

PÉRDIDA DE SUSTANCIA Y FUNCIÓN. EL COLGAJO VASCULARIZADO DE DORSAL ANCHO COMO SOLUCIÓN.

EVA MARÍA VERA PORRAS, FRANCISCO MARTINEZ MARTINEZ, PEDRO ANTONIO MARTINEZ VICTORIO, JAVIER HERNÁNDEZ QUINTO, JESÚS GARCÍA GARCÍA

INTRODUCCIÓN

El defecto de las partes blandas en combinación con la pérdida de la flexión del codo, la transferencia rotacional del dorsal ancho puede proporcionar cobertura simultánea de tejidos blandos y reconstrucción funcional.

OBJETIVOS

Reivindicar esta técnica como tratamiento de cobertura y reconstrucción funcional.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 21 años que presenta fractura abierta IIIB de diáfisis de húmero derecho, con severa pérdida de sustancia: piel, subcutáneo y necrosis de bíceps braquial y braquial anterior, así como sección del nervio musculocutáneo.

Inicialmente fue tratado mediante irrigación y desbridamiento así como fijación externa de húmero. En lavados posteriores se realizó fasciotomía, tras 10 días se procedió a su cierre. 15 días después se procedió a osteosíntesis mediante placa e injerto óseo y cobertura de reconstrucción con colgajo miocutáneo de dorsal ancho que se fija a apófisis coracoides y tendón de bíceps braquial.

Se procedió a desbridar tejido desvitalizado y tratar lesiones asociadas. Se midió el tamaño del defecto y la distancia desde la cara proximal de la herida hasta el eje de rotación aproximado del colgajo (aproximadamente en la coracoides).

La disección del latissimus se realizó en el plano suprafascial. El músculo fue completamente movilizado. El pedículo fue disecado y movilizado, dividiendo la rama al serrato anterior para ganar longitud y movilidad del pedículo adicional y liberación de cualquier banda fascial adyacente a la arteria. La inserción tendinosa se liberó del húmero y se colocaron dos suturas paralelas no absorbibles de Krackow en el tendón. Se realizó una incisión transversal sobre el coracoides y se desarrolló un túnel subcutáneo sobre la fascia axilar que conecta las incisiones posterior y anterior. El latissimus se tubularizó y pasó a través del túnel subcutáneo al brazo anterior, evitando torsionar el pedículo.

Se restableció la longitud con el codo en extensión completa, y se recortó el exceso de longitud muscular desde el origen caudad del latissimus. El latissimus tubularizado se envolvió alrededor del muñón restante del tendón del bíceps y cualquier porción restante de la unión musculotendinosa. La longitud de reposo se restableció con el codo en extensión, pero la reparación se completó con el codo flexionado. Se revisó el pedículo en busca de signos de compresión o tensión a medida que el brazo se movía de la aducción a la abducción.



RESULTADOS

Después de la intervención, se inmovilizó en abducción durante 8 a 9 semanas. A las 4 semanas, se iniciaron isométricos de bíceps a 90 grados de flexión del codo. El fortalecimiento ligero y progresivo comenzó a los 3 meses, progresando a una actividad sin restricciones a los 6 meses.

Tras la transferencia, se inmovilizó en abducción 8 semanas. A las 4 semanas, se iniciaron isométricos de bíceps a 90 grados de flexión del codo. El paciente recuperó flexión activa del codo, movilidad completa excepto déficit de supinación, así como función activa del radial.

CONCLUSIONES

Existen varias opciones para la reconstrucción de la flexión del codo, que incluyen la transferencia nerviosa, la transferencia del tendón del tríceps, del pectoral mayor, la del músculo dorsal ancho y la transferencia funcional del músculo libre.

En el contexto de la pérdida de tejidos blandos en combinación con la pérdida de la flexión del codo, la transferencia rotacional del dorsal ancho proporciona cobertura simultánea de tejidos blandos y reconstrucción funcional.

