

Avance de colgajo VY en isla de músculo gluteus maximus en úlcera isquiática izquierda. Reporte de caso. VY advancement flap in island of muscle gluteus maximus in left ischial ulcer. Case report.

Ana Herrera,⁽¹⁾ Alfredo Longo,⁽¹⁾

¹⁾Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Ciudad Guatemala, Guatemala.

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 30 años de edad, que es admitido en la emergencia con antecedente de herida por proyectil de arma de fuego de 4 años de evolución y paraplejía secundaria. Al examen físico presenta úlcera isquiática izquierda por decúbito, infectada, recibe tratamiento antibiótico por 10 días y se programa para avance de colgajo VY en isla de músculo gluteus maximus.

Palabras clave: úlcera isquiática, avance colgajo VY, úlcera isquiática.

Abstract

We present the case of a patient of 30 years old, who is admitted to the emergency with a history of wound due to a firearm projectile of 4 years of evolution and secondary paraplegia. At the physical examination, she presented left ischial ulcer by decubitus, infected, receiving antibiotic treatment for 10 days and programmed to advances of flap VY in island of muscle gluteus maximus in left ischial ulcer.

Key words: ischial ulcer, VY advancement flap, ischial ulcer.

Introducción

Las lesiones por presión presentan compromiso tisular y/o necrosis de origen isquémico de un área corporal de prominencia ósea por un fenómeno de presión constante. Úlcera del latín *ulcera* (plural de *ulcus* y *eris llaga*) es la pérdida de sustancia de una superficie cutánea o mucosa que conduce a la desintegración gradual y necrosis de los tejidos. Esta lesión del sistema nervioso, la interrupción del arco reflejo autonómico que controla la irrigación de la piel no podría responder normalmente a la presión ejercida. Fricción y presión repetitiva de 45mmHg producen ulceración de la piel.⁽¹⁻⁶⁾ Para la cobertura de úlceras isquiáticas se han descrito colgajos miocutáneo de glúteo mayor, bíceps femoris, gracilis, tensor de fascia lata, semimembranoso, semitendinoso, colgajos fasciocutáneos tipo Hamstring de avance VY, random de avance y rotación. Para tener

éxito, se requiere considerar los pilares fundamentales en el tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión que incluye resección de tejidos desvitalizados, bursectomía total, ostectomía y cobertura con adecuado colgajo con apropiado soporte sanguíneo. Recientes publicaciones hacen referencia a la elección adecuada de los colgajos para cubrir lesiones isquiáticas, las cuales mencionan que los colgajos efectuados desde cefálico a la úlcera tienen mejor resultado que los colgajos caudales, 94% y 5% respectivamente.⁽²⁾ El tratamiento quirúrgico está indicado en paciente ideal: buen estado general, lesiones limpias, buena alineación, conciencia de su patología y tratamiento.⁽³⁾ A continuación se presenta el caso de un paciente que es admitido en la emergencia de adultos, que se manejó por cirugía plástica con el objetivo de determinar la eficacia del colgajo glúteo, el cual se considera de primera elección en la cobertura de úlceras isquiáticas.

Presentación del Caso

Paciente masculino de 50 años, residente en la ciudad Guatemala, fue admitido en la emergencia del Hospital Roosevelt con historia de úlcera isquiática izquierda de 1 año de evolución, asociada a secreción amarillenta y fiebre no cuantificada, paraplejía por antecedente, secundario a herida por proyectil de arma de fuego hace 4 años, no antecedentes personales patológicos, a excepción de laparotomía exploradora hace 4 años por herida por proyectil de arma de fuego abdominal y avance de colgajo VY en isla de músculo Gluteus maximus en úlcera isquiática derecha. No existían datos relevantes en su perfil social, hábitos o riesgo de enfermedad por contacto sexual. A la exploración física presenta úlcera isquiática izquierda de 10x7 cm, escasa secreción amarillenta, temperatura de 38°C, con pérdida de movilidad y sensibilidad en ambas extremidades inferiores, se realiza gram y cultivo que reporta *Streptococcus Agalactiae* (grupo B) sensible a ampicilina, por lo que se inicia cobertura con ampicilina sulbactam por 10 días y es llevado a sala de operaciones para realizar avance de colgajo VY en isla de músculo gluteus maximus con drenaje Jackson Pratt; para lo cual se realiza marcación para delimitar la úlcera se marca la línea media y línea paralela a 5 cm

y marcación de una línea de la eminencia sacra al trocánter y en la intersección de estas líneas se marca la proyección en la piel de la emergencia de la arteria glútea inferior, pedículo de la mitad inferior del musculo glúteo mayor, se marca la isla amplia de piel contigua a la úlcera en forma triangular en dirección al trocánter, bursectomía hasta el plano óseo, elevación del colgajo donde se talla la isla de piel hasta el plano aponeurótico que se busca cerca al trocánter donde tiene una expansión aponeurótica y es más fino, esa es la llave de entrada al plano posterior del glúteo mayor, colocación de drenaje ya que el hematoma es la complicación más frecuente y se realiza la transferencia del colgajo fijándolo.(6) El procedimiento finaliza sin complicaciones inmediatas, se da seguimiento, drenaje dando escaso líquido serosanguinolento por lo que al tercer día se omite. Paciente evoluciona satisfactoriamente con resolución de úlcera isquiática izquierda.

Discusión

El predominio de la localización isquiática de las lesiones por presión se debe a que el paciente pertenece al grupo de pacientes parapléjicos jóvenes, mal orientados en cuanto a la prevención de las UPP y se mantenían la mayor parte del tiempo sentados en la misma posición. En este momento se discute muy poco sobre la mejor forma de lograr una adecuada cobertura de las lesiones por presión. Esta debe incluir siempre los pilares básicos de la cobertura de la úlcera isquiática, que son la resección completa y minuciosa de la bursa, ostectomía isquiática y cobertura con colgajo musculocutáneo.(4) Se hace mención que el colgajo ideal para la cobertura de úlceras isquiáticas por presión debe ser rotado desde cefálico a la lesión.(5) El músculo glúteo mayor es de excelente relleno sobre el muñón isquiático, aportando una rica irrigación por los paquetes vasculares en especial el superior, necesaria para el control infeccioso y una óptima cicatrización de la zona. Además por tratarse de un colgajo proveniente de cefálico no sería sometido a movimientos por tracción, como lo que sucede con los colgajos que poseen pedículos en la cara posterior del muslo. La liberación completa del músculo de su inserción lateral, provee un amplio arco de rotación.(2) El diseño de la isla triangular de piel, bien irrigada por perforantes musculocutáneas, dentro de un arco, facilita su movilización sobre un músculo que ha sido liberado, hacia la zona receptora, facilitando el cierre cutáneo V en Y sin tensión. La relevancia de este caso es demostrar una favorable evolución a largo plazo con significativa mejoría clínica del paciente al presentar un avance de colgajo VY en isla de músculo gluteus máximos

en úlcera isquiática derecha hace un año. Sin embargo es importante considerar que la ausencia de recidiva no sólo se debe al éxito quirúrgico sino además a la atención de otras variables, como el autocuidado, estabilidad emocional, nutrición y rehabilitación del paciente, proporcionados por un equipo multidisciplinario idóneo que está incorporado en el tratamiento de estos pacientes, siempre recordando que el mejor tratamiento de la úlcera por presión es la prevención; por ello, todas las unidades de cuidados intensivos y las que tratan patologías en riesgo deben poner y tener los medios necesarios para evitar que se produzcan, que consisten en un programa de detección precoz y el consiguiente tratamiento.

Fig. 1: Secuencia abreviada del procedimiento



Bibliografía Bibliography

1. Coifman, Felipe. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*. Tercera edición, Bogotá, Colombia. Amolca. 2008. Pág 3809-3819 y 3828-3832
2. Llanos Olmedo S., Calderón Ortega W., Piñeros Barragán J.L., Roco Molina H., Roa Gutiérrez R., Leniz Mejías P. et al. Colgajo miocutáneo de glúteo mayor en isla con cierre V en Y para la cobertura de úlceras isquiáticas. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2006 Mar [citado 2018 Abr 12]; 32(1): 41-48. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922006000100007&Ing=es.
3. *Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión*. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2007 Sep [citado 2018 Abr 11]; 46(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300004&Ing=es.
4. Calderón W. "Cirugía reparadora en úlceras por presión." *Rev. Chil. Cir.* 1982; 34:62.
5. Mathes, S., Nahai, F.: "Reconstructive Surgery, Principles, anatomy and technique". Edit. Churchill Livingstone and Quality Medical Publishing, Inc. Vol 1, 1994, Pp: 501-535.
6. Zenn Michael, Jones Glyn. *Reconstructive surgery*. Missouri. QMP. 2012. Pág 587- 599.