

Comentario al artículo "Diseño de colgajos radiales para reconstrucción de defectos de la mano y estudio de las perforantes que los componen"

Elena RUIZ-ALONSO

Especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Burgos, España
Directora del Capítulo de Mano de la FILACP 2018-2020.

El colgajo de perforantes radial ha demostrado ampliamente su versatilidad para la cobertura de defectos de la mano y del codo. Aunque el tamaño de su paleta cutánea es menor al del colgajo radial clásico, presenta como gran ventaja no tener que sacrificar el eje axial radial. Además, en su forma reversa con paleta proximal, permite el cierre directo del defecto en un amplio porcentaje de casos. Sin embargo, es muy importante ser cautos en pacientes con trauma directo en la zona de perforantes, patología diabética, fumadores, insuficiencia venosa o trombosis del miembro elegido, ya que en estos pacientes las perforantes pueden no estar presentes o estar dañadas.

Los autores desarrollan un estudio, tanto anatómico como clínico, del colgajo adipofascial a flujo reverso para cobertura de la mano entrando en la valoración de dónde es más seguro colocar la paleta cutánea. Este trabajo es muy interesante, sobre todo en lo que al estudio anatómico se refiere ya que, como bien sabemos, la localización de las perforantes de manera preoperatoria es muy complicada debido a la superficialidad de la arteria radial, motivo por el cual los estudios con doppler son poco fiables al oír con frecuencia la arteria radial en sí misma. Tampoco estudios como la angiorrisonancia magnética, la arteriografía, etc., han demostrado que su coste-beneficio sea relevante para el estudio preoperatorio de estos pacientes. Por todo ello, la exploración intraoperatoria sigue siendo el único método seguro para determinar la localización de las perforantes.⁽¹⁾ Y, es aquí, donde los estudios anatómicos nos dan una guía fundamental sobre lo que vamos a poder esperar en el campo quirúrgico.

Al igual que otros estudios han confirmado que existen 2 grupos fundamentales de perforantes que serían los

localizados en el tercio proximal y distal. Me gustaría que nos informaran si ellos, al igual que otros autores,⁽²⁾ han visualizado en sus estudios en el tercio distal una arteria perforante dominante que se encuentra generalmente a 2 cm de la estiloides radial y que suele ser constante. Me parece muy interesante el dato de que es factible colocar nuestro colgajo en el tercio medio incluyendo la fascia para mejorar la viabilidad del mismo. Sin embargo, como ellos mismos apuntan, siempre que se pueda debemos recurrir a poner nuestra isla cutánea sobre las perforantes proximales o distales ya que aumentamos la seguridad de nuestra cobertura.

Respecto al drenaje venoso, como bien refieren, estos colgajos dependen fundamentalmente de las venas concomitantes de la arteria radial. El papel de la vena cefálica es controvertido ya que, si bien algunos autores consideran que el plexo perivena puede ayudar al drenaje del colgajo, son muchos otros los que consideran que incluyendo la vena cefálica estamos aumentando el riesgo de congestión venosa.⁽³⁾ Me gustaría que los autores nos aclararan cuál es su opinión al respecto.

Bibliografía

1. **Lee GK.** Invited discussion: harvesting of forearm perforator flaps based on intraoperative vascular exploration: clinical experiences and literatura review. *Microsurgery* 2008;28:331-332.
2. **Saint-Cyr M et al.** The radial artery pedicle perforator flap: vascular analysis and clinical implications. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(5):1469-1478.
3. **White CP, Steve AK, Bucheld EW, Hayakawa TE, Morris SF.** Reverse radial artery flap perforator anatomy and clinical applications. *Ann Plast Surg.* 2016;77(3):345-349.