

COLGAJO DE PEDICULO SUBCUTANEO

Faizal Gea, Michel

RESUMEN

El colgajo de pedículo subcutáneo es una alternativa para la corrección de defectos quirúrgicos primarios.

Gracias a su gran movilidad facilita el cierre quirúrgico de grandes defectos y, a diferencia de los injertos, no cambia la textura, calidad de la piel ni dan apariencia de un parche.

Palabras Clave: Pedículo, colgajo, tejido celular subcutáneo.

INTRODUCCION

El cierre de defectos quirúrgicos primarios puede llegar a ser un reto para el cirujano dermatólogo, y en algunas circunstancias la sutura borde a borde conlleva varios defectos anatómicos funcionales y cosméticos; este problema puede ser solucionado mediante injertos, cierre por 2a. intención o por colgajos de piel.

Técnica Quirúrgica

El pedículo es diseñado triangularmente con la base adjunta al defecto; la incisión en profundidad compromete la totalidad de la piel y el tejido celular subcutáneo, hasta la porción superficial de la fascia muscular, creando así un triángulo de piel fijo a un pilar de grasa. (Figs. Nos. 1,2,3,4).

Obviamente, no se realizan incisiones profundas a través de la grasa, en áreas donde importantes nervios motores surcan superficialmente la fascia adyacente al tejido celular subcutáneo.

La isla de piel y su tejido subcutáneo se movilizan hasta cubrir el defecto y se sutura con puntos principales de anclaje; el área donadora del colgajo se une borde a borde dando una forma en "Y".

Michel Faizal Gea MD, Dermatólogo
 Profesor Universidad Nacional de Colombia
 Oncodermatología
 Instituto Nacional de Cancerología
 Correspondencia: Hospital San Juan de Dios
 Unidad de Dermatología. Av. 1a. 10-01
 Santafé de Bogotá, Colombia.
 Trabajo presentado en el XIX Congreso de Dermatología,
 San Andrés (Islas) Septiembre de 1992.

La ventaja de este procedimiento consiste en que el defecto quirúrgico secundario creado por el movimiento del colgajo, es suturado fácilmente, borde a borde.

Una desventaja del colgajo es la apariencia final, en forma de "cometa", que puede ser disimulada con diseños en variadas figuras geométricas, dando así una apariencia cosmética mejor.

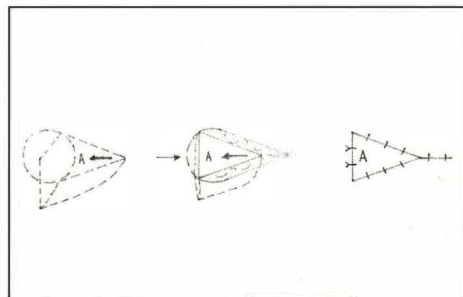


Fig. No. 1.
Colgajo de pedículo subcutáneo. Formación de la isla triangular de piel anclada hasta el tejido celular subcutáneo.

Fig. No. 2.
Ca basocelular.

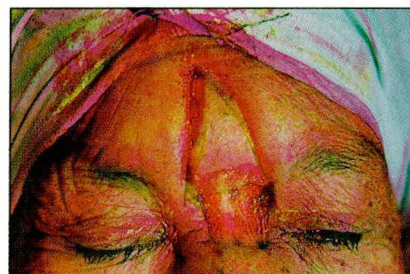


Fig. No. 3.
Resección del tumor y formación del colgajo.



Fig. No. 4.
Posicionamiento y sutura.

Es posible crear colgajos bilaterales que avancen y se unan el uno al otro, suturando las bases de los triángulos borde a borde.

Variaciones Técnicas:

I. Colgajo con pedículo subcutáneo de base ancha

Una variación de la técnica original comprende un pilar de pedículo subcutáneo de base ancha con el fin de reclutar un mayor número de vasos. (Fig. No. 5).

La penetración de los vasos sanguíneos a través de la grasa es irregular y dispersa; incrementando el área de la base del pedículo de grasa, la suplencia sanguínea a la piel mejora, al igual que la transferencia de estructuras anexas, adquiriendo el colgajo una mayor apariencia de piel normal.

La variación consiste en que una vez incidida la totalidad de la piel, el bisturí se inclina hacia afuera de pilar de grasa, de tal forma que el tejido celular subcutáneo es cortado más ampliamente que la piel supra-adyacente.

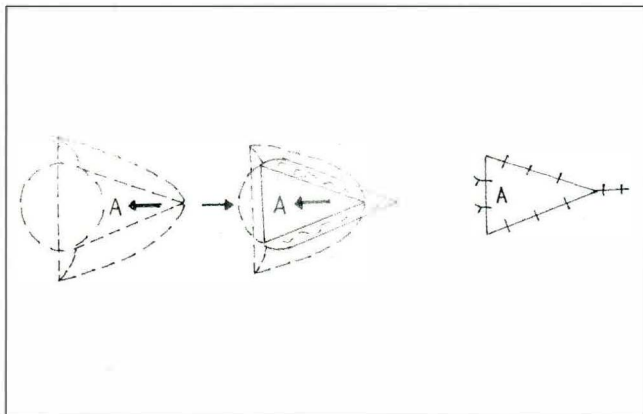


Fig. No. 5. Colgajo de pedículo subcutáneo de base ancha. Una vez incidida la piel, el tejido celular subcutáneo es diseñado con una mayor amplitud a manera de una meseta donde la cima es la epidermis.

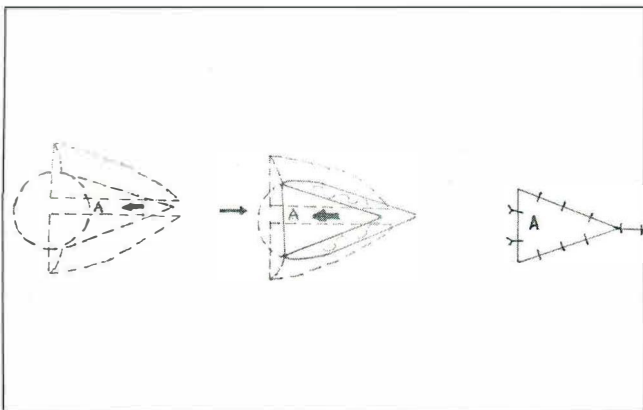


Fig. No. 6. División subcuticular del pedículo por disección a través de su eje mayor.

II. Incremento de la movilidad

En algunas circunstancias es necesario darle movilidad al pedículo; esto se logra disecciondo verticlalemente el pedículo de grasa, utilizando las tijeras de Metzembraun y, con una técnica de disección roma, los vasos perforantes son preservados y se logra una mejor movilidad al pilar. (Fig. No. 6, 7, 8, 9).

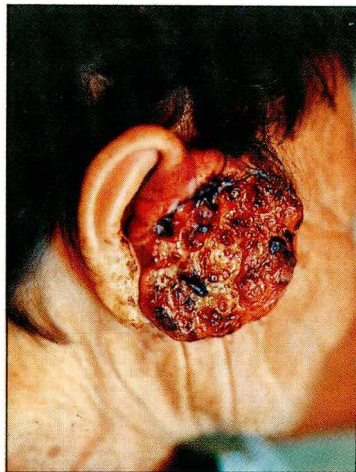


Fig. No. 7. Ca escamoelular.



Fig. No. 8. Resección tumoral y diseño del colgajo; creación de un túnel subcuticular y subcutáneo.



Fig. No. 9. Cierre del defecto quirúrgico.



Fig. No. 10.
Ca basoesca-moso recidivante.



Fig. No. 12.
Anclaje al periostio (nasal y malar)



Fig. No. 11.
Resección y diseño del colgajo.

III. Colgajo de pedículo subcutáneo con pedículo largo

El colgajo de pedículo subcutáneo puede ser usado para transferir piel desde la frente hasta el puente nasal o la porción media del dorso nasal; creando un largo pedículo en áreas de las arterias supratrocLEAR o infratrocLEAR y movilizándolo la piel y su pedículo mediante la creación de un canal de conducción.

IV. Anclaje a estructuras óseas

La fijación a estructuras prácticamente inmóviles como el periostio, asegura la estabilidad del colgajo, evitando alteraciones

funcionales de estructuras blandas. Esta fijación es de vital importancia en defectos quirúrgicos primarios y próximos a los párpados inferiores.

Una vez construido el pilar del pedículo y mediante puntos subcuticulares, se fijan los ángulos del triángulo de piel próximos al defecto, al periostio de los huesos nasales, malares u orbitarios. Esto impide que por efecto de la gravedad y peso del pedículo se creen defectos de contorno y funcionales como el ectropion. (Fig. No. 10, 11, 12).

SUMMARY

The subcutaneous-pedicle flap is an alternative for the closure of primary surgical defects. Thanks to its great motility, it facilitates the surgical closure of great defects, and not like free grafts, it doesn't change skin texture or quality, and doesn't give a patch-like appearance.

Key words: Pedicle, Flap.

BIBLIOGRAFIA

1. Tromovich TA, Stegman SJ, Glogau RG. Flaps and Grafts in Dermatologic Surgery. Year Books Medical publishers, Inc. 1989.
2. Epstein E, Epstein E, Jr. Skin Surgery Sixth Edition WD. Saunders Company. 1987.