

Colgajos de fascia lata en la cirugía reconstructiva de la pared abdominal inferior.

Dres. L. Margaride, S. Soler, G. Orozco.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina.

Resumen

Los grandes defectos de la pared abdominal inferior por anomalías congénitas, o por secuelas de traumas o infecciones con esfacelo, se pueden reconstruir con facilidad y excelentes resultados usando tejidos vascularizados de los muslos. Los colgajos miofasciales y miofasciocutáneos del músculo tensor de la fascia lata, han sido usados con éxito y sin complicaciones con este fin. Se presentan tres casos clínicos cuya buena evolución a largo plazo, nos permite recomendar este recurso en situaciones similares.

Palabras clave: Defecto de la pared abdominal - Extrofia vesical - Colgajos miofasciocutáneos.

Summary

Large defects of the inferior abdominal wall secondary to bladder extrophy, as well as for trauma or septic related sequelae, can be reconstructed with ease and excellent results using vascularized flaps from the thigh. The tensor fascia lata miofascial and miofasciocutaneous flaps have been used successfully for this purpose. Three clinical cases with a long term follow up are herein presented. The good outcome observed allows us to recommend this procedure in similar situations.

Index words: Abdominal wall defects - Bladder extrophy - Miofasciocutaneous flaps.

Resumo

Os grandes defeitos da parede abdominal inferior por anomalias congênitas, seqüela de traumas ou infecções com destruição podem ser reparados com facilidade, obtendo-se excelentes resultados com o uso de tecidos vascularizados dos músculos. Os enxertos miofasciais e miofasciocutâneos do fascia lata foram usados com sucesso e sem complicações com esta finalidade. São apresentados três casos, cuja boa evolução a longo prazo permite recomendar este recurso em situações similares.

Palavras chave: Defeito da parede abdominal - Extrofia vesical - Enxertos miofasciocutâneos.

Introducción

La integridad de la pared abdominal es necesaria para el correcto funcionamiento orgánico visceral y para el equilibrio muscular que permite mantener la posición erecta.

Las lesiones que afectan la integridad de esta pared pueden ser congénitas o adquiridas. Entre las primeras se destacan la extrofia de vejiga o de cloaca, el onfalocelo y la gastrosquisis. Las formas adquiridas

más frecuentes son traumáticas¹, secuelas quirúrgicas (dehiscencia, evisceración, eventración) y necrosis séptica^{2,3}.

Cuando la reparación de los grandes defectos con colgajos locales y/o materiales sintéticos no es posible, es necesario aportar tejidos vascularizados provenientes de otras regiones anatómicas^{4,5,6}.

Se presenta la técnica de trasposición de colgajos del músculo tensor de fascia lata (TFL) que hemos utilizado con éxito en tres pacientes.

Técnica quirúrgica

El músculo se expone a través de una incisión longitudinal en la cara lateral del muslo. Se disecciona de distal a proximal por un plano avascular entre la fascia lata y el vasto lateral. Una vez diseccionado hasta su



Fig. 1: colgajo de fascia lata con su pedículo vascular.



Fig. 2: colgajo rotado hacia el abdomen y cierre de herida en el miembro inferior.

pedículo, el colgajo puede ser rotado hasta 180 grados para cubrir los defectos de la pared abdominal inferior (Fig. 1 y 2).

En los casos de necrosis de pared, se lo utiliza como colgajo fasciocutáneo que reemplaza los planos aponeuróticos y cutáneos perdidos.

Presentación de casos

Tratamos tres pacientes con defectos de pared abdominal inferior: en dos por extrofia de vejiga y en uno por infección de la pared abdominal secundaria a una peritonitis apendicular.

Caso 1: niño de 8 años de edad, con extrofia vesical, a quien se le habían realizado operaciones correctoras a partir de los 6 meses de edad, que consistieron en: osteotomía sacroilíaca bilateral, cierre de la placa vesical y uretroplastia. Posteriormente presentó fístulas urinarias suprapúbicas que no cerraron con los métodos convencionales, quedando un defecto importante en el hipogastrio. Por tal motivo se decidió la reconstrucción de paredes y el cierre de la fístula vesical mediante colgajos bilaterales de TFL.

Al cabo de 2 años, el paciente tiene una pared abdominal firme, tensa, sin fístulas urinarias.

Caso 2: niña de un año de edad, con extrofia de vejiga. A los 12 días de vida se le realizó el cierre primario y posteriormente osteotomía isquiopubiana bilateral. Presentó infección por salmonellas, dehiscencia de la herida abdominal y evisceración de la pared vesical.

Se realizó entonces una reconstrucción del hemiabdomen inferior con colgajo de TFL unilateral. A los 2 años se observó un muy buen resultado.

Caso 3: niño de 9 años de edad, operado por peritonitis apendicular. En el postoperatorio inmediato presentó sepsis con celulitis necrotizante de la pared abdominal y torácica.

Recibió tratamiento local, debridamiento e injertos de piel en un primer momento.

Quedaron sin corregir dos eventraciones: una mediana infraumbilical y otra en la fosa ilíaca derecha. Dos años después, el paciente fue reoperado con el siguiente procedimiento: cierre directo por avance de la eventración mediana, que si bien fue satisfactorio, aumentó en forma considerable el defecto de la fosa ilíaca derecha, fue reparado con un colgajo fasciocutáneo TFL en isla. La zona dadora fue cerrada por colgajos de avance laterales.

A los 4 años se comprobó un buen funcionamiento muscular abdominal, sin secuelas funcionales en el área dadora del miembro inferior derecho (Fig. 3 y 4)



Fig. 3: colgajo diseccionado (1) y defecto de FID (2) agrandado por el cierre de la eventración de la línea media (3).



Fig. 4: postoperatorio al mes. Colgajo rotado y colocado en FID cerrando la eventración (1). Zona dadora cerrada por avance (2).

Discusión

El objetivo de la reconstrucción de los defectos de la pared abdominal es dar protección a las vísceras intracavitarias y soporte para el funcionamiento muscular adecuado.

Se utilizan generalmente músculos del muslo: recto femoral (recto interno), tensor de la fascia lata y vasto externo, siendo el gracilis (recto interno) de elección para defectos perineales⁷.

Según Wangenstein^{8,9} y Bruch¹⁰, la fascia continuación del músculo tensor, provee un excelente cierre de pared en los defectos infraumbilicales.

El TFL está ubicado superficialmente en la cara externa del muslo y va desde el borde superior de la cresta ilíaca hasta la tuberosidad externa de la tibia¹¹.

Cuando los defectos de la pared abdominal no son muy importantes, la utilización de colgajos locales mejora los resultados, en comparación con el clásico cierre por avance.

En grandes defectos de la pared abdominal, la reconstrucción funcional se logra con tejido vascularizado de los muslos. En las zonas dadoras no quedan secuelas funcionales ni estéticas importantes, aún cuando se usen colgajos fasciocutáneos.

Los colgajos de TFL uni o bilaterales según necesidad, aportan tejidos musculares, fasciales y cutáneos adecuados para lograr una reconstrucción de buena calidad, en los grandes defectos del abdomen inferior como en la extrofia vesical.

En grandes pérdidas de tejidos por espacio séptico, los colgajos miofasciocutáneos de TFL tienen una indicación precisa, ya que al refuerzo musculofascial se agrega una cubierta de piel y tejido celular subcutáneo de textura similar a la del abdomen.

Bibliografía

- Melissinos EG, Parks DH: Post-trauma reconstruction with free tissue transfer. Analysis of 442 consecutive cases. *J Trauma*, 29:2-3, 1989.
- Cerdena JP, Davies BW: Total abdominal wall reconstruction. *Ann Plast Surg* 25:65-70, 1990.
- Fry DE, Osler T: Abdominal wall considerations and complications in reoperative surgery. *Surg Clin North Am* 71:1-11, 1991.
- Farr RE: Closure of large hernial defects in the upper abdomen. *Surg Gynecol Obstet* 24:264, 1922.
- Hershey FB, Butcher HR: Repair of defects after partial resection of the abdominal wall. *Amer J Surg* 107:586, 1964.
- Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL: "Components separation", method for closure of abdominal wall defects and anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg*, 86, 1990.
- Nahai F, Hill HL, Hester TR: Experiences with the tensor fascia lata flap. *Plast Reconstr Surg* 63:783, 1979.
- Wangenstein OH: Repair of recurrent and difficult hernias and other large defects of the abdominal wall employing the iliotibial tract of fascia lata as a pedicle flap. *Surg Gynecol Obstet* 59:766, 1934.
- Wangenstein OH: Repair of large abdominal defects by pedicle fascial flaps. *Surg Gynecol Obstet* 82:144, 1946.
- Bruch H: A method of reconstructing the whole abdominal wall. *Br J Plast Surg* 9:108, 1956.
- Nahai F: The tensor fascia lata flap. *Clin Plast Surg* 7:51, 1980.

Trabajo aceptado para su publicación en enero de 1994.

Dr. Luis A. Margaride

Ayacucho 968 P.B. "B"
(1111) Capital Federal
Buenos Aires
Argentina