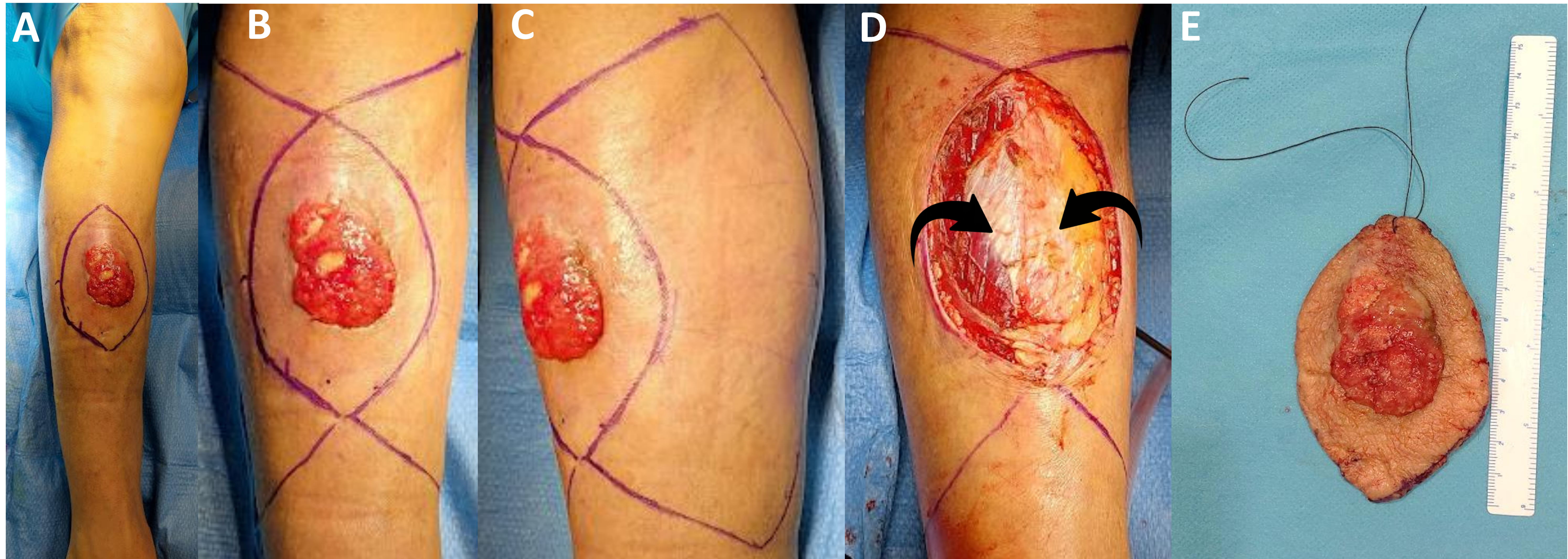


# COLGAJO DE KEYSTONE PARA CARCINOMA ESPINOCELULAR: UNA OPCION PARA COBERTURA DE DEFECTOS CUTÁNEOS DE LA CARA ANTERIOR DE LA TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Pastor Mallagray S, García Fernández C, Pacheco Ciruelos A, Diaz Cano G, Blázquez Bonilla M.  
Complejo Hospitalario Universitario Badajoz*

## INTRODUCCIÓN

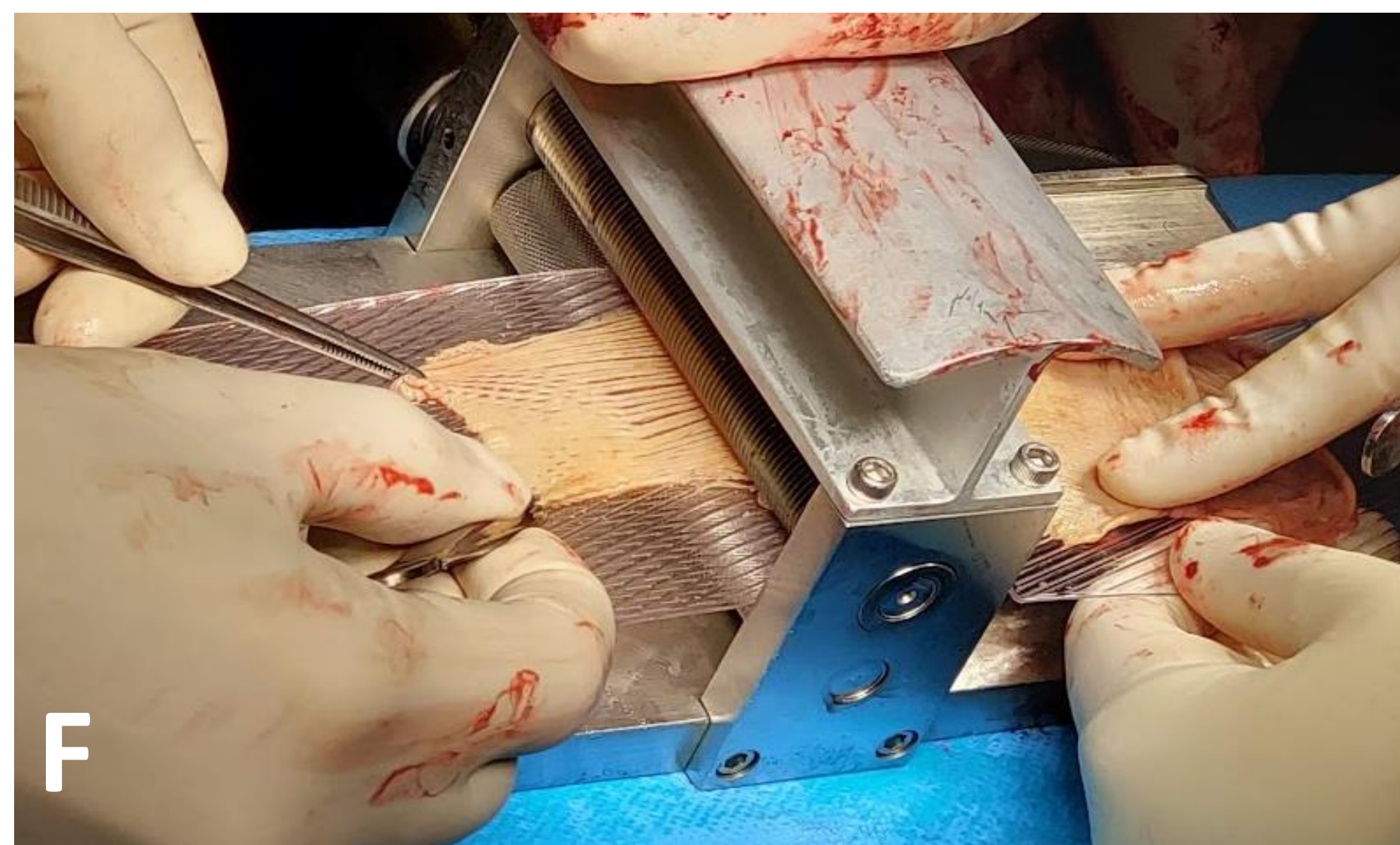
El objetivo de este poster es describir la técnica del colgajo de Keystone para familiarizarse con su diseño y poder emplearlo en los defectos cutáneos del tercio anterior de la tibia, un zona con poca cantidad de partes blandas donde la cobertura cutánea puede suponer un reto y que encontramos en diversas ocasiones en la práctica clínica ( resecciones de tumores, úlceras, defectos tras fracturas abiertas etc)



**A: Marcado de los márgenes. B y C: Diseño del colgajo. D: resección tumoral. E: pieza. F: mallado del injerto de piel del muslo**

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 75 años con un carcinoma espinocelular de unos 13x10 cm en el tercio anterior de la tibia izquierda. Se realiza resección del mismo de piel de espesor completo con TCS hasta fascia muscular con margen mínimo de 20mm a la tumoración, dejando un defecto circular de 15x8cm de diámetro. Se procede a diseño de colgajo de Keystone tipo III (doble) para cubrir por avance el defecto descrito, consiguiendo cierre completo del lado peroneo sin tensión, precisando para el cierre del defecto generado por el colgajo medial, injerto libre de piel de espesor parcial obtenido de cara lateral y anterior del muslo derecho.



**\*: Zona de recepción del injerto**



## RESULTADOS

Se presentan los resultados tras 20 meses de seguimiento, presentando un cierre de partes blandas óptimo. En el caso concreto de este paciente, fue necesario asociarlo a un injerto libre de piel dadas las dimensiones de la tumoración y para evitar un cierre a tensión del colgajo medial. Tras el seguimiento, no presenta tensión a nivel de las cicatrices.

## CONCLUSIONES

El colgajo de Keystone fue descrito en 2003, y se divide en IV tipos atendiendo a la superficie de cobertura necesaria. Se trata de una opción quirúrgica segura, estable y duradera, con unos resultados estéticos adecuados y que es de gran utilidad en zonas con poco TCS y menos cantidad de piel como son la cara anterior de la tibia. Ofrece como ventajas una complejidad técnica menor que los colgajos libres y que permiten la cobertura de defectos relativamente grandes. La región anterior de la tibia, es una zona muy susceptible para su uso, ya que por el delgado espesor de partes blandas y la cercanía de la piel a la cresta tibial, es propensa a sufrir defectos cutáneos con mayor frecuencia que otras regiones.