



REVISTA DEL PIE Y TOBILLO

www.elsevier.es/rptob



ORIGINAL

Tratamiento de los defectos de cobertura de pie

Francisco Javier García Bernal^{a,b}, Paloma Zayas Pinedo^{a,b,*},
Javier Regalado Bilbao^a, Carlos Jul Vazquez^b y Jesús Terrones Garzón^b

^a Cirugía Plástica, Instituto Regalado y Bernal de Cirugía Plástica y de la Mano, Bilbao, España

^b Cirugía Plástica, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 3 de febrero de 2016; aceptado el 5 de abril de 2016

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Cobertura de pie;
Colgajo;
Microcirugía

KEYWORDS

Foot reconstruction;
Flap;
Microsurgery

Resumen

Objetivo: Los autores muestran su experiencia en el manejo de defectos de cobertura en el pie de origen postraumático, describiéndose distintas opciones quirúrgicas.

Material y método: Los defectos postraumáticos precisan de un desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo, seguidos de una cobertura adecuada con tejido vascularizado, con el objetivo de preservar los tejidos expuestos y su función. La elección de la técnica de cobertura dependerá de la localización de cada defecto.

Resultados: Los defectos dorsales se reconstruirán con técnicas que aporten piel delgada, que permita la excursión de los tendones extensores. Para los defectos plantares buscaremos coberturas estables que soporten la carga y los movimientos de cizallamiento durante la marcha. En ambos casos es prioritario que el volumen de tejido aportado no sea excesivo, de modo que no suponga un inconveniente a la hora de calzarse.

Conclusiones: Existen múltiples colgajos para la cobertura de estos defectos en el pie. No obstante, es fundamental orientar la elección de la técnica a cubrir necesidades funcionales del pie.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEMCPT. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Management of soft tissue defects of the foot

Abstract

Objective: This article aims to show the author's experience in the management of soft tissue defects of the foot.

Material and methods: Post-traumatic defects require an early and aggressive surgical debridement, followed by a good coverage with a well vascularised tissue in order to preserve the underneath structures and their function. The choice of the technique will depend on the location of the defect.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palomazayas@hotmail.com (P. Zayas Pinedo).

Results: Dorsal defects should be managed using techniques that provide a thin layer of skin that allows the extensor tendons gliding. On the other side, the plantar defects need a coverage able to support load and shearing movements while walking. In both cases it is paramount that the added volume allows the patient to put footwear on without discomfort.

Conclusions: There are plenty of flaps useful to cover these kind of defects, but it is mandatory that the technique is adapted to the functional requirements of the foot.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEMCPT. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El pie posee una anatomía altamente especializada, con unas características biomecánicas únicas, imprescindibles para una correcta deambulación. Cualquier defecto de cobertura a este nivel supone un desafío para el cirujano debido a la escasez de tejidos donantes disponibles en vecindad.

Cuando nos enfrentamos a un defecto de cobertura en el pie hay que distinguir entre 2 situaciones totalmente diferentes: defectos plantares y defectos dorsales. Ambas pieles, la plantar y la dorsal, son funcional y anatómicamente distintas.

Por un lado, la piel plantar presenta un estrato superficial formado por un epitelio plano multiestratificado, queratinizado de un grosor de hasta 4 mm, muy superior a la piel del resto del cuerpo. La hipodermis está formada por grasa compartimentada por tabiques, y debajo se encuentra la fascia plantar, diseñada para soportar carga y fuerzas de cizallamiento durante la marcha. Por otro lado, la piel dorsal es más delgada, tanto en la capa epidérmica como en el tejido celular subcutáneo, siendo su función la de proteger a los tendones extensores.

Estas diferencias anatómicas y funcionales van a condicionar la elección de la técnica de reconstrucción. Al igual que en otras localizaciones anatómicas, la elección de la cobertura dependerá del tamaño y localización del defecto, y de las características concretas de la zona a reconstruir¹.

Ante defectos dorsales optaremos por técnicas que aporten piel fina y que permitan la excursión de los tendones extensores. Por otro lado, para los defectos plantares buscaremos coberturas estables que soporten la carga y los movimientos de cizallamiento durante la marcha. Además, en ambos casos es prioritario que el volumen de tejido aportado no sea excesivo, para que no suponga un inconveniente a la hora de calzarse.

Finalmente, no hay que olvidar que en caso de traumatismos complejos o de alta energía podemos encontrar asociadas lesiones en estructuras vasculonerviosas, óseas o tendinosas, que precisarán de un tratamiento específico.

En este trabajo mostramos nuestra experiencia en el tratamiento de defectos de cobertura en los pies, mediante distintas técnicas quirúrgicas, adaptando la elección de las mismas a la localización, el tamaño de la pérdida de sustancia y las estructuras nobles a proteger.

Defectos en el dorso del pie

Como ya hemos comentado anteriormente, el espesor de la piel del dorso del pie es mínimo, por lo que es fácil que los defectos de cobertura dejen expuestas estructuras osteotendinosas. En aquellos casos en los que el defecto no exponga estructuras nobles, es posible realizar la cobertura con un injerto de piel. Si por el contrario los tendones, los huesos, las articulaciones, etc. están denudados es preciso aportar una cobertura vascularizada en forma de colgajo.

Injerto de piel

El injerto de piel, de espesor parcial o total, es una opción válida en el dorso del pie siempre y cuando el lecho se encuentre bien vascularizado (fig. 1) y en ausencia de infección (carga bacteriana < 10⁵ organismos/g de tejido). No obstante, hay que tener en cuenta la localización del defecto donde vamos a colocar un injerto. La cobertura aportada por el injerto en ocasiones es insuficiente para soportar fricción, como ocurre en algunas partes del pie con el calzado, y acaban siendo una causa de úlceras de repetición.

Colgajos

La presencia de tendón, hueso o articulación denudados, es decir, sin periténion, periostio o pericondrio, o la localización del defecto en zona de apoyo o de roce contraindican el uso de injertos y nos obligan a aportar una cobertura con tejido vascularizado en forma de colgajo. Los defectos pequeños o medianos los manejaremos con colgajos locales. Ante defectos mayores o imposibilidad para obtener zonas donantes en los tejidos adyacentes es necesario recurrir a los llamados colgajos libres, es decir, transferencia de tejidos desde zonas alejadas del defecto, los cuales se revascularizan mediante anastomosis microquirúrgica.

Colgajos locales

En función del tejido donante empleado para la reconstrucción hablaremos de colgajos musculares o colgajos fasciocutáneos.

Colgajos musculares. Los músculos intrínsecos del pie son una buena fuente de tejidos vascularizados para la cobertura de defectos en el pie y el tobillo, con una mínima morbilidad funcional y estética en la zona donante². Estos colgajos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836598>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836598>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)