

Colgajo fasciocutáneo tipo lengüeta medial como alternativa para el manejo de defectos de tejidos blandos en pierna

Autores: Claudia Marcela Medina Monje, Juan Gabriel Reatiga Aguilar,
Ximena María Ríos Garrido, Gerardo Vargas Liévano, Laura Cristina
Arzuza Ortega, Juan Camilo Molina Gándara, Diego Alejandro Téllez
Gamarra

**Colgajo fasciocutáneo tipo lengüeta medial como alternativa
para el manejo de defectos de tejidos blandos en pierna**

Introducción

Los defectos de tejidos blandos en la extremidad inferior son frecuentemente causados por traumatismos de alta energía, patologías crónicas como la enfermedad vascular periférica, diabetes^{1,2}, osteomielitis, entre otras^{3,4}.

Los colgajos microquirúrgicos libres, no siempre están disponibles, debido a sus sofisticados requerimientos en recursos físicos y talento humano ⁶, especialmente en regiones de bajos recursos, como Latinoamérica⁷, por lo que los colgajos fasciocutáneos se presentan como una opción terapéutica efectiva. El colgajo fasciocutáneo denominada lengüeta medial, es similar al colgajo peninsular, con la diferencia de que el colgajo medial tiene base en el angiosoma de la arteria tibial posterior y no en el de la arteria safena.

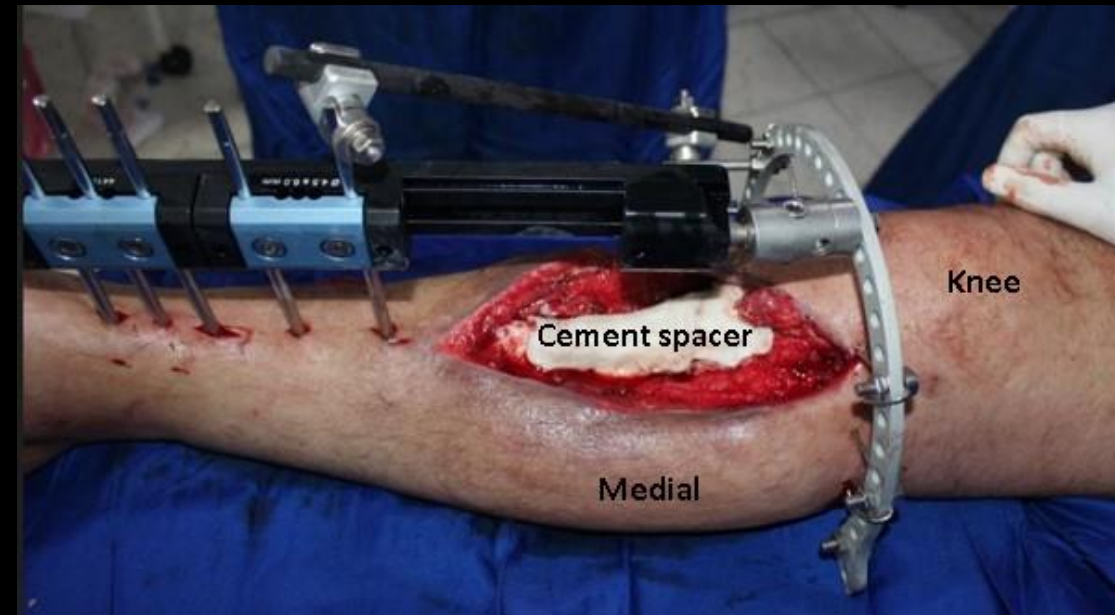
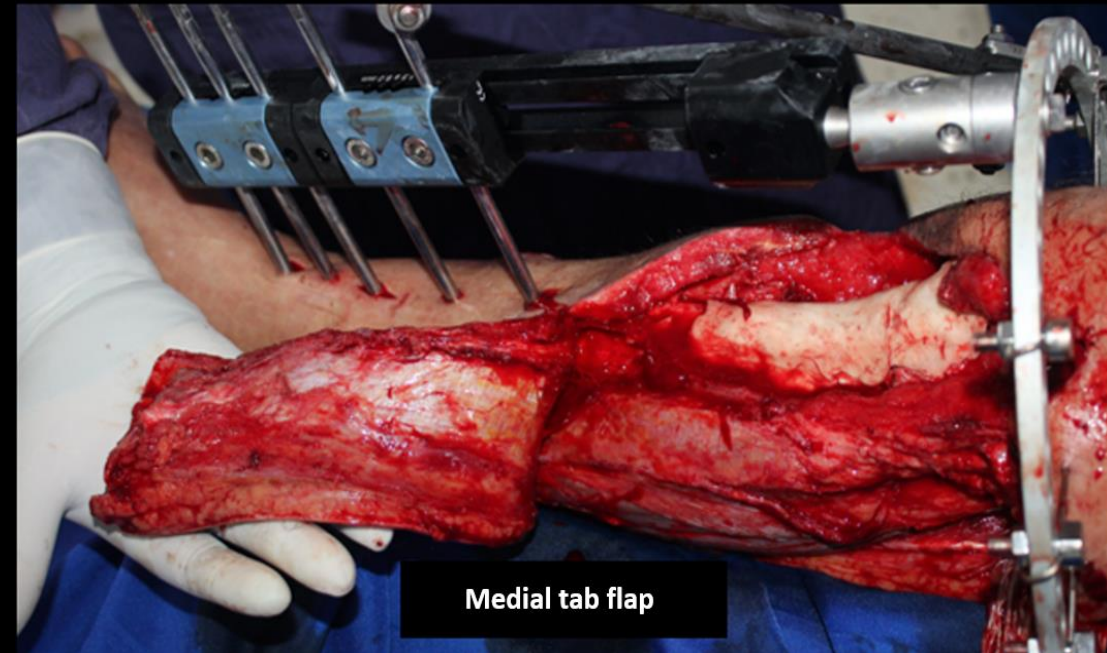
Objetivo: demostrar la eficacia terapéutica del colgajo de lengüeta medial en la reconstrucción de tejidos blandos de la pierna, en comparación con los colgajos convencionales.

Materiales y métodos

Estudio cohorte emparejado con Propensity Score Matching (PSM) por edad, para comparar los resultados de la reconstrucción con colgajos en pacientes con defectos de tejidos blandos en la cara anterior de la pierna intervenidos en un centro de atención de trauma en Barranquilla Colombia, entre 2019 y 2022.

El grupo de casos estaba conformado por 18 pacientes tratados con colgajos tipo lengüeta medial y el grupo control por 46 sujetos intervenidos con colgajos convencionales 15 con colgajo sural, 18 con sóleo y 13 gastrocnemio.

El seguimiento de las cohortes fue de 12 meses del postoperatorio. Se consideraron como variables de desenlace: tiempo quirúrgico en minutos, cicatrización, tiempo de cicatrización en días, complicaciones



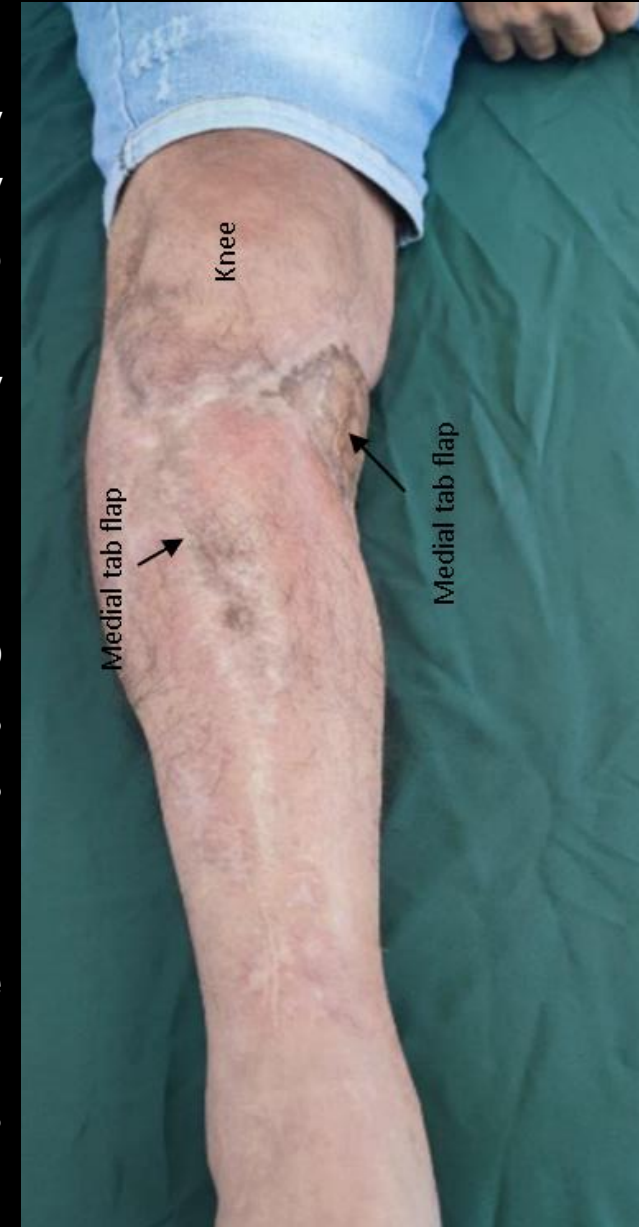
Resultados

Las cohortes de comparación son homogéneas en características sociodemográficas y clínicas ($p > 0,05$). La edad promedio de grupo lengüeta medial fue de $35,5 \pm 16$ años y grupo control $37,7 \pm 16$ años ($p = 0,88$), la proporción de hombres fue de 83% y 85% para la cohorte casos y controles respectivamente. El diagnóstico más frecuente en ambos grupos fue :fractura tibial diafisiaria abierta grado IIIB + osteomielitis (50% y 28% respectivamente).

Resultados Clínicos

Tiempo quirúrgico: Al comparar el tiempo quirúrgico utilizado en los grupos, el tiempo promedio en colgajo de lengüeta fue de $225,2 \pm 117,8$ minutos y para los otros colgajos fue de $191,3 \pm 117$ minutos $p = 0,65$ mostrando que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Cicatrización: La cicatrización completa fue conseguida en el 100% de los colgajos de ambos grupos. Con relación al tiempo de cicatrización, ambos grupos tardaron un promedio de $16 \pm 11,2$ días para lograr la cicatrización, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $p = 0,89$.



Resultados

Complicaciones	Colgajo de lengüeta	Grupo control
Necrosis parcial	0	4 casos (8,7%) Sóleo 1 caso, Sural 3 casos
Dehiscencia de sutura	0	1(2,2%) Sóleo
Fístula	0	1(2,2%) Gastrocnemio
Granuloma de cuerpo extraño	0	2(4,3%) Gastrocnemio
Agrandamiento del defecto	0	1(2,2%) Sóleo

Conclusión

La técnica de colgajo de lengüeta medial es tan eficaz como la técnica convencional de colgajo sural, sóleo y gastrocnemio, con un alto porcentaje de supervivencia, cicatrización completa y ausencia de complicaciones importantes en este grupo de estudio. El tiempo quirúrgico y el tiempo de cicatrización también son similares a los de los colgajos convencionales.

Por lo tanto, la técnica de la lengüeta medial se recomienda como tratamiento de los defectos de tejidos blandos en la región anterior de la pierna y puede ser utilizada como primera opción terapéutica cuando el uso de otros colgajos convencionales está contraindicado; además, es una técnica que puede ser realizada por un cirujano ortopédico que no cuente con entrenamiento en técnicas microquirúrgicas.