

## RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DEL TENDÓN DE AQUILES, CON COLGAJO DE PIEL.

Sr. Director

Con respecto al artículo titulado: "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso", firmado por José Bonías López y Severiano Marín Bertolin y publicado en *Enferm Dermatol*<sup>(1)</sup>

Quisiera felicitar a los autores del artículo ya que ha sido un trabajo arduo, que necesita paciencia, perseverancia y estudio.

La reconstrucción del área del tendón del Aquiles, con o sin tenorrafia o re inserción tendinosa al hueso, requiere una cobertura cutánea de buena calidad que permita el desplazamiento del tendón y evite el roce con el calzado; la cicatriz cutánea por tanto debe ser estable.

Es muy importante, al igual que en cualquier cirugía, el manejo adecuado de los tejidos blandos, especialmente de los bordes de la herida, evitando el machacamiento de los bordes con pinzas o separadores de piel, ya que el tejido subcutáneo en dicha zona es muy escaso. Además, la circulación es de tipo terminal a diferencia de las extremidades superiores y si esto no se tiene en cuenta en el momento de la cirugía, o no se pudiera evitar lesionar los tejidos durante la misma, se corre el riesgo de que los bordes de la piel se necrosen con posibilidad de una infección secundaria.

Si la herida no puede cerrarse en forma primaria y se trata de un defecto mayor, se debe realizar un colgajo (regional o libre), porque un injerto de piel no proporcionaría una adecuada cobertura al tendón, no siendo considerados como primera opción en la reconstrucción sobre la zona del tendón de Aquiles. Actualmente el empleo de Terapia de presión negativa (TPN) permite un cierre más temprano y posiblemente de mejor calidad, ya que el proceso inflamatorio se reduce.

En relación al caso en particular tratado en el artículo "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso" de J. Bonías y S. Marín, por lo que se aprecia en la primera fotografía, la piel de la pierna parece presentar inestabilidad, ya que se observa una piel indurada, posiblemente reseca, aunque se desconoce la funcionalidad del tobillo.

En mi opinión, lo primero a valorar sería la funcionalidad del tendón y del tobillo; en esta situación se puede realizar una ecografía de los tejidos blandos. Una vez descartada la lesión del tendón, debe realizarse un desbridamiento amplio con toma de cultivos cuantitativos de diferentes lugares anatómicos, ya que podría estar frente a la presencia de una biopelícula que quedó en estado de hibernación y se reactivó, algo similar a lo que sucede en una osteomielitis crónica (a veces la causa puede ser la presencia de material de suturas, grapas o material de osteosíntesis que actúa como cuerpo extraño). Debe descartarse también, la posible infección ósea (si hubo infección de tejidos blandos y posiblemente de tendón, la infección puede haberse extendido hasta el calcáneo donde se inserta el mismo). Con una radiografía simple de calcáneo podríamos descartar esta patología.

Una vez el lecho esté limpio y granulado, habrá que definir la cobertura; como se menciona en el artículo, la lesión ya había sido injertada previamente, pero posiblemente se produjo una cicatriz inestable que le producía costras de forma reiterativa; en este segundo episodio, en mi opinión, un injerto de piel no parece la mejor opción:

- Por la infección que ha tenido.

- Por el tamaño de la lesión.
- Por tratarse de una persona en etapa productiva.

En este caso la solución ideal sería un colgajo de piel, el cual aportará tejido de almohadillamiento, mejorará la irrigación de la zona y evitará la recidiva.

C.E. Attinger et al. publicaron en 2006<sup>(2)</sup>, una serie de 45 casos clínicos en donde se evaluaban comparativamente, "Injertos de piel VS Colgajos", en pacientes con tendón expuesto (pacientes diabéticos y no diabéticos), en los cuales colocaron injertos de piel con buena respuesta. Y aunque es un estudio pequeño, no doble ciego, es interesante porque muestra la importancia de un buen desbridamiento y la adecuada preparación del lecho de la herida para poder realizar el recubrimiento. En el caso original, los autores se apoyaron en sustitutos cutáneos, factores de crecimiento, TPN y oxígeno hiperbárico para lograr un tejido de granulación sano.

Debido al alto riesgo de re-ulceración de este tipo de lesiones injertadas, a nivel del tendón de Aquiles, se recomienda limitar dichos injertos a población anciana poco activa. Cuando se trata de personas jóvenes y sanas, debemos ofrecer una solución que pudiera ser más segura a largo plazo, como serían los colgajos libres o pediculados.

Estos investigadores encontraron también que el tiempo de cicatrización promedio desde la presentación inicial de la lesión a la cicatrización entre las diferentes modalidades de tratamientos no fue estadísticamente significativo.

Los pacientes a quienes dejaron cicatrizar por segunda intención eran pacientes inestables médicamente y no podían ser sometidos a cirugía posterior, con una capacidad de cicatrizar disminuida, y por tanto tiempos de cicatrización prolongados. Los pacientes a quienes se les hizo colgajo fueron por que el tejido de granulación no progresaba en su cicatrización o progresaba lentamente.

En general los pacientes que fueron injertados o se les realizó un colgajo previamente se dejó que se formará un tejido de granulación adecuado antes de tomar la decisión de realizar una cirugía. El tiempo necesario para el cierre de la herida con injertos de piel o colgajo, fue de 3 semanas. El tobillo del paciente fue inmovilizado por 3 semanas adicionales para garantizar que la reparación se mantendría a pesar del desgaste normal de la deambulación.

Carmen Elena Ruiz Henao  
Unidad de Heridas. Clínica As Pías. Viveiro (Lugo)

Contacto: [ruizhenao@yahoo.es](mailto:ruizhenao@yahoo.es)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bonías-López J, Marín-Bertolin S. Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso. *Enferm Dermatol*, 2013; 7(18-19):32-4.
2. Attinger CE, Ducic I, Hess CL, Basil A, Abbruzzese M, Cooper P. Outcome of Skin Graft versus Flap Surgery in the Salvage of the Exposed Achilles Tendon in Diabetics versus Nondiabetics. (*Plast Reconstr Surg*. 2006; 117 (7): 2460-7

### RESPUESTA DE LOS AUTORES:

### SOBRE RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DEL TENDÓN DE AQUILES, CON COLGAJO DE PIEL.

Empezar agradeciendo a la Dra. Ruiz Henao sus amables comentarios relativos a nuestro trabajo "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso"<sup>(1)</sup>.

El paciente objeto de la publicación referida sufrió una rotura del tendón de Aquiles en 1989 que fue tratada en otro Centro y por la que fue dado de alta en 1994. Después de eso, y durante casi 20 años, realizó una vida completamente normal, incluyendo actividad deportiva.

Recientemente sufrió un episodio de celulitis con resultado de pérdida de sustancia en el área Aquilea. El tendón quedó expuesto. Se descartaron colecciones profundas y osteomielitis. El paciente deambulaba con normalidad sin ayuda de apoyos y sin cojear.

Se ofrecieron al paciente diversas técnicas de cobertura, comentando con él las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. El propio paciente se decidió por un manejo no quirúrgico. El objeto del trabajo no es otro que el manejo conservador de una pérdida de sustancia en esta área tan problemática en el caso concreto que se describe.

Marín-Bertolin S<sup>(1)</sup>, Bonias-López J.<sup>(2)</sup>

(1) Servicio Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Valencia.

(2) Centro de Asistencia Primaria "Fuente de San Luis" de Valencia.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Bonias-López J, Marín-Bertolin S. Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso. *Enferm Dermatol*, 2013; 7(18-19):32-4.