

Colgajo miocutáneo como tratamiento de elección en escaras sacras profundas.

Patricia Silvina Velázquez *, Diego Nicolás Mecca **, Natalia Inés Luchelli ***,
Andrea Verónica Markowsky ****, Eduardo Gómez Vara *****
Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "José Francisco de San Martín"

RESUMEN:

La región sacra constituye una zona de apoyo caracterizada por tener piel delgada con escaso tejido subcutáneo-muscular sobre el plano óseo. Es por ello uno de los sitios de localización frecuente de úlceras por presión.

Su incidencia a nivel hospitalario es alta así como también la tasa de mortalidad, por sus complicaciones infecciosas. Este tipo de lesiones avanza comprometiendo los planos más profundos evidenciándose diferentes grados: I(epidermis y dermis); II (tej. adiposo); III (muscular); IV (óseo). En estas últimas para su tratamiento se requiere para evitar recidivas, un tejido que proporcione volumen y resistencia a la presión por lo que la reconstrucción quirúrgica es de elección. En la literatura se describen varias técnicas. En este trabajo presentamos 2 casos de pacientes internados en el Hospital Escuela Gral. San Martín con escaras grado IV determinados por su patología de base: paraplejía. Se utilizó como técnica quirúrgica un colgajo musculocutáneo de glúteo mayor a pedículo vascular superior; basándonos en el principio de que cada músculo se nutre de pedículos vasculares dominantes de los cuales parten vasos perforantes que a su vez aportan irrigación a un territorio cutáneo. Se realizó un seguimiento de 5 meses; se registró como complicaciones dehiscencia de la herida quirúrgica y epidermólisis que fueron resueltos. La evolución fue favorable en ambos casos. Logrando así un tratamiento definitivo o más duradero de este tipo de lesiones, obteniendo una cobertura de mayor espesor con buena circulación y reinsertando al paciente nuevamente a su medio social y/o familiar utilizando una técnica quirúrgica de fácil realización.

* Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Hospital de Clínicas, Bs. As.

** Médico Cirujano

*** Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Perrando, Resistencia, Chaco.

**** Residente de Cirugía General. Hospital Escuela, Corrientes.

***** Doctor en Cirugía Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

INTRODUCCION:

La región sacra constituye una región de apoyo que se caracteriza por tener una piel delgada con escaso tejido celular subcutáneo sobre el plano óseo. Es por ello que se transforma en una de las zonas de localización más frecuentes de úlceras por presión.; favorecida en algunas situaciones por el déficit de sensibilidad superficial y profunda., por la humedad de la zona y por el deterioro general del paciente (desnutrición).

Su incidencia a nivel hospitalario es alta así como también la tasa de mortalidad (1) por sus complicaciones principalmente infecciosas. Es frecuente observarla en pacientes ancianos postrados, fracturas de miembros inferiores, internados en UTI, o en pacientes con secuelas de traumatismos raquimedulares u otras lesiones neurológicas; donde la inmovilización es determinante de su formación.

Este tipo de lesiones por decúbito avanza progresivamente evidenciándose diferentes grados: Grado I (epidermis y dermis superficial), Grado II (tejido adiposo), Grado III (músculo) y Grado IV (óseo).(3) En las úlceras superficiales existen medidas terapéuticas que favorecen la cicatrización por segunda; en las úlceras profundas (grado III; IV) en cambio, se requiere que el tejido proporcione volumen y resistencia a la presión y se evite la recidiva, debido a ello la reconstrucción quirúrgica es de elección.

Se describen en la literatura varias opciones de reconstrucción quirúrgica para el cierre de las úlceras por presión, cada una de ellas con indicaciones precisas que serán elegidas y planificadas meticulosamente por el cirujano. A continuación alguna de ellas:

a) cierre primario; b)injerto de piel; c)injerto dérmico revertido; d)colgajo de piel a pedículo inferior; e)colgajo miocutáneo de glúteo mayor; f)colgajo miocutáneo en isla de glúteo mayor; g)colgajo miocutáneo v-y de glúteo mayor; h)colgajo lumbosacro transversal; i)mioplastia de glúteo superior; j)mioplastia de rotación del glúteo; k)colgajo glúteocrural.(4)

En este trabajo presentamos 2 casos clínicos de pacientes con Escaras Sacras de grado IV internados en el Hospital Escuela Gral. San Martín a los cuales se les realiza un colgajo musculocutáneo como técnica quirúrgica de elección. Entendiéndose como “colgajo musculocutáneo” a una porción de músculo o músculo completo que con su territorio cutáneo externo es transferido de su situación inicial con el pedículo vascular dominante que lo nutre,(2) basándonos en el principio de que “el aporte sanguíneo de la mayor parte de la piel proviene de vasos perforantes desde los músculos subyacentes y la mayoría de estos se nutren por pedículos vasculares dominantes (aunque otros lo hagan por pedículos segmentarios)”.(2) Se utilizó en los dos casos mencionados un colgajo miocutáneo de glúteo mayor a pedículo vascular superior, proporcionando así una reparación y cobertura del defecto de la zona que cumple con las condiciones básicas para lograr un tratamiento definitivo o más duradero.

MATERIALES Y METODOS:

Se consideran 2 pacientes de sexo masculino de 19 y 54 años ambos con escara sacra grado IV cuya formación fue determinada por su patología de base: paraplejía (secuela de mielomeningocele y trauma raquímedular.) El primero, con antecedentes de internaciones a repetición por infección, resolución por cicatrización por segunda y recidiva de la

lesión. El segundo, en plan quirúrgico de columna vertebral postergado hasta la reparación de la escara sacra.

Las características que presentaban las mismas fueron: lesiones redondeadas de 4x5 cm. y 7x6 cm. de diámetro, bordes regulares, la primera con tejido circundante fibrótico, secuela de varias recidivas y cicatrizaciones por segunda. Ambas sin infección y con exposición ósea.

La técnica quirúrgica elegida para cubrir el defecto fue un colgajo miocutáneo para lograr así una cobertura con tejido más voluminoso y almohadillado.

Se empleó para ello tejido musculocutáneo adyacente a la lesión ulcerada como primera opción, en este caso músculo glúteo mayor, preservando por si se requiriera una nueva reparación, otras posibilidades alejadas (lumbar, etc.).

Técnica Quirúrgica: se utiliza en este caso el músculo glúteo mayor por ser éste ancho, grueso, con dos pedículos vasculares superior e inferior que permiten utilizarlo como dos colgajos independientes. La utilización parcial o total del músculo depende del tipo de paciente, siendo parcial en pacientes normales para conservar la función del músculo en la movilización del muslo.

Se empleó en este caso colgajo miocutáneo en isla de glúteo mayor a pedículo superior. Lo que se hace resecaando piel con un segmento del músculo glúteo trasladando el eje vascular de la arteria glútea superior (unidad miocutánea).

(4) A continuación los pasos a seguir:

a) Se realiza la marcación del punto de rotación, situado a 2 cm. de la línea media (punto donde penetra el pedículo vascular al músculo), el borde superior (desde el sacro hasta la cresta ilíaca), el borde inferior (pliegue glúteo) el límite externo (trocánter mayor).(Foto 1)

b) Se incide y se eleva el músculo desde su borde lateral al medial (a 5cm del borde lateral del sacro) formando la isla cutánea. (Foto 2)

c) Se disecciona superficialmente el glúteo mayor situado entre la úlcera y la isla cutánea labrando un túnel.

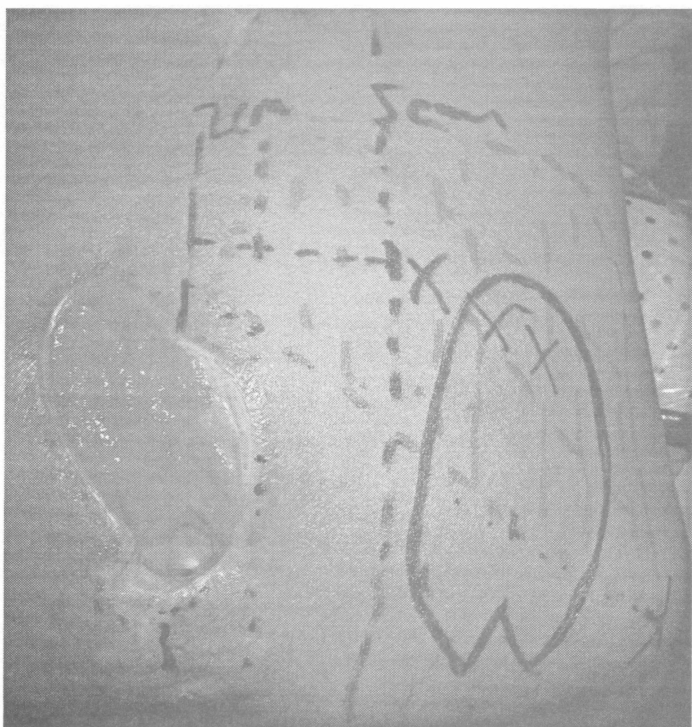


Foto 1

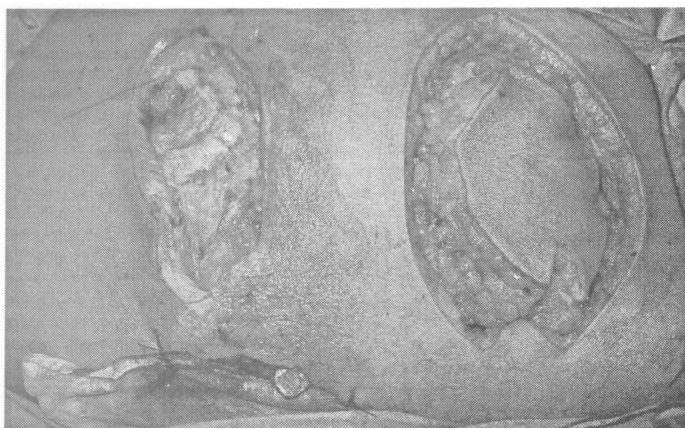


Foto 2

d) Se rota medialmente y se cubre la exposición ósea con la isla musculocutánea pasando por el túnel formado. (Foto 3)

e) Se cierra directamente la zona dadora (si es de gran tamaño requiere injerto)

f) Se coloca drenaje tubular aspirativo que se extrae por el contraabertura. (Foto 4)

RESULTADOS:

Los 2 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente cubriendo el defecto de la úlcera por presión con colgajo



Foto 3



Foto 4

miocutáneo de glúteo mayor a pedículo superior. El seguimiento de la evolución se realizó en un lapso de 5 meses. Como complicaciones se registró en un caso dehiscencia de la sutura atribuidas al tejido cicatrizal del borde de la úlcera eventualmente resuelta con un nuevo cierre de la herida. El otro caso registró epidermólisis que se reparó con injerto libre de piel aproximadamente a los 20 días. La infección se evitó al realizar profilaxis con antibióticos y el seroma se redujo con la colocación de drenajes aspirativos, los cuales se extrajeron a los 4 y 6 días respectivamente.

Como cuidados postquirúrgicos los pacientes debieron permanecer en posición de decúbito ventral o semiprono durante 2 semanas, lo que permite minimizar la presión en el lugar de la cirugía, curar y controlar la evolución del colgajo diariamente.

La evolución fue favorable en ambos casos; lo que permitió en el primer caso la pronta reinserción a sus actividades habituales y en el segundo caso la cirugía para estabilizar la columna vertebral que había motivado su internación.–

CONCLUSION

Las escaras sacras profundas (grado III–IV) representan un problema serio para el paciente y el entorno familiar, por lo que la prevención es fundamental. La infección local, la osteomielitis y la sepsis son complicaciones frecuentes en éste tipo de lesiones. En las úlceras profundas por presión consideramos de predilección la utilización de colgajos miocutáneos dado que son de fácil realización técnica. Además nos permite rellenar la cavidad con tejidos con excelente circulación y suficiente espesor.

El colgajo de glúteo mayor a pedículo superior en estas soluciones de continuidad previene la recidiva local al permitir no solamente cubrir la pérdida de sustancia sino acolchar el hueso.

Logramos también una pronta inserción de los pacientes en el medio familiar y social dando así solución a una patología muy frecuente en el ámbito hospitalario con complicaciones serias que no debe minimizarse desde ningún punto de vista.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bergstrom N, Bennet MA, Carlson CE, et al. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline, N° 15, Edición en Español – Rockville, Maryland – Mayo 1997.–
2. Vasconez Luis O, Perez–Gonzalez, Federico – Colgajos Musculares y Musculocutaneos – Editorial Jims, Barcelona, 1982.–
3. Kostianovsky A.S, Alcain G.R, Barciela A.M, Alvarado G – Salvemos los futuros colgajos en los paraplégicos – Revista Argentina de Cirugía Plástica Vol 5 N°2 1999

-
- 4-McCarthy, Joseph, Cirugía plástica-tronco y extremidades inferiores.-Editorial Panamericana S.A. -1994.-
- 5- Baran CN, Celebioglu S, Civelek B, Sensoz O.- Tangentially split gluteus maximus myocutaneous island flap based on perforator arteries for the reconstruction of pressure sores., *Plast Reconstr Surg.* 1999; 103:2071-6.
- 6- Lewis VL Jr, Bailey MH, Pulawski G, Kind G, Bashioum RW, Hendrix RW. - The diagnosis of osteomyelitis in patients with pressure sores. *Plast Reconstr Surg.* 1988; 81: 229-32.
- 7- "Reparación quirúrgica de las úlceras por presión ". En: Guía de practica clínica: tratamiento de las úlceras por presión. Ed: US Department of health and human services. Edición española.1996. Pp 67-73.
- 8- Wilk A, Bruant-Rodier C and Meyer C. "tratamiento quirúrgico de las escaras o úlceras por presión". En: Enciclopedia médico-quirúrgica: cirugía plástica, reparadora y estética. Editor: Horay P. Ed: Elseiver. 2000. Cap 45-165. Pp 1-32.