

Colgajo inguinal libre con anastomosis microvascular.

Informe de un caso

JOSÉ GARCÍA-VELASCO,*
JOSÉ LUIS ZÚÑIGA-MENDOZA,*
FRANCISCO JAVIER HUERTA-RIVADENEYRA* Y
LAURA GUTIÉRREZ-SORIANO*

Se da cuenta de un colgajo libre inguinal aplicado con éxito a su lecho receptor, por medio de anastomosis microvascular. No se ha descrito un caso similar en la literatura nacional.

Si bien la microcirugía ha revolucionado la técnica de construcción de colgajos libres,¹⁻⁶ hasta ahora no ha aparecido ninguna publicación acerca de dicho procedimiento en la literatura médica mexicana. El objeto de este trabajo es comunicar la realización de un colgajo libre inguinal.

Los trabajos experimentales de Alexis Carrel,^{7,8} transportando tejidos o reimplantándolos con anastomosis vasculares, marcaron el inicio de la realización de los colgajos libres, entre otros procedimientos microquirúrgicos.

El refinamiento de las suturas e instrumentos y la utilización del microscopio quirúrgico,⁹⁻¹² permitieron la realización clínica de colgajos cutáneos libres.¹³

El primer caso de éxito fue comunicado por Daniel y col.³ y por O'Brien y col. en 1973.¹⁴

Caso clínico

Se trató de un paciente masculino de 14 años de edad, el cual presentaba retracción cicatrizal mentocervical

con eversión de labio inferior, secuela de una quemadura sufrida a los siete años de edad (fig. 1). El procedimiento de resección de la retracción cicatrizal y la aplicación de un colgajo inguinal, fue llevado al cabo el 21 de septiembre de 1979.

Clínicamente se evaluaron los posibles vasos receptores. Ya que el pulso de la arteria facial se palpaba de buena amplitud e intensidad en su recorrido desde la mandíbula hasta el surco nasolabial, no se consideró necesaria la evaluación angiográfica. Ambas regiones inguinales se hallaban libres de cicatrices y adenopatías.

El paciente fue hospitalizado 24 horas antes de la cirugía. El procedimiento se llevó al cabo bajo anestesia general balanceada con intubación nasotraqueal. Se utilizaron dos equipos quirúrgicos simultáneos, efectuándose la resección de la cicatriz de la región mentocervical, lo que dejó un defecto de 18 x 9 cm. (fig. 2). Se hizo la identificación de la arteria y de la vena faciales derechas, para utilizarlas como vasos receptores. El diámetro externo de la arteria era de 1.4 mm. y el de la vena, de 1.8 mm.

El otro equipo quirúrgico levantó un colgajo inguinal izquierdo, de 22 x 10 cm., teniendo cuidado de respetar la circulación arterial y venosa hasta identificar el origen de la arteria circunfleja en la arteria femoral y el de la vena subcutánea abdominal, hasta su desembocadura en el cayado de la safena (fig. 3).

* Departamento de Cirugía Reconstructiva. Hospital de Especialidades. Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fig. 1. Paciente con retracción cicatrizal mentocervical.



Fig. 2. Zona cruenta después de resección del tejido cicatrizal. Nótese la disección de los vasos receptores.



Fig. 3. Disección del colgajo inguinal, con aislamiento de la arteria circunfleja ilíaca superficial y de la vena subcutánea abdominal.



Fig. 4. Colgajo totalmente aislado y listo para ser aplicado a la zona receptora.



Fig. 5. Paciente con 15 días de evolución, con el colgajo inguinal libre totalmente integrado.

Previo instilación de los vasos donadores con xilocaína al 2 por ciento y de la administración endovenosa de heparina (5 000 U.), se separó totalmente el colgajo y se procedió a efectuar las anastomosis vasculares con la utilización de microscopio y suturas de Nylon de 10 ceros (fig. 4).

Se practicó anastomosis término-terminal de la vena subcutánea abdominal a la vena facial y de la arteria circunfleja ilíaca superficial a la arteria facial, cubriendo esta última con un manguito de vena. Al liberarse los *clamps*, se observó la permeabilidad de las anastomosis y la adecuada perfusión del colgajo.

Se suturó el colgajo previa colocación de dos canalizaciones. La zona donadora inguinal se cerró primariamente, previo despegamiento de sus bordes.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, efectuándose evaluaciones periódicas de la vitalidad del colgajo y administrando regularmente antiagregadores plaquetarios, corticosteroides, antibióticos y expansores del plasma de bajo peso molecular, para ofrecer mayor seguridad a las anastomosis y prevenir infección, por dos semanas.

Un mes más tarde, la integridad del colgajo era completa (fig. 5 y 6).



Fig. 6. Paciente al cabo de un mes de evolución. Nótese cierta descamación cutánea superficial.

Comentarios

El colgajo libre ha cambiado los conceptos tradicionales del transporte de tejido, ya que reduce el número de procedimientos quirúrgicos y las molestias de la inmovilización forzada. Además se utiliza íntegramente el colgajo y se reduce el período de hospitalización y de incapacidad de los pacientes.

Es muy importante indicar que para la realización de este tipo de procedimientos altamente especializados, se requiere de un equipo humano

adestrado en técnicas microquirúrgicas, ya que esta no es labor de un solo individuo; y a la vez, del equipo e instrumental adecuados, ya que la falta de cualquiera de estos componentes hace irrealizable el procedimiento.

El éxito del presente caso se debió a que el equipo humano que realizó el procedimiento ha sido entrenado rigurosamente en el laboratorio de experimentación para realizar técnicas microquirúrgicas; y además, a que se escogió un paciente que, por sus características, proporcionaba un amplio margen de seguridad. Por supuesto, se contó con el equipo humano y el instrumental adecuados.

REFERENCIAS

1. Acland, R.: *The free iliac flap*. Plast. Reconstr. Surg. 64: 30, 1979.
2. Buncke, H. J.: *Free osteocutaneous flap from a rib to the tibia*. Plast. Reconstr. Surg. 59: 799, 1977.
3. Daniel, R. K. y Taylor, G. I.: *Distant transfer of an island flap by microvascular anastomosis*. Plast. Reconstr. Surg. 52: 111, 1973.
4. Harii, K.; Ohmori, K. y Ohmori, S.: *Successful clinical transfer of ten free flaps by microvascular anastomosis*. Plast. Reconstr. Surg. 53: 259, 1974.
5. Harii, K.: *Microvascular surgery and its clinical applications*. Clin. Orthop. 133: 95, 1978.
6. Maxwell, G.; Manson, P. y Hoopes, J.: *Experience with thirteen latissimus dorsi myocutaneous free flaps*. Plast. Reconstr. Surg. 64: 1, 1979.
7. Carrel, A.: *The operative technique of vascular anastomosis and transplantation of organs*. Lyon Med. 98: 859, 1902.
8. Carrel, A.: *Results of the transplantation of blood vessels, organs and limbs*. J.A.M.A. 51: 1662, 1908.
9. Acland, R.: *Experimental skin flap. Transfer by microvascular anastomosis*. En: *Skin flap*. Grabb, M. y Myers, M. (Eds.). Boston, Little Brown & Co. 1975, p. 93.
10. Buncke, H. J. y Schultz, W. P.: *Total ear replantation in rabbit utilizing microminature vascular anastomosis*. Brit. J. Plast. Surg. 19: 15, 1966.
11. Jacobson, J. H. y Suárez, E. L.: *Microsurgery in anastomosis of small vessels*. Surg. Forum 9: 243, 1960.
12. Kaplan, E. H.; Murray, D. E. y Buncke, H. J.: *Distant transfer of cutaneous island flaps in humans by microvascular anastomosis*. Plast. Reconstr. Surg. 52: 301, 1973.
13. O'Brien, B.; MacLeod, A. M.; Hayhurst, J. W. y Morrison, W. A.: *Successful transfer of a large island flap from the groin to the foot by microvascular anastomosis*. Plast. Reconstr. Surg. 52: 271, 1973.