

## (DESCRIPCIÓN DEL COLGAJO DE SURAL)

Daniel Montejo De Garcini Solís, María Barquín Portillo, Sonia Utrilla Hernando, Virginia Castillo Del Pozo, Laura Fernández Martín

### Objetivos

Los defectos cutáneos y las dehiscencias de heridas son situaciones complejas que martirizan al cirujano y a las cuáles no queremos enfrentarnos nunca. Mediante este póster se propone una solución definitiva para estos problemas como es el **colgajo sural invertido**.

### Material y metodología

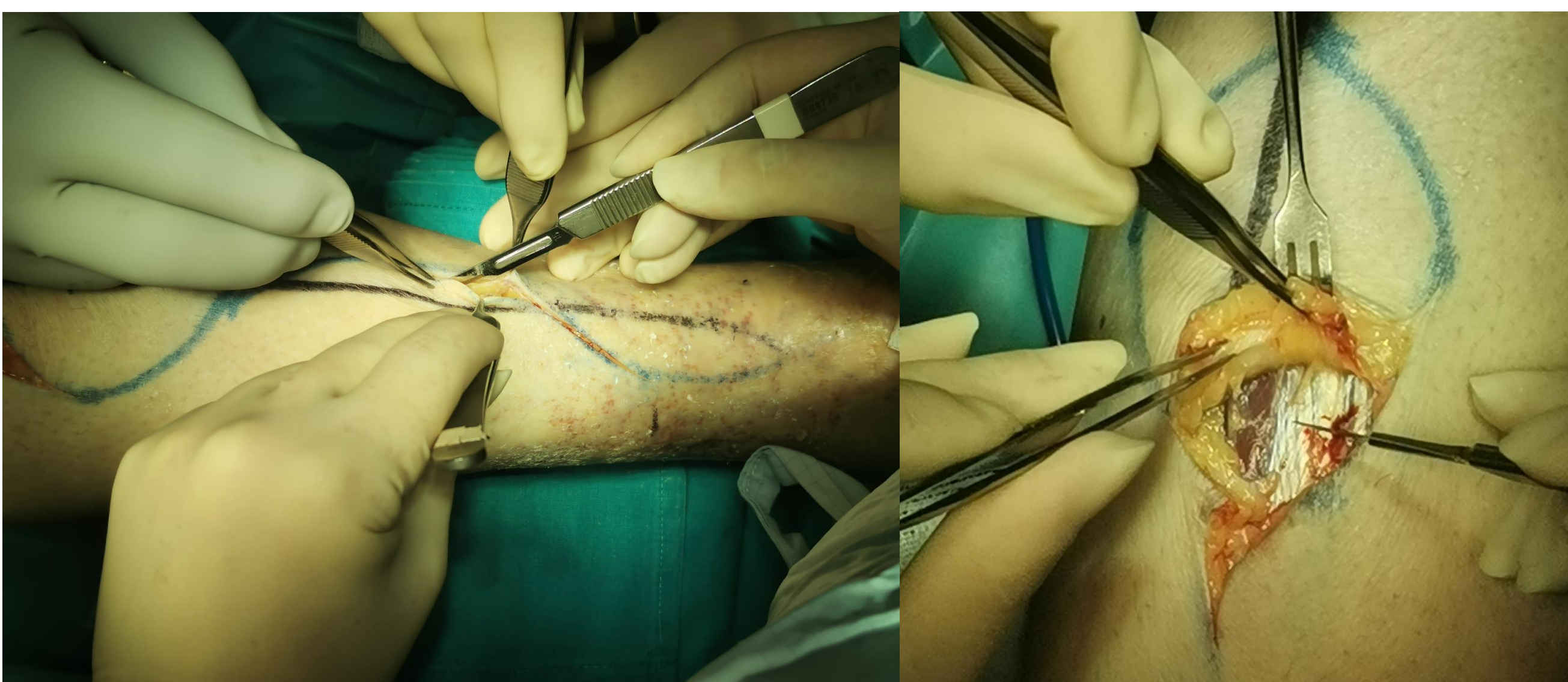
En este caso presentamos el caso de un defecto cutáneo tras meses de una **avulsión de calcáneo**, dicha lesión debe ser intervenida de urgencias debido a la importante tumefacción que ocasiona. La falta de tratamiento temprano y el estado basal de la vascularización de dicho paciente produjo una **dehiscencia e infección de herida**.

El **colgajo sural fasciomiotómico** es ampliamente utilizado en la reparación de defectos profundos de tejidos blandos del miembro inferior distal.

Se realiza una descripción del protocolo de disección desarrollado en base a los **trabajos de Donsky, LeFourn y Follmar**.

Se deben identificar los **dos puntos de referencia anatómicos** para la obtención del colgajo:

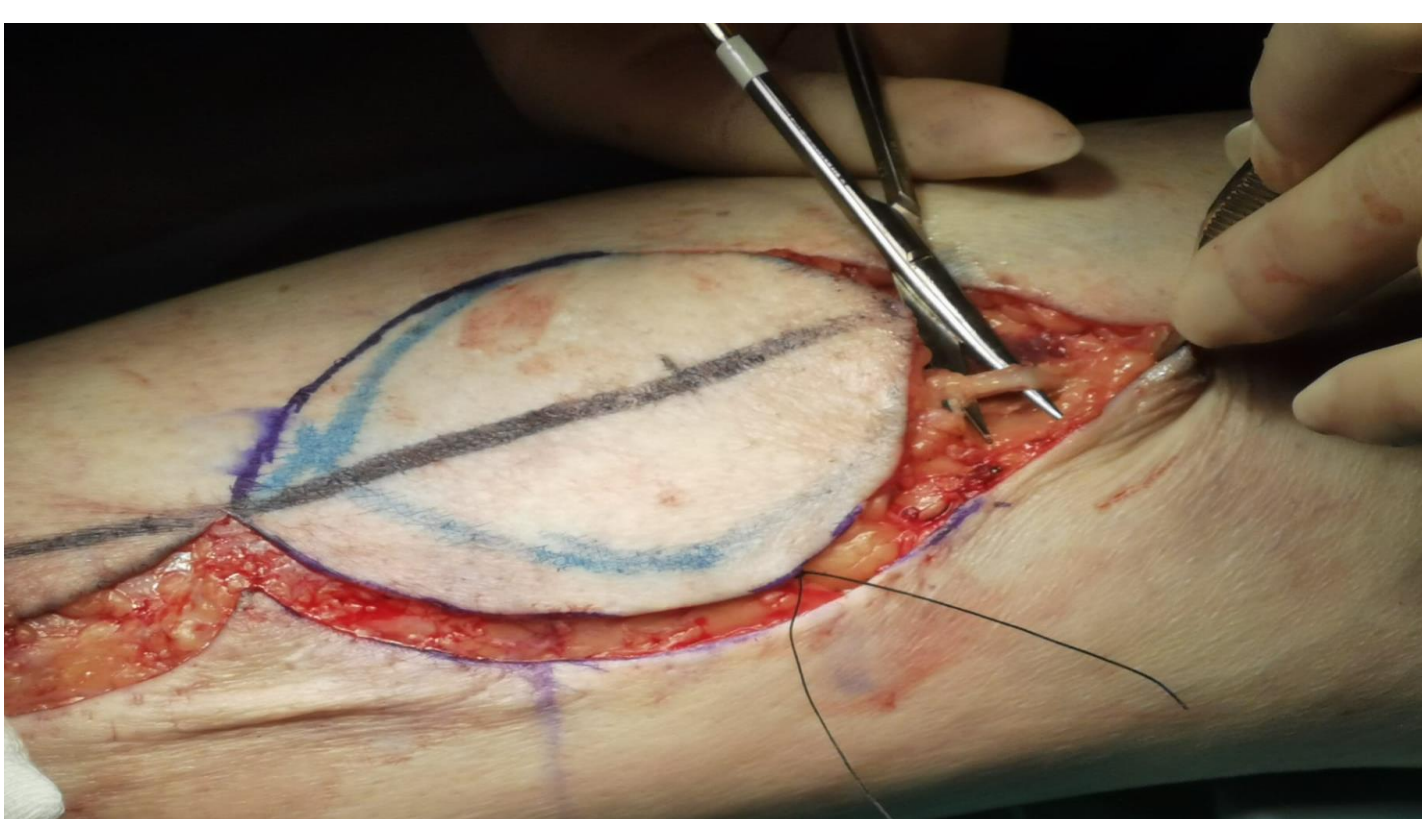
- Borde proximal de la isla fasciomiotómica localizado a 2 cm del pliegue poplíteo en la porción mediana de la región sural, teniendo como punto de referencia la cabeza de la fíbula.
- Punto pivót ubicado a 5 cm superior al maléolo lateral, desde el punto palpable más inferior del maléolo, en la línea media de la pierna.



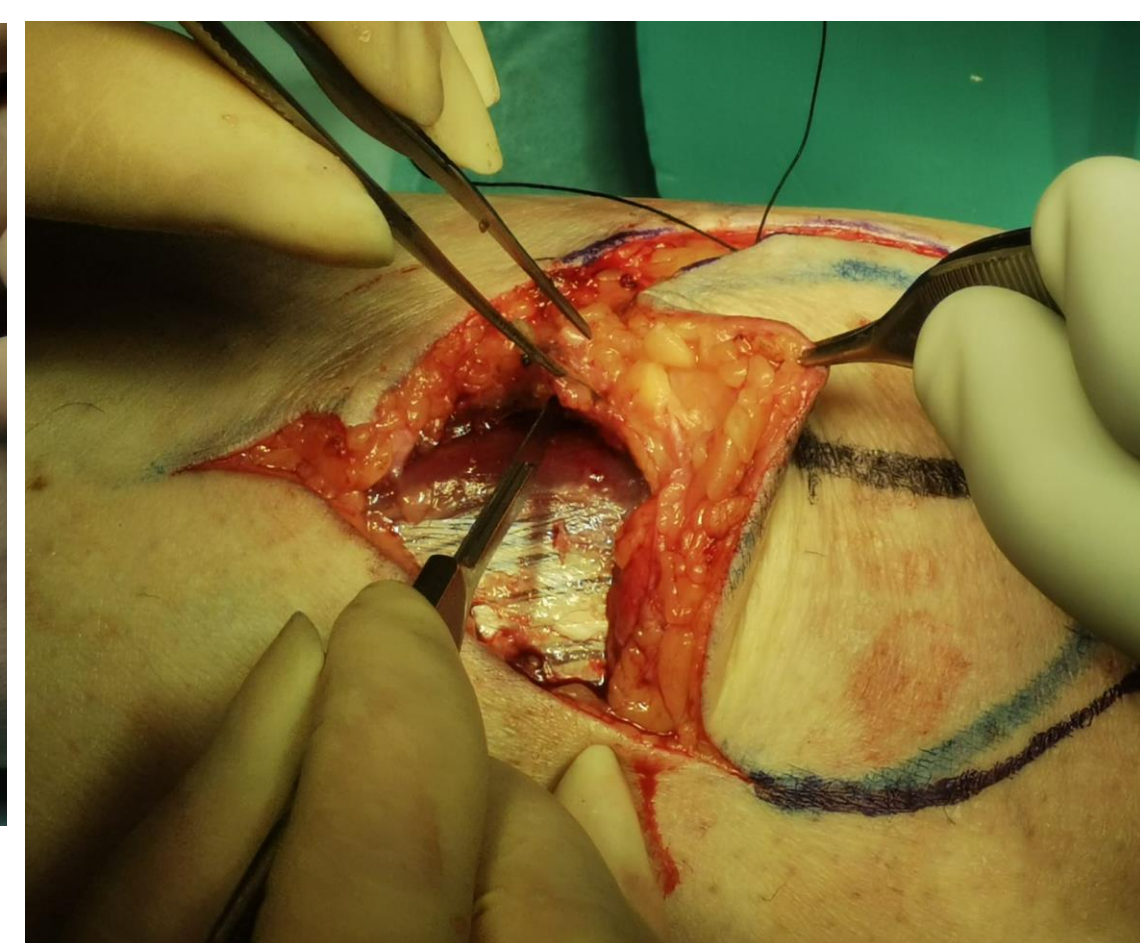
1) Obtención de isla elipsoidea de 12 a 23 cm. de eje longitudinal por 8 a 16 cm. de eje horizontal.



4) Levantar el pedículo subcutáneo distal a la isla, de 2 cm de ancho, incluyendo el eje neurovascular, hasta el punto pivót, identificando y disecando las arterias perforantes durante el trayecto.



2) Identificar el eje neurovascular y elevar la isla fasciomiotómica del colgajo



3) Disecar la piel desde el borde inferior de la isla hasta el punto pivót, respetando el pedículo.



### Resultados

Un mes tras realizar el curetaje de la herida y en el mismo tiempo el colgajo de sural el paciente presenta una cobertura total del miembro inferior. No se produjeron complicaciones durante el postoperatorio, siendo la más común la congestión venosa.

### Conclusiones

El **colgajo sural es muy versátil** en su uso, ya que se puede utilizar desde colgajo libre, colgajo anterógrado para la cobertura del tercio proximal o reverso, que es ideal para la reconstrucción de las zonas 5 y 6 de Hollenbeck. Esto lo hace un colgajo importante en el manejo de la reconstrucción, aunque tiene puntos críticos sustanciales que se deben respetar para evitar complicaciones.