



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION



11211
1925

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN.
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

COLGAJO INTEROSEO POSTERIO COMO ALTERNATIVA EN LA
RECONSTRUCCION DE CUBIERTA CUTANEA EN LESIONES DE MANO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A D O P O R :

DR. JOSE ERNESTO ROJAS ACEVEDO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN :

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

DIRECTOR DE TESIS. DR. RICARDO CESAR PACHECO LOPEZ

1998

265860

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

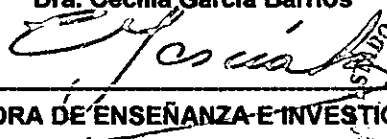
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Vo. Bo.
Dr. Jorge Gonzalez Renteria.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

Vo. Bo.
Dra. Cecilia Garcia Barrios



DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DIRECCION GENERAL DE
INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DEDICATORIAS:

... Que es la Vida y que la Muerte. Cuando se es Cirujano General, se puede enfrentar a la muerte en muchas ocasiones y tener la gran responsabilidad de decidir entre el vivir o morir, y cuando tenemos la suerte de la primera nos sentimos como toreros después de librar una gran faena, y salimos triunfantes por la puerta Grande, y es cuando nos sentimos Dioses. Pero cuando se es Cirujano Plástico se tiene la oportunidad de tener entre nuestras manos la posibilidad de devolver la sonrisa a un niño de L.P.H. o el rostro al quien sufrió los estragos de una quemadura, o por que no el poder otorgar un bello rostro al quien vive de los aplausos del público. Y es cuando se tiene la oportunidad de crear, modificar o hacer arte y sentimos que estamos más cerca de Dios, y reflexionamos para preguntarnos; que es la Vida y que la Muerte ...

J . E . R . A .

*** A LA MEMORIA DE :**

**DR. HENRY JOSE MORA.
SRA. LUISA MORA.
CESAR ELOY CABELLO RAMOS.
DIANA SPENCER**

Q. E. P. D.

*** A MI HIJO JOSE ALEJANDRO
PEQUEÑO ANGEL QUE LLEGO
A MI VIDA MOTIVANDOME A
SEGUIR SOÑANDO...**

*** A MIS PADRES:
POR SEGUIR CONFIANDO
CON CARINO Y AMOR**

*** A MI ESPOSA GUILLE
POR SU COMPAÑIA Y
AMOR PARA SOPORTARME
DURANTE TODOS ESTOS
AÑOS**

AGRADECIMIENTO ESPECIAL:

**DR. JORGE GONZALEZ RENTERIA.
JEFE DEL CURSO DE POSTGRADO
DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
DEL S.S.D.D.F.**

**POR DARME LA OPORTUNIDAD DE SER CIRUJANO PLASTICO
Y SOBRE TODO DEPOSITAR EN MI SU CONFIANZA Y AMISTAD.**

**DR. JORGE RENE OROPEZA MORALES.
PROFESOR DEL CURSO DE CIRUGIA PLASTICA
Y RECONSTRUCTIVA DEL S.S.D.D.F.**

**POR BRINDARME SU AMISTAD Y DARME SUS BUENOS CONSEJOS
Y ENSEÑANZAS A TIEMPO EN ESTE MUNDO TAN DIFICIL DE LA
CIRUGIA PLASTICA.**

AGRADECIMIENTOS:

- * **INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.**
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR LA ESPECIALIDAD.
- * **A DIOS.**
POR SER LO QUE SOY Y ACOMPAÑARME SIEMPRE.
- * **DRA. GUILLERMINA HERNANDEZ.**
POR SU PACIENCIA CONFIANZA Y AMOR.
- * **DR. JOSE CUPERTINO ROJAS Y SRA. ROSA ELENA ACEVEDO.**
POR SU APOYO DE SIEMPRE.
- * **DR. LEMARX JOSE ROJAS ACEVEDO, DAISY Y JOSE GUILLERMO.**
POR SU APOYO, CONFIANZA Y CARIÑO INCONDICIONAL.
- * **DR. TOREDIT ALFREDO ROJAS ACEVEDO, ARACELI Y ANREA.**
POR SU CONFIANZA Y CARIÑO.
- * **DR. ALEXEI SALVADOR ROJAS ACEVEDO Y REIMAIRA.**
POR SU APOYO, CONFOANZA Y MUESTRAS DE CARIÑO.
- * **SRAS. CARMEN CUMANA Y ANA MARIA ROJAS,**
MIS ABUELAS.
- * **DON RAFAEL HERNANDEZ Y DOÑA GUILLERMINA NAVARRO.**
MIS SUEGROS.
- * **LIC. PEDRO NEL COLLEY Y BETTY HERNANDEZ.**
MI COMADRE Y CONCUÑADO.
- * **DR. FERNANDO ANTONIO MORA Y FAMILIA.**
MI PRIMO Y HERMANO MAYOR.
- * **LIC. ELSA BATISTA, CAREL Y CARLOS PEREZ.**
MI COMADRE, MI AHIJADA Y MI HERMANO DE SIEMPRE.

- * **SRA. PATRICIA RODRIGUEZ Y JESUS LABRADOR.**
MI AMIGA Y MI HERMANO DE SIEMPRE.
- * **DR. ROBERTO LEAL Y DRA. BLANCA TOLEDO.**
MI AMIGO, HERMANO Y FAMILIA DE MEXICO.
- * **DR. JUAN BOSCO RUIZ PADILLA Y CLAUDIA.**
*MI COMPAÑERO DE RESIDENCIA, POR SU AMISTAD INCONDICIONAL,
Y DARME LA OPORTUNIDAD DE SER MI NUEVO HERMANO EN
MEXICO.*
- * **DRA. ROSA MARIA CARREON.**
POR SU APOYO, CARIÑO Y CONFIANZA INCONDICIONAL.
- * **DR. ALEJANDRO ACOSTA.**
POR SU AMISTAD.
- * **DRES. ISIS MATEOS Y HELIO LOZANO.**
MIS NUEVOS AMIGOS, POR SIEMPRE.
- * **UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA.**
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE SER MEDICO.
- * **SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. S.S.D.D.F.**
*HOSPITAL GENERAL "DR. RUBEN LEÑERO".
HOSPITAL GENERAL DE XOCO.
HOSPITAL PEDIATRICO DE TACUBAYA.
POR PERMITIRME ESTAR Y CONVIVIR CON ELLOS.*
- * **DERMATOLOGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA".**
POR PERMITIRME CONVIVIR Y APRENDER DE ELLOS.
- * **DR. ZACARIAS VELAZQUEZ Y CARMEN.**
POR SU APOYO Y CONFIANZA DE SIEMPRE.
- * **DR. ARTURO GARCIA.**
POR SU APOYO, AMISTAD DE SIEMPRE.
- * **FAMILIA RIAÑO BAUTE.**
POR SU APOYO Y COMPAÑIA DE SIEMPRE.

- * **FAMILIA ROJAS ACEVEDO.**
POR SU APOYO INCONDICIONAL DE SIEMPRE.
- * **FAMILIA HERNANDEZ NAVARRO.**
POR SU APOYO INCONDICIONAL DE SIEMPRE.
- * **VENEZUELA.**
TIERRA QUE ME VIO NACER.
- * **COLOMBIA.**
POR DARMER UNA FAMILIA.
- * **MEXICO.**
*POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE HACERME PRIMERO MEDICO,
DOBLEMENTE ESPECIALISTA Y SOBRE TODO HOMBRE DE BIEN.*

MUCHAS GRACIAS ...

CONTENIDO.

TEMA	PAGINA
TITULO.....	1
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	4
HIPOTESIS.....	5
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	6
TIPO DE ESTUDIO Y CRITERIOS.....	7
VARIABLES.....	8
CRONOGRAMA.....	9
MATERIALES.....	10
METODOS.....	11
FIGURAS.....	13
CASOS CLINICOS.....	14
RESULTADOS.....	18
DISCUSION.....	19
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TITULO:

**COLGAJO INTEROSEO POSTERIOR COMO
ALTERNATIVA EN LA RECONSTRUCCION
DE CUBIERTA CUTÁNEA EN LESIONES DE MANO.**

INVESTIGADOR:

DR. ROJAS ACEVEDO ERNESTO.

ASESOR:

DR.PACHECO LOPEZ RICARDO CESAR.

**HOSPITAL: DR. RUBEN LEÑERO.
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA.
S.S.D.D.F.**

DEFINICION DEL PROBLEMA:

¿ ES UTIL EL COLGAJO INTEROSEO POSTERIOR COMO ALTERNATIVA QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES DE CUBIERTA DE LA MANO ?

En el Hospital DR. RUBEN LEÑERO, son variados los traumatismos y lesiones de mano, atendidas por el Servicio de CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA . De estas lesiones un porcentaje importante obedece a las lesiones de cubierta cutánea de la mano, estos problemas usualmente son tratados de acuerdo a su gravedad de distintas maneras, entre las cuales podemos mencionar injertos cutáneos, colgajos locales, colgajos libres, etc.

Específicamente en las lesiones cutáneas del dorso de la mano están descritas diversas técnicas quirúrgicas de tratamiento. Nosotros pensamos que el Colgajo de antebrazo basado en la arteria Interósea Posterior viene a conformar una alternativa quirúrgica útil para el tratamiento de este tipo de lesiones.

ANTECEDENTES:

En el año de 1985 el Dr. Zancolli y el Dr. Angrigiani, describieron el COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR, fue presentado en el Sexto Curso Europeo en Umea, Suecia, en esa ocasión se distribuyeron copias entre los asistentes de los esquemas anatómicos y diseño del colgajo (11,12).

Describieron este colgajo como de tipo reverso basado en la arteria interósea posterior del antebrazo, proponiéndolo como una opción mas en el tratamiento de lesiones cutáneas de la mano. Estos autores describieron la anatomía y presentaron 25 casos clínicos tratados con este tipo de colgajos, basados en la arteria interósea posterior del antebrazo. (11).

El Dr. Penteado y colaboradores, publicaron un estudio anatómico de la forma de diseccionar el colgajo y elevación del mismo.

En 1988 se publico en la Revista de J.Hand Surg. Br. un articulo refiriéndose a este colgajo teniendo a los autores, al Dr. Zancolli y al Dr. Angrigiani, en el presente articulo se mostraba la forma del diseño del colgajo y la experiencia de aplicación del mismo en distintos casos de lesiones de cubierta de mano. (11,12).

Posterior a estos artículos en distintas partes del mundo y por distintos investigadores se ha utilizado este colgajo, mostrando sus experiencias, aunque hay que reconocer que no ha sido aceptados por otros. Esto puede obedecer a dificultades en la disección, Inexperiencia microquirurgica, deficiencias técnicas y de equipo quirúrgico, etc.

En Brasil este tipo de colgajo es bastante utilizado por el Dr. Ferreira y sus colaboradores publicando artículos en los años 1991 y 1995.(5).

También este colgajo interóseo posterior ha sido utilizado por Doctores Japoneses como el Dr. Shibata. M. y colaboradores, publicando sus experiencias en la revista de Plast. and Reconst. Surg. de 1997. En estos artículos muestra las desventajas y ventajas que ofrece el colgajo interóseo posterior, experiencia clínica y la diferencia de usarlo como colgajo pediculado o en forma libre. También presentando estudios anatómicos en cadáveres. (9.10).

Autores Polacos también han presentando su experiencia pero con casos aislados en 1996.

JUSTIFICACION.

Los traumatismos de la mano son lesiones frecuentes en nuestro Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Dr. Ruben Leñero del S.S.D.D.F. ocupando un lugar importante en las estadísticas quirúrgicas del servicio.

Dentro de estas lesiones las que requieren un tratamiento para la cubierta cutánea son de gran significancia. De estas lesiones son variables los tipos de técnicas quirúrgicas para la corrección de estos problemas, dentro de las cuales podemos mencionar desde la colocación de injertos de piel, colgajos locales, colgajos libres, etc. (2,3)

Cuando se utilizan colgajos pediculados o libres, uno de los mas usados es el colgajo Radial o Chino como también se le conoce, este tipo de colgajo obviamente se basa en la arteria Radial. Además de ser un colgajo muy versátil presenta algunos inconvenientes como lo es el de SACRIFICAR una de las arterias principales de la circulación de la mano.

El área donadora casi siempre necesita de la aplicación de injertos cutáneos, además en pacientes obesos el grosor del colgajo , requiere de posteriores cirugías para adelgazamiento del mismo. (3)

Por estas razones pensamos que el colgajo Interóseo Posterior ofrece una alternativa mas el la reconstrucción de lesiones cutáneas del dorso de la mano además de lesiones distales digitales, teniendo como ventajas que NO sacrifica una de las arterias principales de la circulación de la mano, es un colgajo delgado, de las mismas características de la piel del dorso, puede usarse como colgajo libre, el cierre es directo en el are donadora. (11)

El propósito de este estudio es el de verificar la utilidad del colgajo interóseo posterior, ver si es fácil su disección y levantamiento, que tanto en área se puede utilizar, ver si existen variaciones anatómicas.

HIPOTESIS.

Las lesiones de mano que requieren cubierta cutánea son tratadas con colgajos locales fasciocutaneos, en los cuales se sacrifican arterias principales de la circulación de la mano, por lo que el Colgajo Interóseo Posterior es una alternativa quirúrgica en la cual no se sacrifican estas arterias.

El Colgajo Interóseo Posterior de antebrazo es versátil, delgado, de las mismas características de piel del dorso de la mano y puede cubrir defectos pequeños y medianos que requieren tratamiento de cubierta cutánea.

El defecto dejado en el área donadora del antebrazo puede ser cerrado directamente sin ser necesario la aplicación de injertos.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se atenderán pacientes que ingresen al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Dr. Ruben Leñero, que presenten lesiones de la mano que requieran tratamiento de cubierta cutánea, realizándosele un colgajo interóseo posterior.

También se realizaran disecciones en cadáveres para verificar la constancia de la anatomía de la región.

TIPO DE ESTUDIO:

PROSPECTIVO.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluirán a los pacientes que requieran tratamiento de cubierta cutánea para defectos cutáneos de lesiones en mano sin importar sexo, nivel socioeconómico.

También se realizarán disecciones en cadáveres.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

No se incluirán pacientes pediátricos, o menores de 18 años, pacientes que presenten otras enfermedades crónicas como la Diabetes, Cáncer, etc.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Se eliminarán pacientes que presenten alteraciones anatómicas de la arteria interósea posterior, pacientes con defectos cutáneos extensos, que requieran otro tipo de colgajos.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Pacientes con defectos grandes de cubierta cutánea de lesiones de mano.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Pacientes con variaciones anatómicas de la arteria interósea posterior.

VARIABLE CONTROL:

Pacientes pediátricos y adolescentes.

CRONOGRAMA:

			MES	AÑO
ETAPA	1	MANEJO E INSTRUMENTACION	05	97.
ETAPA	II	DESARROLLO DE TECNICAS	07	97.
ETAPA	III	OBTENCION DE DATOS	06	97.
ETAPA	IV	ANALISIS DE RESULTADOS	12	97.
ETAPA	V	TECNICO FINAL	12	97.

MATERIALES:

Se realizara el Colgajo Interóseo Posterior a pacientes que se internen en el Hospital Dr. Ruben Leñero a cargo del Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva , que presenten lesiones de mano en las cuales se necesite una cubierta cutánea, específicamente para lesiones que comprometan el dorso de la mano, primer espacio o para lesiones distales digitales.

Se realizaran estudios radiólogos del antebrazo ipsilateral de la mano afectada, se contara con exámenes de laboratorio como: biometría hemática, tiempos de protombina y tromboplastina.

Se usara el Doppler para rastrear el trayecto de la arteria interosea posterior en el antebrazo.

Se usara equipo de microcirugía específico.

También lupas de aumento de 3.5 X.

También se realizaran disecciones en cadáveres con la ayuda del SEMEFO, para lo cual se utilizara el mismo material básico quirúrgico mencionado anteriormente,

El material de sutura a emplear será del tipo Nylon del 6.0, 5.0, 4.0, material microquirurgico del 8.0, 9.0 y 10.0.

METODOS:

Una vez diagnosticado el defecto a cubrir y con resultados de estudios de laboratorio y cubiertos todos los requisitos preoperatorios del paciente se procederá a realizar el diseño del colgajo en el antebrazo de la manera siguiente:

Se traza una línea imaginaria desde el epicóndilo lateral externo hasta la unión radiocubital distal. Se mide desde una distancia desde el epicóndilo de 6 cm. aproximadamente, desde este punto se traza la longitud del colgajo en sí que esta debe ser máximo de 10 cm. Si se divide el antebrazo en tercios el colgajo debe corresponder al tercio medio. (Fig. 1 , 2).

El ancho máximo debe ser de 3 cm a 3,5cm máximo para que el defecto en el área donadora de un cierre directo.

Una vez trazado el colgajo, se realiza un rastreo de la arteria interósea posterior por medio de estudio Doppler.

Estas marcaciones se realiza con azul de metileno o marcador especial para piel.

Levantamiento del colgajo:

Previa colocación de isquemia en el miembro afectado, se procede con un bisturí de hoja 15 a realizar la incisión distal al colgajo unos 2cm. aprox. se debe de identificar a las arterias septocutaneas del colgajo, posteriormente se corta la extensión del colgajo en sí y se continua en dirección longitudinal hasta la articulación radiocubital en dirección cubital hasta identificar la anastomosis con la arteria interósea anterior.

Se debe tener mucho cuidado de no lesionar el nervio interóseo e identificar muy bien la vena concomitante, todo esto se debe realizar con instrumental microquirurgico y lupas de aumento.

Se debe ligar la arteria en su extremo proximal , para su posterior rotación hacia el defecto a cubrir, para después suturarlo con Nylon del 5.0.

Se deja una inmovilizacion con férula de yeso, además de tomar las precauciones de la misma forma cuando se realizan procedimientos quirúrgicos, se dejan medicamentos del tipo Dextran a razon de 500cc. para 24hrs. I.V. Antibioticoterapia y análgicos I.V.

DISECCION EN CADAVER.

Esta se llevara a cabo en el Servicio de Patología del Hospital Dr. Ruben Leñero y en el SEMEFO de la Ciudad de México.

Se realizaran disecciones en ambos antebrazos de un solo cadáver, se debe utilizar la misma técnica microquirúrgica.

Los resultados se analizaran según un análisis estadísticos comparativamente con la X² para calculo de significancia en base a :

1) Al éxito de sobrevivencia del colgajo.

2) Perdida del colgajo por necrosis.

Calificándolos de la manera siguiente:

A. Buena evolución = sin complicaciones.

B. Mala evolución = con complicaciones.

De los resultados en las disecciones en cadáveres, se analizaran la anatomía de la región, si existen anomalías o variantes anatómicas en relación al trayecto de la arteria interósea posterior.

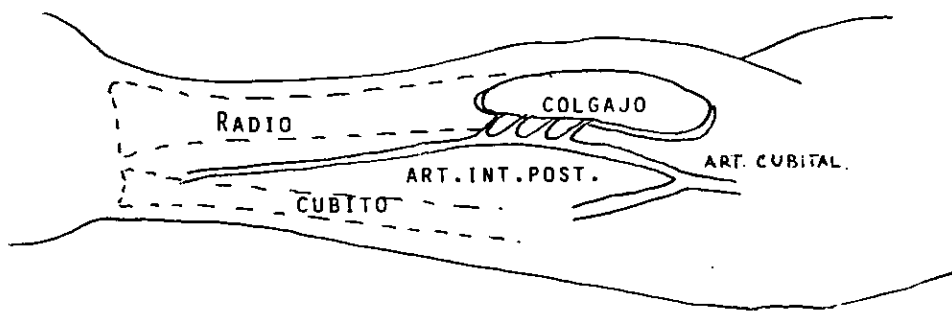


FIG. 1. DISEÑO DEL COLGAJO INTEROSEO POSTERIOR.

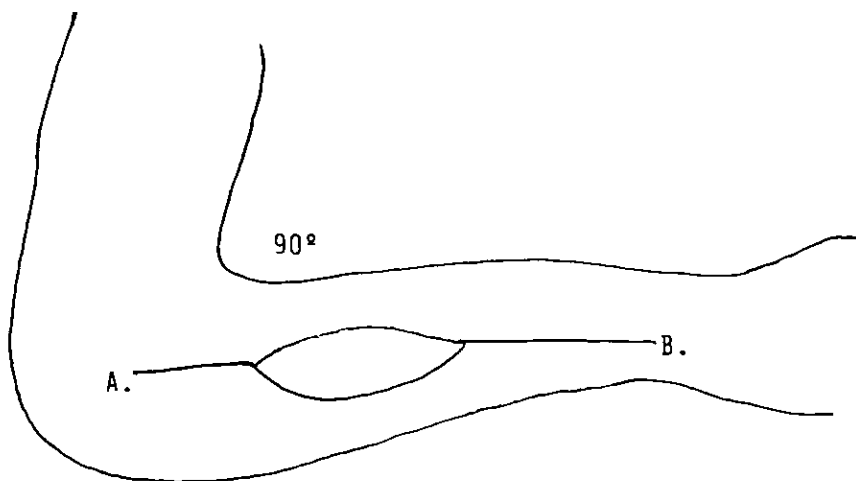
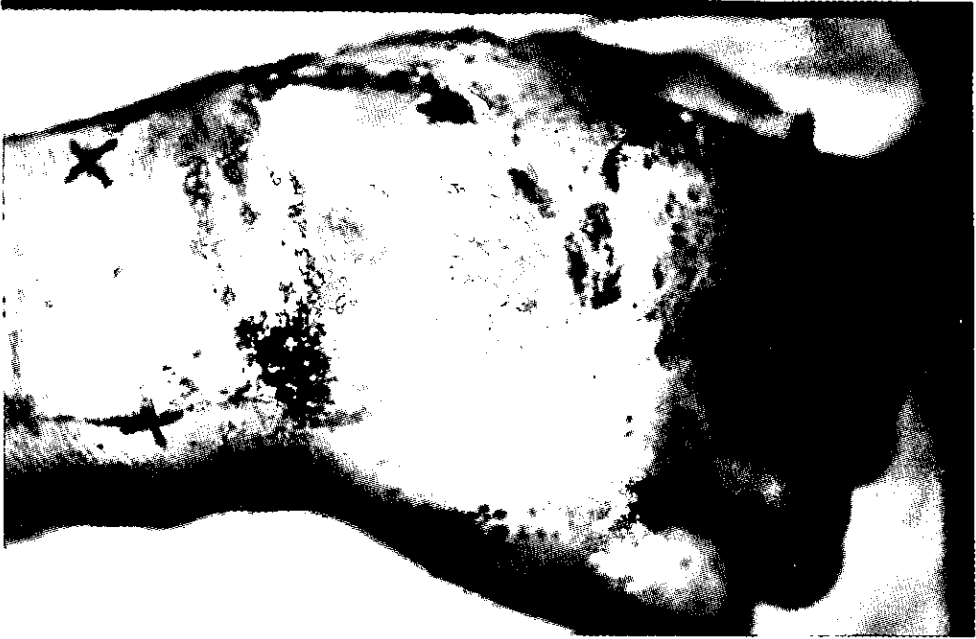
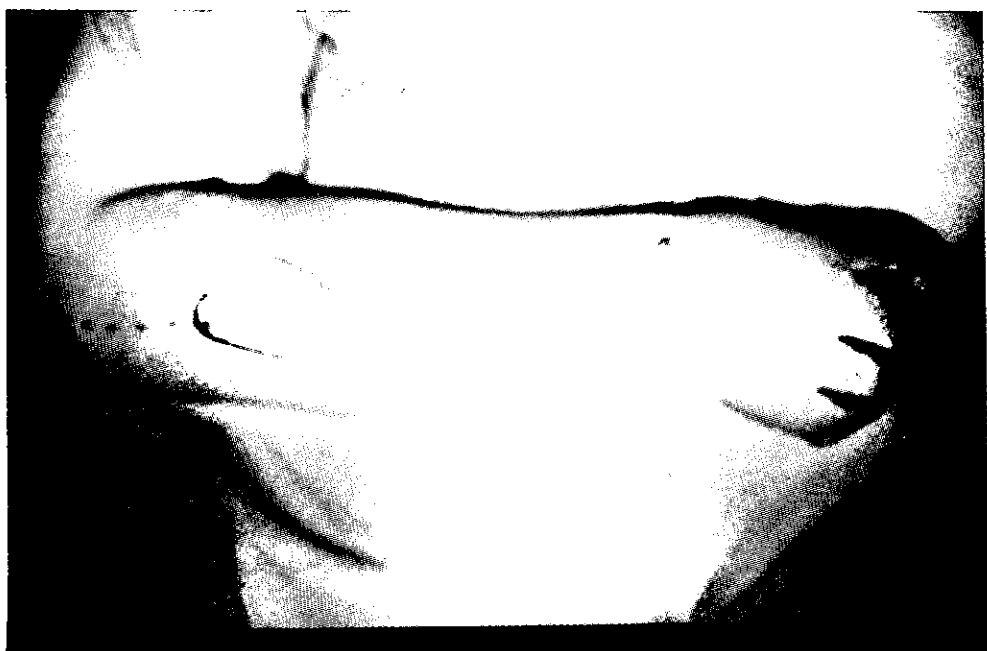


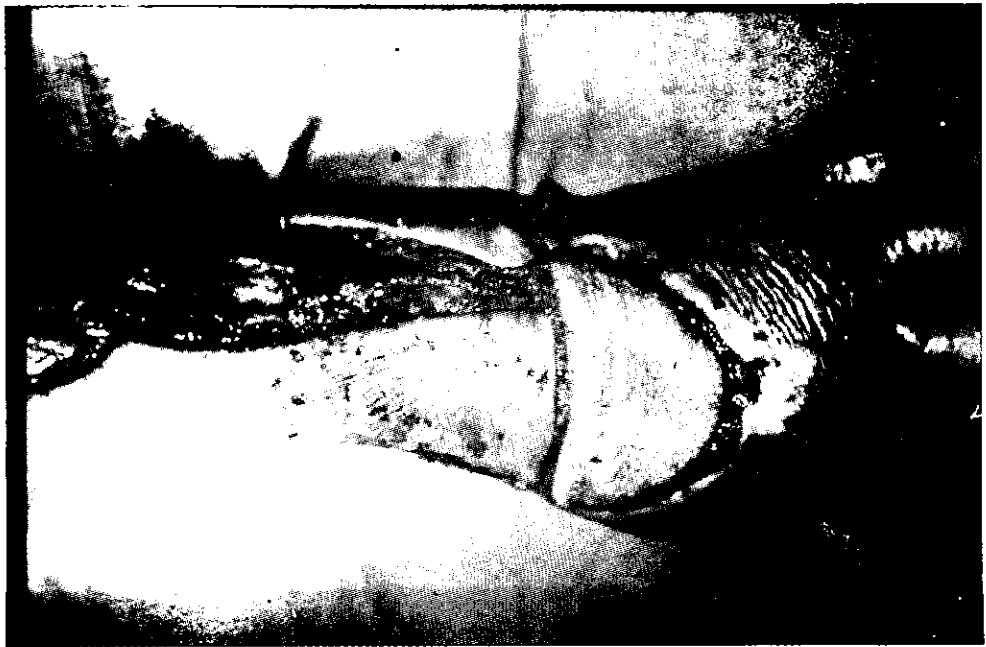
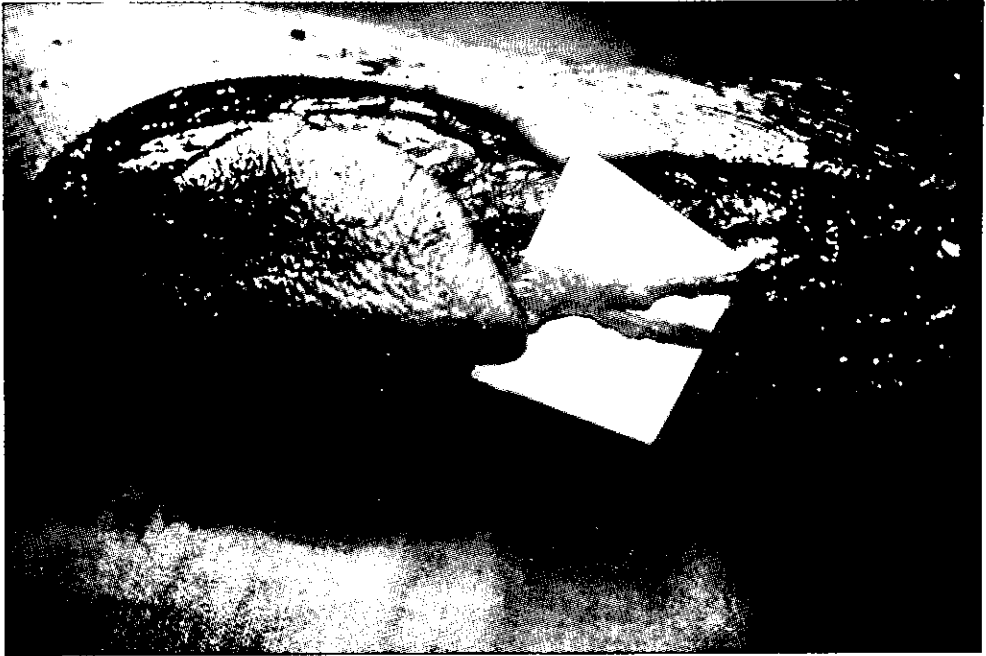
FIG. 2. DISEÑO DEL COLGAJO. A. EPICONDILLO LATERAL EXTERNO. B. ART. RÁDIOCUBITAL. ANTEBRAZO EN FLEXION DE 90°.

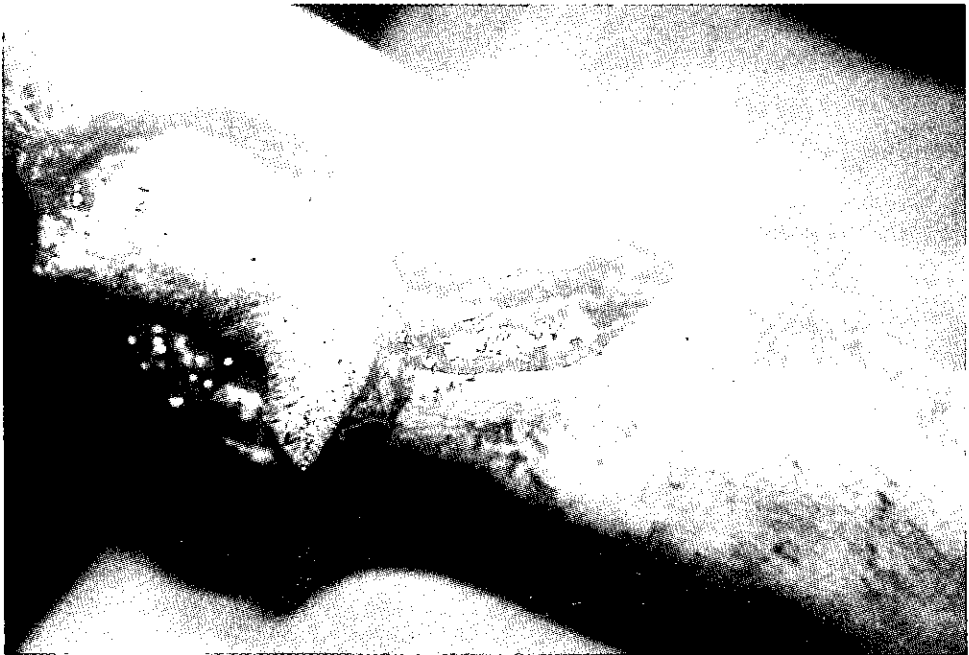
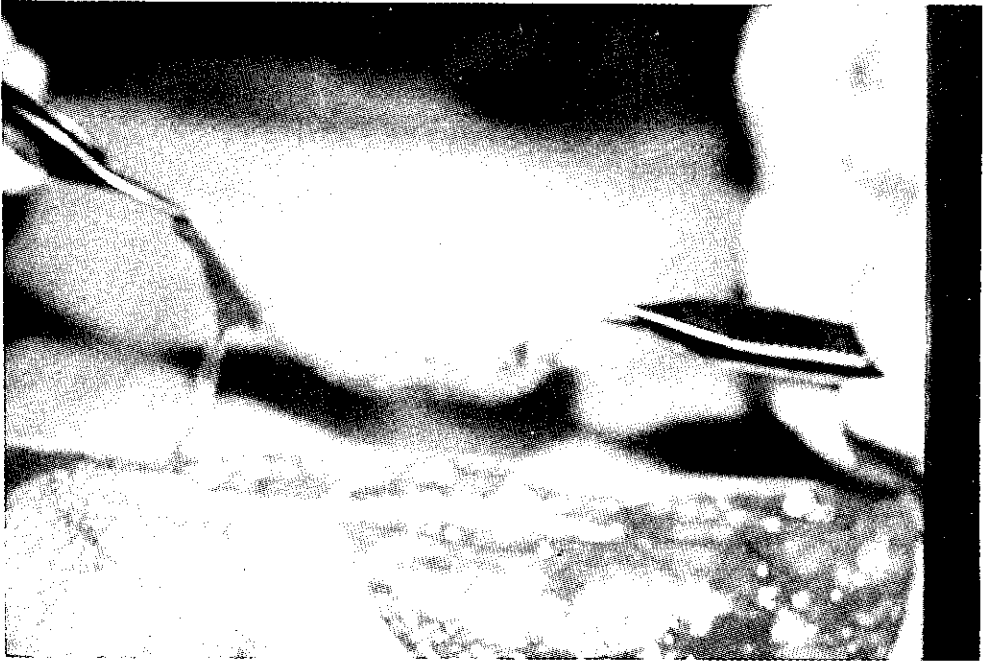
CASOS CLINICOS.



CASOS CLINICOS.







RESULTADOS:

Se realizaron dos colgajos de arteria interósea posterior, el primer caso se trata de paciente masculino de 30 años de edad con una área cruenta en dorso de la mano derecha por herida por aluvión de 3x6cm aprox. de 2 semanas de evolución aprox. El defecto se llegó a cubrir perfectamente, el área donadora se le realizó cierre directo sin tensión. El paciente se dió de alta a los 10 días postoperatorios. (fotos 1,2,3,4)

El segundo caso, se trata de masculino de 32 años con un defecto en la base del pulgar de la mano izquierda de dimensiones de 3.6cm.x 5.5cm aprox. por herida por amputación traumática de 3 semanas de evolución. En este caso hubo necrosis parcial de un 30% aprox. a los 7 días posteriores a la cirugía, por lo que se resolvió con un injerto cutáneo.

Además el área donadora se le realizaron colgajos de rotación local, para el cierre de la misma. El paciente se dió de alta a las 2 semanas postoperatorias. (fotos 5,6,7,8)

Por lo que se incluyeron en los grupos A y B respectivamente, siendo para el A (50%,n= 2) y B (50%, n= 2).

Se realizaron 16 disecciones de antebrazos en 8 cadáveres, obteniendo los siguientes resultados:

La arteria interósea posterior se encontró emergente del tronco común que nace de la arteria cubital a unos 6 cm. aproximados distalmente del epicóndilo lateral externo en 14 disecciones (87.5%) , en un caso no se encontraron anastomosis distales con la arteria interósea anterior (6.2%) y en otro caso la emergencia de la arteria del tronco común se encontraba a 8.5 cm. aprox. (6.2%).

DISCUSION:

Existen muchas opciones para el tratamiento de cobertura cutáneas en lesiones de mano, sin embargo algunos de estos tratamientos son difíciles de realizar, además si se utilizan colgajos del tipo Chino o colgajos basados en la arteria cubital o radial ponen en peligro la circulación de la mano y en manos inexpertas estos colgajos pueden fallar y con ello se pierde el aporte sanguíneo de la mano (3).

El colgajo interóseo Posterior presenta ciertas ventajas:

- a) No interfiere ,ni pone en peligro la circulación principal de la mano.
- b) El tiempo del levantamiento del colgajo es en promedio de 1 hora.
- c) No presenta problemas de congestión venosa, el calibre de la misma varía de 1.5mm a 2mm.
- d) El calibre de la arteria varía de 0.8mm a 1.2mm.por lo que su uso como colgajo libre para defectos distales de los dedos es adecuado.
- e) El grosor del colgajo es adecuado por lo que no se necesita adelgazamiento posterior.
- f) Se realiza del mismo miembro afectado.
- g) Su arco de rotación es amplio más de 180 grados.
- h) Puede ser un colgajo sensitivo basado en el nervio interóseo para defectos de pulpejos de los dedos cuando se requiera dar sensibilidad.
- i) El área donadora cuando es menor de 3 cm. de ancho, se efectúa cierre directo.
- j) Es una operación de un solo tiempo.

Las desventajas:

- a) La disección siempre debe realizarse bajo magnificación.
- b) Cuando se tratan de defectos mayores de 3cm. de ancho, el area donadora debe cerrarse con la aplicación de injertos.
- c) Cuando el pedículo del colgajo se tuneliza por debajo del ligamento radiocubital el edema posterior puede comprometer la circulación del colgajo, provocando la pérdida del mismo.
- d) En la forma pediculada no alcanza para cubrir defectos de pulpejos de los dedos.

Un detalle importante observado en nuestras disecciones y actos quirúrgicos es el hecho de que cuando se realiza el diseño del colgajo este se realiza con la extremidad superior en un ángulo de flexión de 90 grados, al trazar la línea que va desde el epicóndilo lateral externo hasta la articulación radiocubital se presume que este es el trayecto de la arteria interósea posterior la cuál desciende por el borde interno del cubital posterior y el borde externo del extensor del quinto dedo. Pero notamos que después del marcaje del colgajo y de determinar el trayecto de la arteria, usualmente se coloca al paciente en la sala de operaciones con el brazo extendido y con cierta supinación del antebrazo, esta posición en pacientes, que se dedican a trabajos pesados como es el caso de obreros, albañiles, campesinos, etc. Cuentan con un músculo supinador en condiciones de hipertrofia, cuando se coloca el antebrazo en extensión, este músculo se coloca en una posición anterior o por encima de la arteria próximamente, por lo que si no se tiene en cuenta este detalle puede realizarse la disección más lateralmente de lo que se planeó con anterioridad (11).

Otras de las situaciones que se encontraron es la diferencia que existe con los diseños del colgajo realizados por el Dr. Zancolli (12) el presenta que la línea que se traza desde el epicóndilo externo hasta la articulación radiocubital, esta línea distalmente la presentaba casi medialmente a esta articulación y en la practica ya es conocido que esta línea se presenta más cubitalmente, lo cual nos permite decir que el punto de rotación del colgajo es más cubital que medial por lo que este colgajo es más útil y rota mejor cuando se trata de cubrir defectos localizados en el lado cubital del dorso de la mano.

Lo cuál nos permite decir que para defectos localizados en el lado radial de la mano son difíciles en cuanto a la rotación del colgajo y se debe realizar una disección mayor lo cuál puede poner en peligro la circulación del mismo, Y cuando nos encontramos con anastomosis distales más proximales de lo normal este punto de rotación se encontrará más proximal, lo que impedirá una rotación más adecuada para defectos ubicados en el lado radial.

CONCLUSIONES:

Estamos convencidos que el colgajo interóseo posterior es una alternativa quirúrgica para el tratamiento de cubierta cutánea de lesiones de la mano permitiendo preservar la circulación principal de la mano.

En defectos pequeños y medianos el colgajo interóseo posterior es recomendable.

El defecto en el área donadora puede ser cerrado en forma directa sin la necesidad de utilizar injertos cutáneos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Buchler U, Frey HP, Retrograde posterior interosseous flap. J Hand Surg (Am) 1993;16(2):283-292.
2. Costa H, Comba S, Martins A. Further experience with the posterior interosseous flap. Br J Plast Surg 1991;44(6):449-455.
3. Dap F, Deutal G, The posterior interosseous flap in primary repair of the hand injuries. J Hand Surg 1993;18(4):437-445.
4. Foucher G, Norris RW. The venous dorsal digital island flap or the neutral flap. Br J Plast Surg 1988;41(4):337-343.
5. Godina M. Arterial autograft in microsurgery. Plast Reconst Surg 78;293-294.
6. Katsaros J, Schusterman M, Acland RD. The lateral arm flap: anatomy and clinical application. Ann Plast Surg 1984;12(6):489-500.
7. Kleinert HE, Mc Alister CG, A critical evaluation of cross finger flaps. J Trauma 1974;14(9):756-763.
8. Moffett T.R, Madison S, An extended approach for the vascular pedicle of the lateral arm free flap. Plast Reconst Surg 89;259, 1992.
9. Shibata M, Kusano N, Free flap based on the anterior interosseous artery. New free flap for reconstruction of the finger injuries. J Hand Surg, 6: 847-849. 1989.
10. Shibata M, Free flap based on the anterior interosseous artery. J Hand Surg vol.97, n.04 . 1995.
11. Zancolli EA, Angrigiani C, Posterior interosseous island forearm flap. J Hand Surg. 1988;13:130-135.
12. Zancolli EA. Atlas de anatomia quirurgica de la mano. pag: 468-472.