

I CASO CLÍNICO

Colgajo braquiorraquial en la cobertura de la inserción distal del tendón del bíceps

Brachioradial flap for coverage of the distal insertion of the biceps tendon

Valbuena C, Ballesteros A, Cendagortagarza J

Centro intermutual de Euskadi, Bilbao

Resumen

El músculo braquiorradial es un músculo flexor accesorio del codo que también se puede utilizar para dar la cobertura sin provocar un déficit funcional. Está indicado en la cobertura de los defectos complejos de la cara anterior y lateral del codo, especialmente cuando existe exposición articular, y también del tercio proximal del antebrazo.

Se presenta el caso de un varón de 49 años de edad con un problema de cobertura en la región anterior de codo tras una reinserción de bíceps distal 4 semanas antes, mediante anclaje en tuberosidad bicipital.

El colgajo de músculo braquiorradial es seguro, está bien vascularizado y es fácil de realizar, con una mínima morbilidad.

Palabras clave:

Codo, colgajo braquio-radial, defecto cutáneo.

Abstract

The brachioradial muscle is an accessory flexor muscle of the elbow that may also be used for coverage without causing functional deficit. It is indicated for covering complex defects in the anterior and lateral aspects of the elbow, particularly when joint exposure exists, and also in the proximal third of the forearm.

The case of a 49-year-old male with a coverage problem in the anterior elbow region 4 weeks after distal biceps reinsertion by anchoring in the bicipital tuberosity is reported.

The brachioradial muscle flap is safe, well vascularized, and easy to perform with minimum morbidity.

Key words:

Elbow, brachioradial flap, skin defect.

I Introducción

El codo tiene unas necesidades de cobertura diferente a otros territorios por la demanda funcional que tiene esta articulación. Cuando la pérdida de sustancia es considerable se utiliza un colgajo antebraquial radial de flujo directo, el fasciocutáneo a flujo directo basado en la arteria interósea posterior, el colgajo fasciocutáneo ante-cubital y colgajos musculocutáneos de anconeo y braquiorradialis [1-3].

El músculo braquiorradial es un músculo flexor accesorio del codo que también se puede utilizar para dar la cobertura sin provocar un déficit funcional. El arco de rotación permite una cobertura desde la cara lateral del codo hasta el olécranon. Así mismo, se puede utilizar como colgajo músculo-cutáneo. El colgajo del músculo braquiorradial se corresponde con un tipo II en la clasificación de Mathes y Nahai, llegando el aporte sanguíneo por diferentes pedículos. El pedículo proximal, el más importante, viene de la arteria recurrente anterior de la arteria radial, por el surco bicipital, en la profundidad del músculo. Este pedículo es suficiente para suplir aporte a todo el músculo, por lo que es el que se conserva en la disección del colgajo. Existen otros pedículos más pequeños, en número de 2 a 4, proce-

Correspondencia

C. Valbuena Esteban
Servicio de COT de Centro Intermutual de Euskadi,
Fontecha y Salazar 6. 48007 Bilbao
cristina_valbuena@yahoo.es

dentos de la arteria radial que se pueden considerar accesorios ya que no constituyen una vascularización relevante cuando el pedículo proximal está dañado. Por su parte, el aporte nervioso deriva del nervio radial a través de 2 ó 3 pequeñas ramas procedentes del surco bicipital.

Este tipo de colgajo está indicado en la cobertura de los defectos complejos de la cara anterior y lateral del codo, especialmente cuando existe exposición articular, y también del tercio proximal del antebrazo.

Caso clínico

Varón de 49 años que se presenta con un problema de cobertura en la región anterior de codo tras una reinserción de bíceps distal 4 semanas antes, mediante anclaje en tuberosidad bicipital.

A la exploración presentaba un hematoma en la cara anterior de codo, a pesar del drenaje postquirúrgico, desarrollando posteriormente una necrosis cutánea y un defecto cutáneo en cara anterior del codo con exposición de tendón distal del músculo bíceps braquial (Figura 1).

Se decidió cubrir el defecto con una cobertura mediante colgajo del músculo braquiorradial.

Bajo anestesia troncular y manguito de isquemia, se efectuó un desbridamiento de los restos cutáneos necróticos, con lavado intensivo de la herida y levantamiento, mediante incisión longitudinal, de la cara anteroexterna del tercio proximal del antebrazo, para obtener el colgajo muscular del músculo braquiorradial (Figura 2). Sobre el plano muscular se colocó un injerto cutáneo, obtenido con dermatomo de la cara anterior del antebrazo.

En la fijación del colgajo se efectuó un ligero solapamiento del músculo bajo los bordes de piel sana circundante para conseguir un sellado del defecto durante la cicatrización (Figura 3). Se colocó una férula braquio-antebraquial y se



Fig. 1. Defecto cutáneo en cara anterior de codo tras reinserción distal de tendón del bíceps.



Fig. 2. a) Disección de colgajo de músculo braquiorradialis y b) posterior cobertura de cara anterior de codo.

mantuvo durante 2 semanas, permitiendo la cicatrización del colgajo con el tejido circundante.

La evolución postquirúrgica discurrió sin complicaciones. Inicialmente presentó una leve rigidez de la articulación del codo que cedió con sesiones de fisioterapia.

A los tres meses de la cirugía encontramos un buen aspecto de la herida y una función normal, tanto del bíceps rein-



Fig. 3. Solapamiento del músculo por debajo de bordes de piel sana circundante.



Fig. 4. Movilidad de codo en último control.

sertado como de la articulación del codo, presentando una movilidad de codo 0°-135° (Figura 4).

Discusión

La zona a cubrir presentaba el tendón expuesto por lo que no estaba indicada la cobertura con injerto cutáneo. Podrían utilizarse colgajo libres vascularizados u otros colgajos musculares cuya utilización provocaría un mayor déficit funcional. La utilización de colgajos libres vascularizados exige una técnica más compleja, además el uso de colgajos musculares ofrecen un mayor aporte vascular.

El colgajo de músculo braquiorradial es seguro, está bien vascularizado y es fácil de realizar, presentando una mínima morbilidad siempre que se tomen las debidas precaucio-

nes sobre la arteria y el nervio radial superficial adyacentes. No conviene realizarlo como colgajo miocutáneo por el defecto estético que provoca y por la desprotección tanto de la arteria y como del nervio radial. Por último, se trata de un colgajo de rotación con posibilidad de cobertura de cara anterior, posterior, externa de codo y de la zona proximal de antebrazo y distal del brazo. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gilbert A, Restrepo J. Le long supinateur. Anatomy utilisation comme lambeau de rotation muscular. *Ann Chir Plast* 1980; 25:72-5.
2. McGeorge DD, Arnstein PM, Stilwell JH. The distally based brachio-radialis muscle flap. *Br J Plast Surg* 1991; 44:30-2.
3. Binns M, Kueh KA, Pho RW. Brachioradialis forearm flap in a case of traumatic bone and skin loss at the elbow. *J. Hand Surg* 1990; 15B:317-9.

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.