



Medicina humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias
“Reconstrucción de cráneo y
cuero cabelludo”
2do Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Reconstrucción de cabeza y cuello

La región de cabeza y cuello tiene un espacio limitado de estructuras críticas y complejas que rodean accesos esenciales para el tubo digestivo y aparato respiratorio.

La resección del cáncer con un margen de seguridad adecuado puede ser muy grave y sumamente debilitante. El tratamiento de los cánceres de cabeza y cuello demanda un equipo multidisciplinario integrado que incluya cirujanos oncólogos y reconstructivistas oncólogos médicos, radioterapeutas, patólogos, nutricionistas y especialistas en rehabilitación funcional y psicológica.

Cirugía de ablación de tumores

La libertad para el cirujano oncólogo para extirpar por completo un tumor es limitada. La disección del cuello para extirpar vasos y ganglios linfáticos cervicales puede realizarse con fines profilácticos o curativos, para establecer con mayor precisión el pronóstico.

Es importante estar familiarizado con el sistema de clasificación de tumor, ganglios linfáticos y metástasis (TNM) y con la estadificación de los cánceres de cabeza y cuello.

- Los parámetros N y M (ganglios linfáticos y metástasis) son muy constantes para la mayor parte de los cánceres de cabeza y cuello.
- Los parámetros T (tumor) varían de acuerdo con la ubicación del tumor.

Principios de reconstrucción

El especialista en cirugía reconstructiva tiene por objeto restablecer de manera adecuada los componentes anatómicos perdidos. Es importante la cicatrización oportuna de las heridas y sin complicaciones para permitir la radioterapia cuando está indicada y para facilitar el alta al domicilio y a la actividad laboral.

Cada lesión debe atenderse por diversos métodos, pero la técnica debe decidirse para cada paciente individual.

Una reconstrucción más **compleja** puede ofrecer mejores resultados pero tal vez se acompañe de un mayor riesgo de complicaciones.

Algunos pacientes podrían beneficiarse del uso de métodos más **simples** con un riesgo anestésico y quirúrgico más aceptable en comparación con la reconstrucción ideal. Tal método podría ser apropiado, por ejemplo, para individuos de edad avanzada con cáncer avanzado en etapa T4 y con corta esperanza de vida.

Opciones reconstructivas por región

El trasplante microvascular de tejidos libres, los defectos que con anterioridad parecían casi imposibles de reconstruirse, hoy pueden tratarse con un solo procedimiento quirúrgico. Los cánceres de cabeza y cuello que con anterioridad parecían no susceptibles de resección se operan con mayor facilidad.

Estructuras intraorales

La opción de reconstrucción para el piso de la boca, lengua y otros defectos del interior de la cavidad bucal dependen de la dimensión del defecto, volumen de tejido perdido y movilidad residual de la lengua.

- Los defectos más pequeños, que abarcan menos que una glossectomía del 25% pueden tratarse con un injerto cutáneo o quizá con cierre primario si se conserva la movilidad de la lengua.
- Los defectos más grandes, que comprenden la glossectomía de más de 30%, son indicación para reconstrucción con transferencia de tejidos libres, por lo común con colgajos libres de la cara, borde radial del antebrazo o colgajos de la cara anteroexterna del muslo para defectos pequeños o grandes, respectivamente.

Los procedimientos con glossectomía total constituyen un reto mayor, pues no existe método ideal para restablecer las funciones motoras de la lengua.

Las opciones incluyen colgajos libres miocutáneos voluminosos obtenidos de la cara anteroexterna del muslo, región dorsal (músculo dorsal ancho) o del abdomen

(músculo recto abdominal) o colgajos regionales pediculados (colgajo del dorsal ancho).

La reconstrucción para defectos de tejidos blandos del interior de la cavidad bucal se debe considerar características específicas:

- Defecto.
- Grosor.
- Dimensiones.
- Afección de la comisura de la boca, de la piel facial o del cuello.

Defectos bucales pueden tratarse de manera adecuada con un colgajo libre de la cara radial del antebrazo o con un colgajo delgado de la cara anteroexterna del muslo.

Defectos más gruesos pueden reconstruirse de manera apropiada con un colgajo aponeuroticocutáneo libre de la cara anteroexterna del muslo.

Cuando el contorno del cuello está deprimido y es asimétrico después de la disección de cuello, es posible mejorar la simetría al introducir parte del colgajo en el cuello

Mandíbula y porción media de la cara

Los defectos mandibulares segmentarios pueden clasificarse como:

- Defectos óseos aislados
- Defectos compuestos (hueso y mucosa bucal o piel)
- Defectos compuestos (hueso, mucosa bucal y piel)
- Defectos compuestos amplios (hueso, mucosa bucal, piel y tejidos blandos)

Los objetivos primarios de la reconstrucción de la mandíbula son restablecer la continuidad ósea (con oclusión dental precisa) función del habla, contorno facial y para mantener la movilidad de la lengua. La mejor opción en casi todos los defectos mandibulares segmentarios es el injerto libre de peroné con un islote cutáneo adjunto, que recibe sangre de vasos septocutáneos seguros (en ocasiones ramas

perforantes musculocutáneas) de la arteria y la vena peroneas y que recibe el nombre de colgajo de peroné osteoseptocutáneo libre.

Los defectos mandibulares compuestos extensos pueden necesitar más de un colgajo libre (un colgajo libre de la cara anteroexterna del muslo con un colgajo libre osteoseptocutáneo del peroné) para reconstruir la totalidad de la anatomía en una sola operación.

Es posible aplicar también principios similares a otros defectos óseos en la región de la cabeza y el cuello que incluyen los del maxilar inferior y los de la zona media de la cara, aunque son más idóneos para recibir injertos óseos no vascularizados como los obtenidos del cráneo.

Esófago e hipofaringe

Las opciones reconstructivas para defectos parciales incluyen cierre primario si el estrechamiento luminal es insignificante e injertos cutáneos para los defectos parciales en la mucosa. Un colgajo muscular regional puede ser útil para cerrar defectos pequeños de espesor total, pero para los defectos más grandes es necesaria la transferencia de tejidos libres o un colgajo de yeyuno o bien un colgajo aponeuroticocutáneo tubular.

El colgajo de yeyuno comprende la obtención de un segmento proximal con base en el riego mesentérico y su colocación en el cuello en dirección isoperistáltica. Las desventajas del colgajo yeyunal incluyen halitosis, tiempos de tránsito lentos para la deglución y “voz húmeda”.

Las opciones con colgajos aponeuroticocutáneos libres tubulares, lo que incluye los colgajos de la cara anteroexterna del muslo y colgajo de la cadena radial del antebrazo son procedimientos favorecidos, sin embargo se acompañan de mayor riesgo de estenosis que un colgajo yeyunal libre.

Vasos receptores en cabeza y cuello para los colgajos libres

La anastomosis terminolateral con la arteria carótida se asocia con lesiones carotídeas por estallamiento, potencialmente letales. Las anastomosis con vasos

contralaterales son útiles cuando no se dispone de vasos ipsolaterales, como en pacientes con cáncer recurrente que han sido sometidos con anterioridad a procedimientos de colgajo libre o radiación.

Es posible prescindir de los injertos venosos, con el empleo de injertos perfectamente planeados que posean pedículos más largos, aunque a veces son necesarios (como el colgajo osteoseptocutáneo libre de peroné, en su porción anterolateral).

Bibliografía

F. Charles Brunicardi. (2015). Schwartz Principios de cirugía. España: McGrawHill.