

La imagen del mes

Colgajo inguinal para la reconstrucción de amputaciones digitales como secuela de sepsis meningocócica

Colgajo inguinal para la reconstrucción de amputaciones digitales como secuela de sepsis meningocócica

ANA TRAPERO, ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, MIRIAM A. CARPIO, ELENA GARCÍA VILARIÑO, ELOY CONDIÑO

SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS – HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FÉ – VALENCIA

Autora para correspondencia: ana.traperov@gmail.com

Recibido: 08 de junio de 2020– Aceptado: 22 de septiembre de 2020

Paciente mujer de 49 años con lesiones cutáneas en extremidades superiores e inferiores secundarias shock séptico meningocócico, con afectación total del 35% de la superficie corporal. Una vez resuelto el proceso séptico, en la mano derecha, debido a la gangrena digital, fue inevitable llevar a cabo la amputación digital del 2° a 5° dedos a nivel metacarpofalán-

gico. En la mano izquierda fue posible preservar las falanges proximales llevando a cabo la amputación a este nivel (Fig 1). Tras el desbridamiento del tejido afecto quedó un defecto de partes blandas con exposición ósea. Con el objetivo de aportar cobertura y poder mantener la longitud de los dedos, se decidió realizar el colgajo inguinal descrito por Mc Gregor.



Figura 1. (A) Necrosis digitales en mazo izquierda. (B) Imagen post-desbridamiento, tras la realización de amputaciones a nivel de falange proximal de 2° a 5° dedos.

La imagen del mes

Colgajo inguinal para la reconstrucción de amputaciones digitales como secuela de sepsis meningocócica

En un primer tiempo, tras marcar el colgajo alrededor del trayecto de la arteria ilíaca circunfleja superficial en la región inguinal izquierda, se realizó una incisión en el extremo distal, que poseía la forma y dimensiones del defecto a cubrir, disecando medial y lateralmente hasta el borde lateral del sartorio, creando un bolsillo donde se enterró la mano (Fig 2). El vendaje desempeña un papel importante durante el período postoperatorio, bloqueando la mano sobre el abdomen y luego el brazo contra el tórax evitando así la fase crítica de agitación al despertar. Las curas se realizaron aproximadamente cada 4 días, cubriendo las heridas con gasas parafinadas impregnadas en povidona yodada.

Tras 21 días, tiempo suficiente para crear vascularización propia, el colgajo se fue liberado del abdomen. La zona donante se cerró de manera directa sin dificultades. Posteriormente, una vez el colgajo se encontraba completamente adherido a la zona receptora, se llevó a cabo la digitalización de los dedos. El postoperatorio transcurrió sin infección de heridas quirúrgicas ni otras complicaciones, favoreciendo una recuperación rápida, permitiendo el inicio precoz de la rehabilitación de la mano (Fig 3). Actualmente la paciente preserva la función de pinza y agarre de la mano izquierda, habiéndose incorporado a su profesión previa como profesora. ●



Figura 2. Mano izquierda enterrada en región inguinal ipsilateral.



Figura 3. Resultado final de ambas manos tras la cicatrización de las heridas y completa adherencia del colgajo al lecho receptor.