



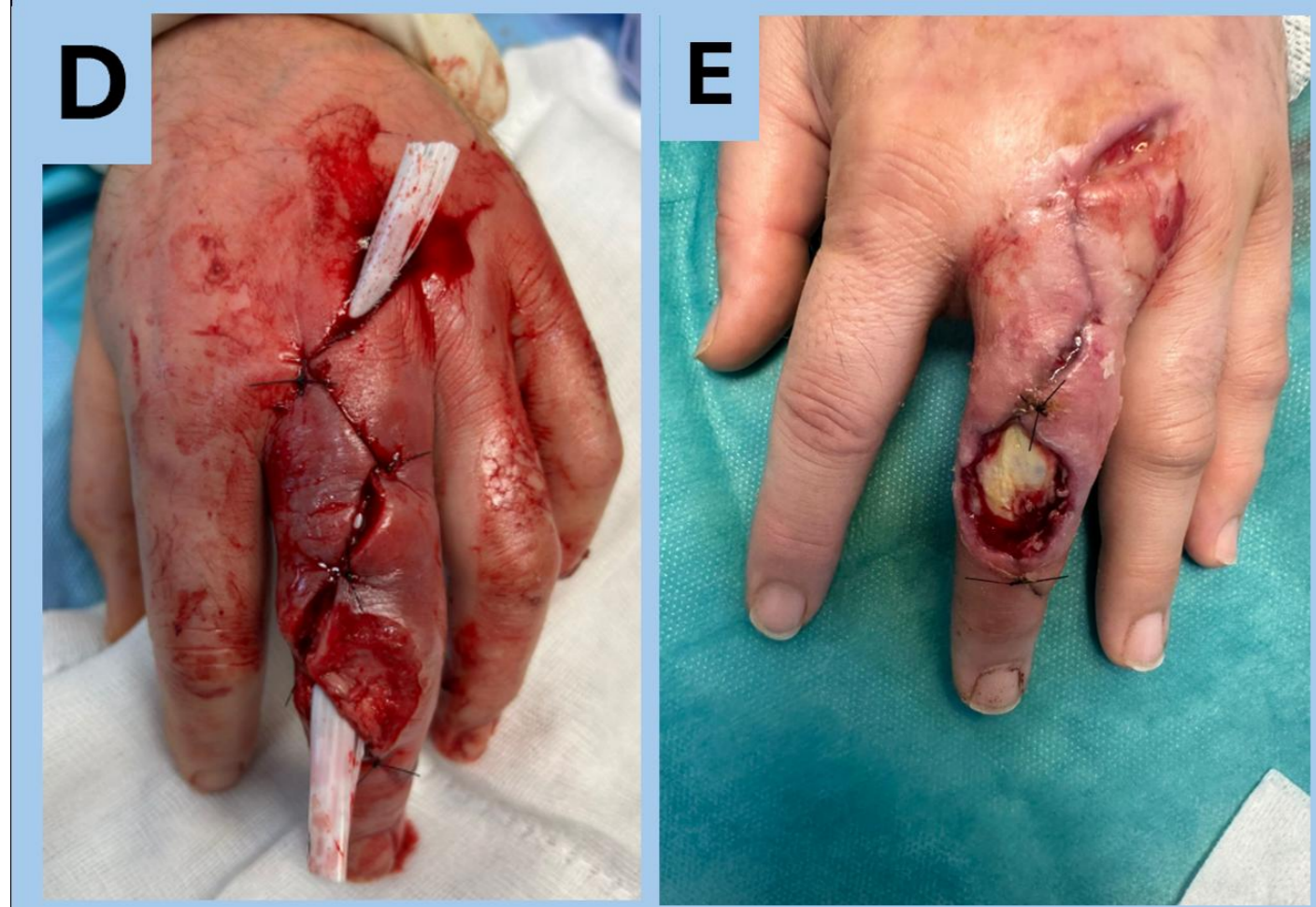
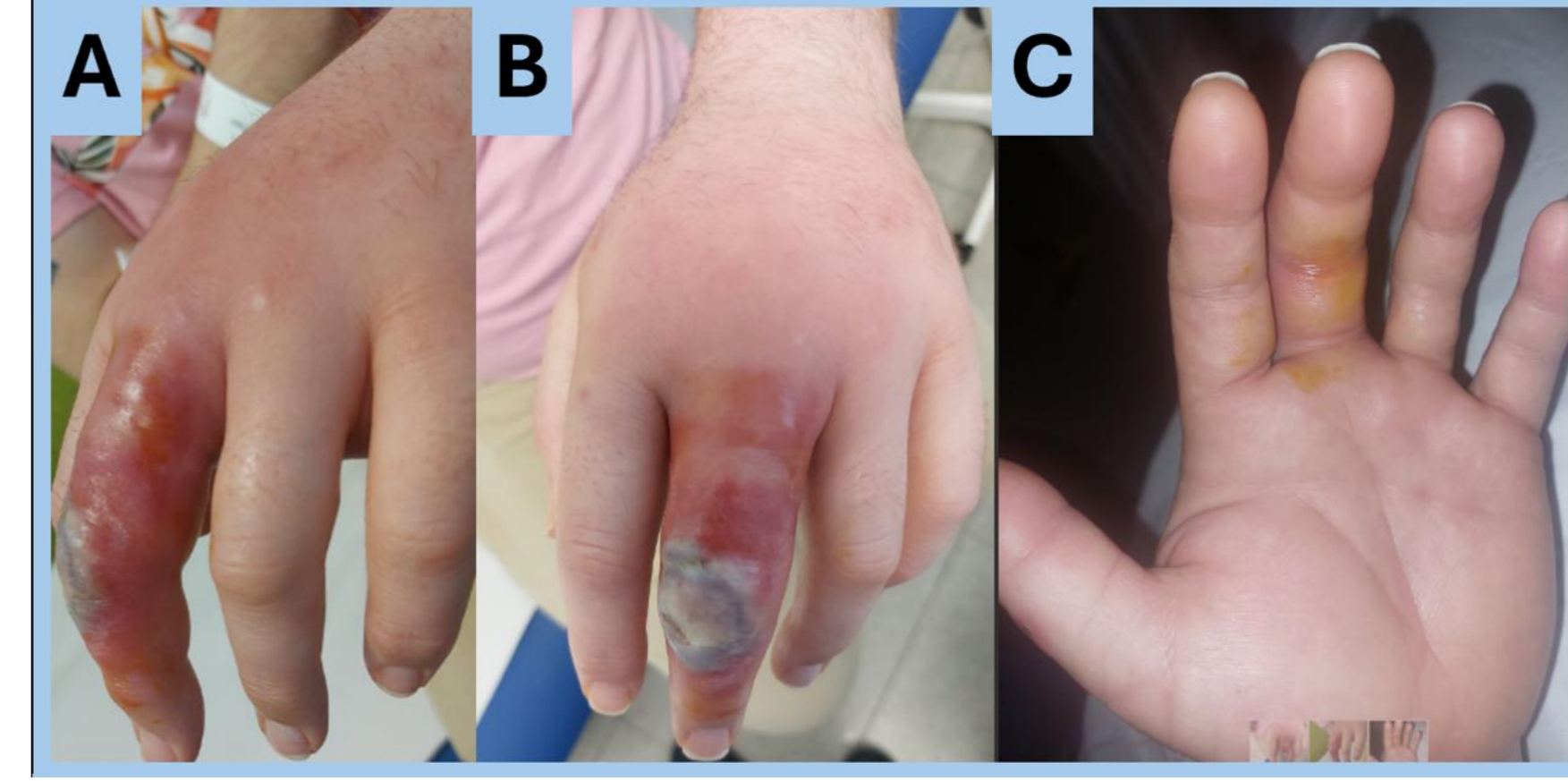
## INTRODUCCIÓN

Ante la exposición de partes nobles como son tendones, vasos, nervios,... debemos plantearnos qué tipo de colgajo debemos realizar para dar cobertura cutánea a dichas estructuras.

Presentamos el caso clínico de un defecto de cobertura de un dedo, optando por un colgajo Cross-Finger Reverso.

## MATERIAL Y METODO

Varón de 42 años con absceso de 3º dedo mano izquierda de una semana de evolución. Antecedente de infección por VIH con carga viral indetectable. Refiere corte hace una semana, con quemadura posterior con un líquido caliente, comenzó con tratamiento con Amoxicilina/clavulánico 875/125mg y curas por su centro de salud. La evolución fue desfavorable, presentando supuración, limitación para la flexo-extensión y celulitis (Imágenes A, B y C).



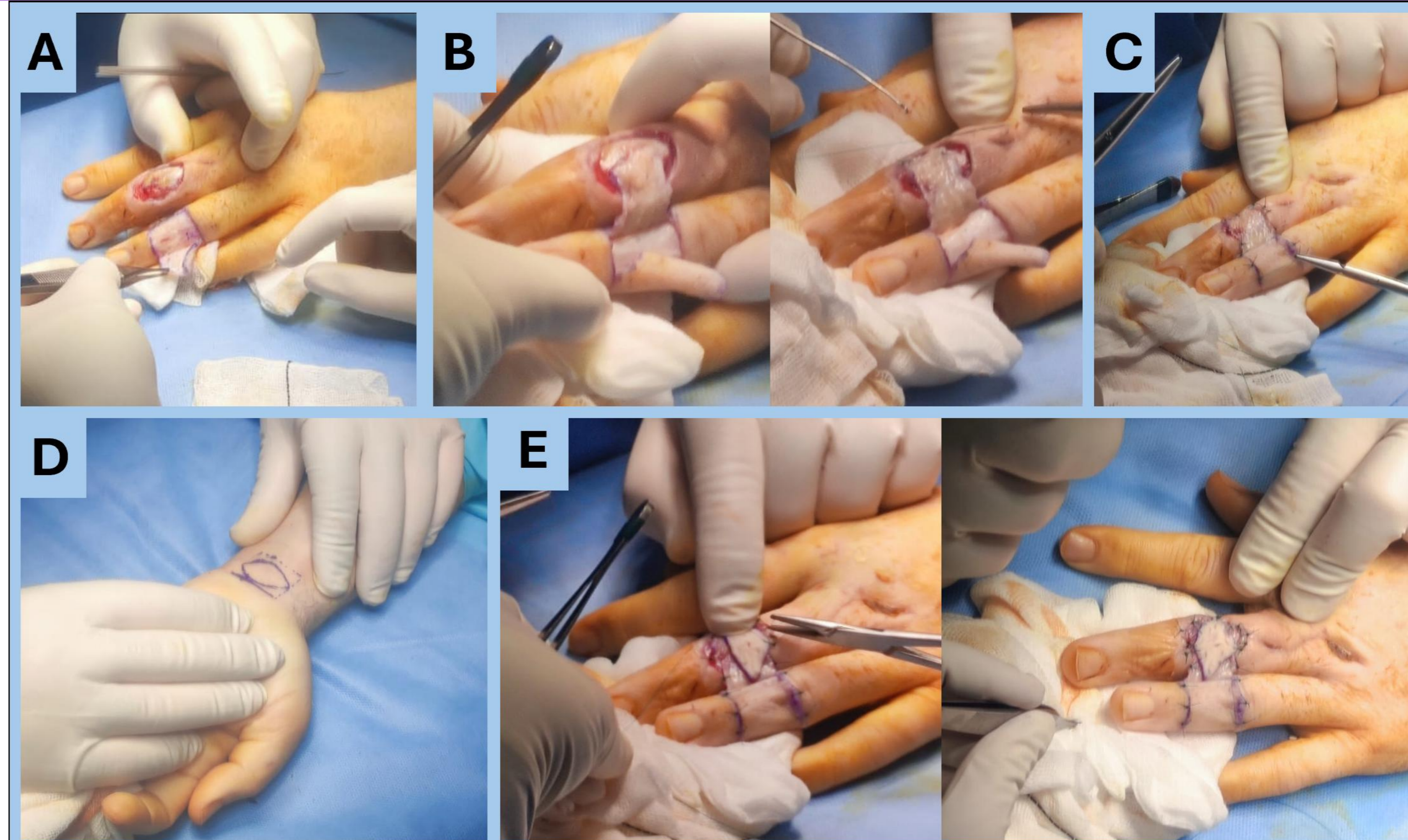
**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**  
**ANALÍTICA:** PCR 10,68, 12700 leucos (75,9% neutrófilos).  
**CULTIVO +:** St. Pyogenes y SARM

- Lavado y desbridamiento quirúrgico (Imagen D).
- Inicio de tratamiento con ceftriaxona y clindamicina.
- Evolución a defecto de cobertura en zona II con exposición de aparato extensor. (Imagen E)

## RESULTADOS

Se realiza cobertura del defecto con un colgajo tipo cross-Finger Reverso:

- Diseñamos en piel de la Falange media de D4 nuestro colgajo.
- Disecamos la capa de grasa subcutánea dorsal de la falange media de D4 para cobertura del defecto en zona II de D3, respetando el peritenon de D4 y
- Usamos la propia piel de D4 como cobertura del tendón. Manteniendo el colgajo graso en el lado radial.
- Se toma el injerto de espesor completo de piel de cara volar de la muñeca
- Cubrimos el colgajo graso en D3 con este injerto. Cierre con Ethilon de 4/0.



- Cura a la primera semana postcirugía.
- 3 semanas post-intervención: se realiza desbridamiento y separación del colgajo mediante incisión en el pedículo de colgajo graso que unía ambos dedos.
- Cura a la semana de realizar la separación del colgajo.
- Tras 5 meses de evolución, el paciente presenta buena evolución de heridas, cobertura cutánea completa, sin signos de infección ni dehiscencias en el seguimiento.
- A la exploración presenta déficit de extensión en últimos grados, flexión completa, ciertas disestesias en pulpejo del 3º dedo y dorso del 4º.



## CONCLUSION

Debemos planificar que tipo de colgajo podemos realizar para la cobertura cutánea de estructuras nobles. Optamos por este tipo de colgajo que nos garantizaba la adecuada vascularización del dedo, que podría estar afectada por la infección y lavados. Ofrece buenos resultados, con una tasa de cobertura elevada, buen resultado funcional y poco impacto estético.

## BIBLIOGRAFIA

- Atasoy E. The reverse cross finger flap. J Hand Surg Am 2016;41:122-8.
- Megerle K, Palm-Broking K, Germanna G. Colgajo de dedo cruzado (colgajo crossfinger). Tec Quir Ortop Traumatol (ed esp) 2009;18-3:125-31.