

I CASO CLÍNICO

Cobertura de defectos amplios de la mano con colgajo inguinal. A propósito de un caso

Coverage of large hand defects with inguinal flap. A case report

Delgado J¹, Rodrigo J¹, Albiñana F¹, Gracia P²

¹ Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. ² Centro Médico MAPFRE de Zaragoza

Resumen

Se presenta el caso de un defecto amplio de cobertura de la mano en un varón de 53 años, con lesión asociada por cizallamiento, que desaconsejaba el uso de colgajos de proximidad. Se consiguió la cobertura con un colgajo inguinal adelgazado obteniendo una buena adaptación y aspecto estético.

Palabras clave:

Mano, colgajo inguinal.

Abstract

We present the case of a 53 years-old man with a large defect of the hand associated with degloving injury that did not advise us to use local flaps. We obtained coverage with a thin inguinal flap achieving a good adaptation and aesthetic appearance.

Key words:

Hand, inguinal flap.

I Introducción

La cobertura de la mano tras amplias pérdidas de sustancia adquiere gran complejidad, por una parte, debido a las lesiones asociadas que suelen coexistir, y por otra, debido al escaso grosor de la piel en este territorio que limita y dificulta el uso de algunos colgajos. Presentamos el caso de una pérdida de sustancia combinada, dorsal y volar, de la mano solucionada con un colgajo inguinal libre parcialmente desgrasado.

I Caso clínico

Paciente varón de 53 años de edad, con antecedente de poliomielitis en la infancia, es trasladado a nuestro centro tras sufrir un accidente de motocicleta. A la exploración presentaba pérdida de sustancia por abrasión intensa en la mano derecha. El día del ingreso es intervenido por el equipo de urgencia

que realizó limpieza de las heridas y propuso la cobertura del defecto con un colgajo interóseo posterior que durante su disección presentó un flujo deficitario por lo que tuvo que recolocarse en su posición original. Posteriormente, el colgajo presentó necrosis parcial debido al compromiso vascular.

A los 4 días se reintervino de forma programada realizando desbridamiento de las lesiones, apreciándose pérdida de la cobertura cutánea de toda la eminencia tenar, dorso del primer metacarpiano con exposición ósea, dorso del pulgar y dorso de la mano desde la primera comisura hasta el tercer espacio intermetacarpiano, las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) en distal y la articulación radiocubital en proximal. Presentaba además, lesión en su inserción del m. extensor *carpi radialis longus* (ECRL) y pérdida de sustancia del m. extensor *pollicis longus* (EPL) (Figura 1). Tras el desbridamiento de los tejidos blandos se procedió a reparar el EPL con un injerto de m. *palmaris longus* (PL) y se solidarizó el tendón del ECRL al m. extensor *carpi radialis brevis* (ECRB). Finalmente la cobertura se consiguió mediante un colgajo inguinal libre de 20 x 11 cm. (Figura 1), parcialmente desgrasado, anastomosando los vasos de for-

Correspondencia

J. Delgado Martínez
Hospital Universitario Miguel Servet
Pº Isabel la Católica 1-3, 50006 Zaragoza
juldelgado@yahoo.com



Fig. 1. Defecto de cobertura preoperatorio, se aprecia la abrasión y *degloving* de la piel dorsal (a, b y c). Zona inguinal donante (d).

ma termino-terminal a la arteria radial y vena concomitante en la tabaquera anatómica y una segunda vena a una rama de la vena cefálica. La zona donante se cerró directamente y el tiempo quirúrgico fue de 5 horas y media.

El paciente quedó ingresado para tratamiento antibiótico intravenoso dándose da lata al 6º día. Se mantuvo tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante los primeros 10 días y ácido acetil salicílico 200mgr/día durante 4 semanas.

Tras 4 semanas se retiró la férula de inmovilización y se inició la rehabilitación, obteniendo a los 9 meses una apertura normal de la 1ª comisura con movilización completa del pulgar en flexo-extensión. El rango de movimiento del carpo alcanzó los 70º de flexión y 70º de extensión activa con pronosupinación completa. La fuerza de pinza en ese periodo alcanzó 4/6kg y la de prensa 45/55 kg (fig. 2).

Discusión

En la práctica quirúrgica disponemos de varios colgajos de proximidad para la cobertura de defectos en la mano. Sin embargo, el sacrificio de la arteria radial o cubital, no se puede admitir, siempre y cuando se cuente con otras zonas donantes para la cobertura. En este sentido, el colgajo interóseo posterior está indicado en defectos de pequeño y mediano tamaño de la mano, ya que presenta un grosor muy adecuado para la zona dorsal. Pero cuando coinciden traumatismos severos, con avulsión de tejidos blandos, se suelen hallar lesiones por cizallamiento del eje interóseo posterior que imposibilitan su uso [1]. La opción más adecuada en estos casos es el uso de colgajos libres. Fundamentalmente se han utilizado colgajos musculares y fasciales injertados [2] debido a que la

mayoría de los colgajos fasciocutáneos o de perforante presentan un grosor excesivo en relación al resto de la mano. Otra opción disponible corresponde al tallado y procesamiento, mediante resección de los lóbulos adiposos, de los colgajos de perforante con el objetivo de reducir su volumen, en este sentido se han descrito varios colgajos de perforante en los que es posible reducir parcialmente su volumen como son el colgajo anterolateral de muslo [3], de *fascia lata* [4] o de dorsal ancho [5]. Esta misma posibilidad está descrita con el colgajo inguinal, las ventajas que encontramos en relación a otros son que, por un lado la ingle presenta una dermis de escaso espesor por lo que resulta un colgajo más fino y adaptable al contorno de la mano y por otro lado las secuelas de la zona donante, en el caso del colgajo inguinal, son más asumibles desde el punto de vista estético [6].

En nuestra opinión, el colgajo inguinal puede utilizarse de forma segura para defectos de mediano y gran tamaño de la mano, pudiendo adelgazarse de forma parcial con seguridad lo que permite adaptarse bastante bien al contorno de la mano y presenta escasas secuelas en la zona donante. |

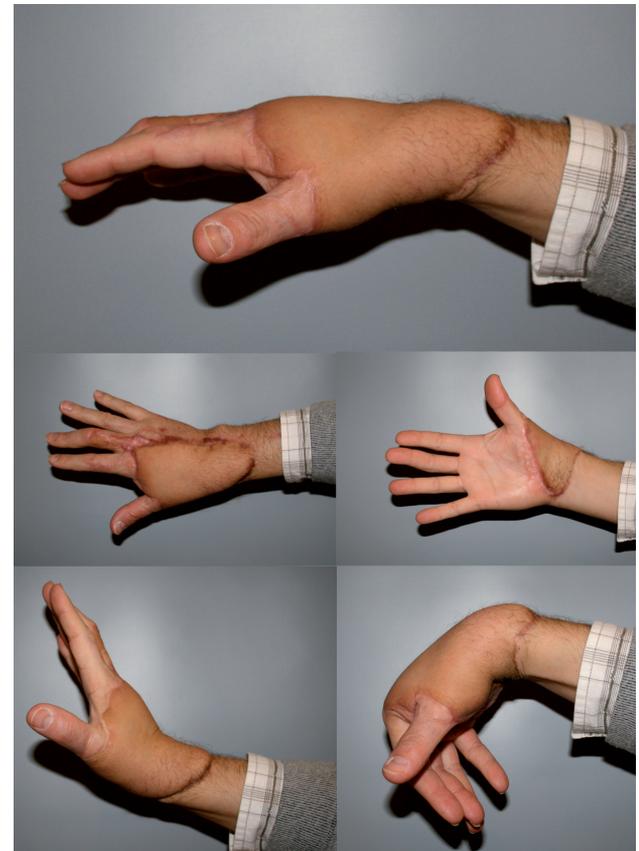


Fig. 2. Resultado estético y funcional a los 9 meses.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zancolli E, Angrigiani C. Posterior interosseous island forearm flap. *J Hand Surg [B]* 1988; 13B:130-5.
2. Schwabegger A, Hussl H, Rainer C, Anderl H, Ninkovic M. Clinical experience and indications of free serratus fascia flap: A report of 21 cases. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102:1939-46.
3. Adani R, Tarallo L, Marcoccio I, Cipriano R, Gelati C, Innocenti M. Hand reconstruction using the thin anterolateral thigh flap. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116:467-73.
4. Kosima I, Urushibara K, Inagawa K, Moriguchi T. Free tensor fasciae latae perforator flap for the reconstruction of defects in the extremities. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107:1759-65.
5. Kim J, Kim S. Hand resurfacing with the superthin latissimus dorsi perforator-based free flap. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111:366-70.
6. Kimura N, Saitoh M. Free microdissected thin groin flap design with an extended vascular pedicle. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117:986-92.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.