenitoras del tejido conectivo^{14,15}.

Existen otros aspectos reflejados en la literatura consultada que justifican el uso de plaquetas conservadas para la cicatrización de lesiones cutáneas. Se ha señalado que los queratinocitos y fibroblastos de la piel y expuestos en las heridas no expresan moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), lo que permite el uso de plaquetas alogénicas sin que se produzcan reacciones inmunes. Esto ofrece ciertas ventajas sobre la piel autóloga, como son: el alto potencial de proliferación que estas pueden facilitar y la mayor disponibilidad de factores que pueden aportar; lo cual se evidencia en el presente caso, donde se obtuvo una rápida cicatrización

y prendimiento total de la zona injertada^{16,17}.

CONCLUSIONES

La alojenosis iatrogénica representa un problema de salud entre la población masculina joven, que suelen repetir esta práctica con el fin de mejorar su contorno muscular, lo que provoca varias lesiones extensas que llegan hasta la necrosis local de la piel y tejido celular subcutáneo. El injerto de piel autóloga, con la aplicación de plasma rico en plaquetas como terapéutica alternativa, logra en estos casos un alto potencial de cicatrización, con aceleración del proceso cicatricial y prendimiento total de la zona injertada.

AUTORÍA

Alejandro Palomino-Cabrera: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación-verificación, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Mailín Cruz-González: investigación, metodología, redacción, revisión y edición.

Iván Rodríguez-Santallana: conceptualización, investigación, administración del proyecto, redacción, revisión y edición.

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro CM, Ríos CA, López CA, Ospina ML, Ortiz Y. Efectos adversos de las sustancias modelantes en Cali, Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2021 [citado 12/08/2021]; 41(1):123-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8055588/>
2. Coiffman F. Alojenosis iatrogénica: Una nueva enfermedad. *Cir. plást. iberolatinoam* [Internet]. 2008 [citado 12/08/2021]; 34(1):01-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000100002&lng=es.
3. Duarte Sánchez A, Hamid Hedo-Tolledo A, Pradel-Mora J, Gómez-Recilla V. Complicación tardía tras infiltración de biopolímeros en glúteos. *Cir. plást. iberolatinoam* [Internet]. 2016 [citado 12/08/2021]; 42(4):385-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400011&lng=es.
4. Martínez Estupiñán LM, Martínez Aparicio L, Martínez Aparicio L, Morales Piñero S, Mata Cuevas R. Inyección de aceite en los miembros superiores con fines estéticos. *Acta Med Cent* [Internet]. 2019 [citado 12/08/2021]; 13(4):541-51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90155>
5. Miquét-Romero LM, Tamayo-Carbón AM, Posada-Ruiz DA, Orozco-Jaramillo MA, Sánchez-Tavizón SP, Hernández-Collado MC. Lisado plaquetario homólogo como factor estimulante de la cicatrización en la zona donante de injertos. *Rev. Cuba. de Hematol. Inmunol. y Hemoter.* [Internet]. 2021 [citado 12/08/2021]; 37(2): e1261. <http://revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/1261>
6. Escobar Vega H, Zaldain Ramos DM, Tamayo Carbon AM, Expósito Jalturin A. Aplicaciones del plasma rico en plaquetas en cirugía estética. *Rev Acta Méd* [Internet]. 2020 [citado 12/08/2021]; 21(2). Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/101/html>
7. Pérez Balanco JL. Eficacia de plasma rico en plaquetas en el manejo de cicatrices inestéticas no queloidea en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el período abril a diciembre del 2014 [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015 [citado 12/08/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/6363/>
8. Pérez Sánchez Y, Quintero Larró

vere M. Tratamiento seriado con plasma rico en plaquetas en rejuvenecimiento facial. Cambios histopatológicos y clínicos. *Cir plást iberolatinoam* [Internet]. 2020 [citado 12/08/2021]; 46(4):421-440. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000500006

9. Planas Pavón M, González Piedra M, Zamora Santiesteban Y, Fuentes Céspedes O. Aplicación del plasma rico en plaquetas en la especialidad de cirugía plástica y caumatología. *Invest Medicoquir* [Internet]. 2019 [citado 12/08/2021]; 11(Supl.1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2019/cmqs191zc.pdf>

10. Cruz-Sánchez PM, Gámez-Pérez A, Rodríguez-Orta CA, González-Portales Y, Pérez-Blanco M, Arteaga-Báez JM, et al. Lisado plaquetario alogénico en la necrosis del colgajo. *Rev. Cuba. de Hematol. Inmunol. y Hemoter.* [Internet]. 2014 [citado 12/08/2021]; 30(3):288-293. <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/206>

11. Gordillo-Hernández J, Alegre-Taméz E, Torres-Baltazar I, Mendieta-Espinosa MJ, Sastré-Ortiz N. Abordaje multidisciplinario de la en-

fermedad humana por infiltración de sustancias modelantes. *Cir Plást iberolatinoam* [Internet]. 2013 [citado 12/08/2021]; 39(3):269-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n3/original9.pdf>

12. Peralta Cruz KJ, Espitia Pachón N. Uso de modelantes estéticos, como proceso de transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rasa* [Internet]. 2013 [citado 12/08/2021]; 19(2):281-300. Disponible en: <http://www.revistatabularasa.org/numero-19/13peralta-espitia.pdf>

13. Rincón Galvis DA. Revisión bibliográfica los sistemas y métodos del entrenamiento convencional con pesas y su uso e implementación en la actualidad [Tesis]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2018 [citado 12/08/2021]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1075/1/Daniel%20Rincon%20Monografia%20Prentacion%20Final.pdf>

14. Baldin VA, Telich Tarriba JE, Iñigo Arroyo F, Jiménez Murat Y, Apellaniz Campo A. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones agudas de mano. *Acta Méd Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado 12/08/2021]; 16(1):20-28. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100087&lng=pt&nrm=iso

15. Porto Álvarez RF, Álvarez Núñez R, Pérez Quintero M, Hernández Yagudin R. Consecuencias del pseudo-fisiculturismo en adolescentes. *Rev Cubana Ortop Traumatol* [Internet]. 2013 [citado 12/08/2021]; 27(1):99-108. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-61338>

16. Mendieta Archundia TR, Alvarado Soriano JC, Negrete Corona J. Utilidad del plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento en defectos óseos, experiencia en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE. *Acta Ortopédica Mexicana* [Internet]. 2007 [citado 12/08/2021]; 21(5):256-260. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2007/or075f.pdf>

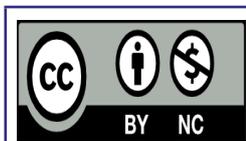
17. Gámez-Pérez A, Arteaga-Báez JM, Rodríguez-Orta CA, Saavedra-Martínez N, González-Cordero F, Sanabria-Negrín JG, et al. Aplicación local de lisado plaquetario en úlceras posflebiticas. *Rev. Cuba. de Hematol. Inmunol. y Hemoter.* [Internet]. 2012 [citado 12/08/2021]; 28(4):374-84. Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/11>

Skin implant with application of homologous platelet lysate in the iatrogenic allogenosis. Case report

ABSTRACT

Platelet-rich plasma provides the necessary structural support for cell migration, proliferation and three-dimensional growth, making it an excellent therapeutic alternative in iatrogenic allogenosis. An 18-year-old male patient is presented, who goes to the Orthopedics consultation, because about three months ago peanut oil was injected into both arms and about five days ago he began to present a reddened, hot and painful area. Said area ulcerated, draining a yellowish liquid with the appearance of liquefied fat, accompanied by an oily secretion, with the smell of rancid oil; Loss and necrosis of the skin and subcutaneous cellular tissue were observed, with exposure of the biceps brachii muscle. Autologous skin grafting, with the application of platelet-rich plasma as an alternative therapy in iatrogenic allogenosis, achieves a high potential for healing, acceleration of the scarring process and grafting of the grafted area.

Keywords: Autologous transplant; Skin transplant; Platelet rich plasma.



Este artículo de *Revista 16 de Abril* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista 16 de Abril*.