

## Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Gómez-Escolar Larrañaga, L.; Delgado Martínez, J.; Gondra Elguezabal, A.; González Peirona, E.

Colgajo póstero-medial de muslo (adductor): a propósito de un caso

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 34, núm. 4, octubre-diciembre, 2008, pp. 295-298

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537833006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Colgajo póstero-medial de muslo (adductor): a propósito de un caso

## Postero-medial thigh flap (adductor flap): case report



Gómez-Escolar Larrañaga, L.\*, Delgado Martínez, J.\*\*, Gondra Elguezabal, A.\*\*, González Peirona, E.\*\*\*

Gómez-Escolar, L.

### Resumen

En pacientes con úlceras masivas o confluentes en la región glútea, puede ser necesaria la amputación de la extremidad inferior y la reconstrucción mediante colgajos totales de muslo para la cobertura del defecto. Esta técnica es muy agresiva y además de las evidentes secuelas físicas que crea puede generar importantes trastornos psíquicos para el paciente.

Presentamos el caso de una paciente con una gran úlcera por decúbito en la región isquio-trocantéreo-sacra en la que se empleó el colgajo Adductor como alternativa a la amputación de la extremidad inferior.

### Abstract

Amputation of the lower extremity and total thigh flaps may be necessary for coverage in patients with massive multiple or confluent sores in the buttock region. This is an aggressive technique with important physical and psychological consequences for the patient.

The Adductor flap was used as an alternative of the amputation in a patient with a big ischial-trocanteric-sacral pressure sore.

**Palabras clave** Úlceras por presión. Colgajos quirúrgicos. Amputación

**Código numérico** 4021-40212

**Key words** Pressure sores. Surgical flap. Amputation.

**Numeral Code** 4021-40212

\* Médico Interno Residente.

\*\* Médico Adjunto.

\*\*\* Jefe de Servicio.

Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

## Introducción

Las grandes úlceras de la región sacro-ilíaco-isquiática presentan un problema de cobertura importante. Una de las opciones más empleadas para su cierre es la desarticulación de la cadera, técnica que presenta una alta morbi-mortalidad por tratarse de una cirugía muy agresiva.

La opción que planteamos en el presente artículo es la cobertura de este tipo de defectos mediante colgajo adductor o postero-medial del muslo, basado en la arteria perforante musculocutánea proximal del músculo adductor mayor y sus venas concomitantes.

## Material y método

### Técnica quirúrgica

La región póstero-medial del muslo es un territorio delimitado en su zona superior por el músculo glúteo inferior, lateralmente por la musculatura isquiotibial, medialmente por los músculos adductores del muslo e inferiormente por la fosa poplítea. Los colgajos de esta zona se pueden basar en ramas de la arteria femoral profunda, como es el caso del que presentamos, o en la rama descendente de la arteria glútea inferior (1).

El colgajo adductor o póstero-medial del muslo, es un colgajo de perforantes basado en la arteria musculocutánea proximal del adductor mayor, que es la primera rama medial de la arteria femoral profunda. Presenta un calibre importante, de 0,8 a 1,1 mm de diámetro, lo que permite obtener colgajos de mayor extensión cutánea que con el colgajo del músculo recto interno del muslo. La isla de piel que se obtiene con este colgajo puede medir hasta 30x23 cm (2).

Para diseñar y tallar el colgajo del adductor mayor colocamos al paciente en decúbito lateral o en decúbito prono. Habitualmente la arteria perforante del músculo se localiza en un punto situado 8 cm distal al pliegue inguinal y 2 cm lateral al borde posterior del

músculo recto interno. El músculo adductor mayor no se puede identificar por palpación, ya que es profundo con respecto a otros músculos de la zona.

Dibujamos un colgajo rectangular en torno al punto previamente marcado, tomando como borde anterior el borde anterior del músculo recto interno y como borde posterior el septo intramuscular lateral del muslo.

El colgajo se levanta de distal a proximal hasta visualizar la perforante cutánea emergiendo a través de la fascia profunda. El pedículo es siempre posterior al borde posterior del músculo recto interno, del semimembranoso y del semitendinoso (Fig.1). Una vez localizado el eje vascular se termina la disección levantando el borde anterior del colgajo, lo que permite su rotación (3,4) (Fig. 2).

### Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 41 años de edad, fumadora, con antecedentes de mielomeningocele congénito y paraplejia secundaria y con una nefrostomía en la infancia. Había sido operada 3 años antes en nuestro Servicio por presentar una úlcera sacra, realizándose un colgajo glúteo. Desde entonces no había presentado ninguna recidiva debido a su buena higiene postural domiciliaria.

Seis meses antes de acudir de nuevo a nuestro Servicio, sufrió una fractura de fémur, por lo que tuvo que portar una férula pelvi-pédica de yeso. La imposibilidad de movilización y de cambios posturales que la paciente realizaba habitualmente en su domicilio, le ocasionaron la aparición de una gran úlcera en la región sacra, motivo por el cual fue remitida a nuestra consulta para valoración. Presentaba en ese momento una gran úlcera isquiotruncante-sacra de unos 20 x 25 cm, con trayecto fistuloso hacia pala iliaca y que en algunas zonas profundizaba hasta plano óseo con exposición del sacro. Se recomendó ingreso hospitalario que la paciente rechazó por motivos personales,



Fig. 1. Tallaje del colgajo adductor o colgajo póstero-medial del muslo.

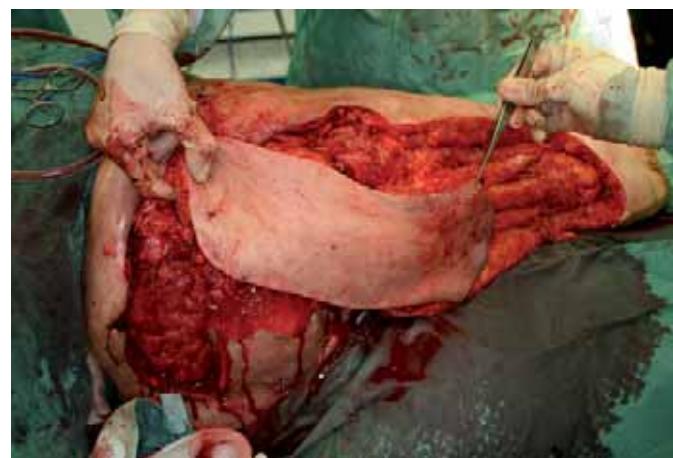


Fig. 2. Rotación del colgajo.



Fig. 3. Estado preoperatorio de la paciente.

acudiendo de nuevo a las 3 semanas, momento en que la úlcera medida ya 24 x 30 cm (Fig. 3).

Durante el ingreso y debido a la gran úlcera que presentaba se le realizó una colostomía. La paciente tenía un mal estado general, con alteraciones analíticas importantes tanto en las cifras de hematocrito como en las de proteínas totales, por lo que se tuvo que iniciar nutrición parenteral para remontar su estado general.

Para cerrar el gran defecto que presentaba fue intervenida y se le realizó un colgajo póstero-medial de muslo, para lo cual procedimos a desbridar la úlcera y cubrirla posteriormente mediante el colgajo anteriormente descrito como alternativa a la desarticulación de la cadera.

La intervención duró unas 5 horas y se desarrolló sin contratiempos. La zona donante del colgajo se cerró directamente en su mayor parte, teniendo que cubrir solo la porción distal con un injerto de piel parcial tomado del muslo contralateral (Fig.4). Durante el postoperatorio la paciente permaneció en la UCI 2 días para control de su situación metabólica, tras lo que fue trasladada de nuevo a planta hospitalaria.

A los 15 días, el colgajo presentaba buen estado, con adecuado relleno capilar. A pesar de ello, el estado general de la paciente empezó a deteriorarse. Comenzó con una insuficiencia hepato-renal progresiva que tras un diagnóstico exhaustivo por el Servicio de Medicina Interna se catalogó como secundaria a alteraciones biliopancreáticas derivadas de la nutrición parenteral. Tras valoración por el Servicio de Nefrología, se inició tratamiento con diálisis, que mejoró las cifras de creatinina aunque se manifestó una hipoproteinemia severa que no se consiguió remontar. A la cuarta semana de postoperatorio, la paciente presentó fiebre alta de origen desconocido



Fig. 4. Postoperatorio inmediato.

que evolucionó a sepsis y fracaso multiorgánico que provocaron el fallecimiento.

## Discusión

Planteamos la opción del empleo del colgajo adductor de muslo como alternativa a la desarticulación de la cadera para cobertura de grandes úlceras sacro-ilíaco-isquiáticas, que por su dimensión no pueden ser cubiertas con los colgajos habituales del muslo (5,6).

La desarticulación de la cadera es una técnica con la que también se obtiene amplia cobertura cutánea pero es un procedimiento quirúrgico muy agresivo y que suele precisar politransfusiones.

El colgajo adductor supone una alternativa a la desarticulación porque además de ser una técnica más sencilla y con menor morbi-mortalidad, hemos comprobado que nos permite tallar un colgajo de grandes dimensiones, llegando hasta hueco poplíteo, suficiente para poder cubrir grandes úlceras en zona sacra (7).

Un inconveniente que presenta la realización de dicho colgajo es la necesidad de injertar la zona donante. Sin embargo, en pacientes parapléjicos, debido al exceso de piel derivado de la atrofia muscular que habitualmente presentan, el defecto se puede cerrar más fácilmente.

## Conclusiones

Ante grandes úlceras sacro-ilíaco-isquiáticas existe la posibilidad de cubrirlas con un colgajo adductor de muslo o mediante la desarticulación de la cadera del paciente.

Nosotros preferimos la primera opción por considerarla menos agresiva y con menos secuelas físicas y psíquicas para el paciente.

## Dirección del autor

Dra. Lucía Gómez-Escolar Larrañaga  
Servicio de Cirugía Plástica.  
Hospital Miguel Servet.  
Paseo Isabel la Católica 1-3. Zaragoza. España  
e-mail: luciagomezescobar@yahoo.es

## Bibliografía

1. **Allen R.J., Pons G.**: “ Colgajos de perforantes de arteria glútea superior y arteria glútea inferior”. Cir. plást. iberolatinoam. 2006, 32 (4): 259.
2. **Ahmadzadeh R., Bergeron L., Tang M., Geddes C.R. y Morris S.F.**: “The posterior thigh perforator flap or profunda femoris artery perforator flap.” Plast. Reconstr. Surg. 2007; 119:194.
3. **Rubin J.A., Whetzel T.P. y Stevenson T.R.**: “The posterior thigh fasciocutaneous flap: Vascular anatomy and clinical application.” Plast. Reconstr. Surg. 1995; 95: 1228.
4. **Angrigiani C., Grilli D. y Thorne C.H.**: “The Adductor Flap: A New Method for Transferring Posterior and Medial Thigh Skin.” Plast. Reconstr. Surg. 2001;107:1725.
5. **Maruyama Y., Ohnishi K. y Takeuchi S.**: “The lateral thigh fascio-cutaneous flap in the repair of isquial and trochanteric defects.” Br. J. Plast. Surg. 1984;37:103.
6. **Homma K., Murakami G., Fujita T., Imai A y Ezoe K.**: “Treatment of isquial pressure ulcers with a posteromedial thigh fasciocutaneous flap.” Plast. Reconstr. Surg. 2001; 108:1990.
7. **Conway H., Kraissl L., Clifford R. H., Gelb J., Joseph J. M. y Leveridge L. L.**: “The plastic surgical closure of decubitus ulcers in patients with paraplegia.” Surg. Gynecol. Obstet. 1974;85:321.