

UDS

Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana



ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

CLINICA QUIRURGICA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

RECONSTRUCCION DE CABEZA Y CUELLO

La región de cabeza y cuello tiene un espacio limitado de estructuras críticas y complejas los tejidos de la cara, boca y de las cavidades sirven como medio de comunicación primaria con el entorno a través de la expresión facial y verbal, la sección del cancer con un margen de seguridad adecuado puede ser muy grave y sumamente debilitante el tratamiento de los canceres de cabeza y cuello demanda uno multidisciplinario integrado la reconstructivistas oncólogos, el cirujano oncólogo para extirpar por completo un tumor es limitada, reconstructiva para restablecer la continuidad anatómica y lograr la cicatrización exitosa de la herida, extirpar vasos y ganglios linfáticos cervicales puede realizarse confines profilácticos o curativos, los parámetros n y m son muy constantes para la mayor parte de los canceres de cabezas y cuello, los parámetros T varían de acuerdo a la ubicación del tumor, la cirugía reconstructiva tiene por objeto restablecer de manera adecuada los componentes anatómicos perdidos, es importante la cicatrización oportuna de las heridas y sin complicaciones, cada lesión debe atenderse por diversos métodos una reconstrucción más compleja puede ofrecer mejores resultado pero tal vez se acompañe de un mayor riesgo de complicaciones, la reconstrucción ideas podría ser apropiado para individuos de edad avanzadas con cancer avanzada en etapa t4 y corta esperanza de vida la reconstrucción es imposible para algunas perdidas funcionales. La reconstrucción para el piso de la boca, lengua y otros defectos del interior de la cavidad bucal depende de la dimensión del defecto, volumen de tejido perdido y movilidad residual de la lengua, la glossectomía de más de 30% son indicación para reconstrucción con transferencia de tejidos libre con colgajos libre de la cara, radio del antebrazo o colgajos de la cara anteroexterna del muslo para defectos pequeños o grandes, respectivamente. reconstrucción para defectos del tejidos blandos del inferior de la cavidad bucal se deben considerar características específicas del defecto como su grosor y dimensiones, afección de la comisura de la boca, piel facial o del cuello. Abarcan el espesor total del carillo con afección de la piel externa de la cara pueden reconstruirse con colgajos cutáneos o miocutaneos libres de la cara anteroexterna del muslo que han sido plegados para corregir de manera simultanea los defectos de la mucosa interna, piel externa y tejidos blandos interpuestos el contorno del cuello esta deprimido y es asimétrico después de la disección de cuello el espacio muerto y ayuda a proteger las principales estructuras neurovasculares adyacentes

Los defectos mandibulares pueden originarse de la ablación de tumores que afectan el hueso mismo los defectos mandibulares pueden clasificarse como defectos óseos aislados, defectos compuestos (hueso y mucosa bucal o piel) defectos compuestos (huesos, mucosa bucal y piel) o 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, los defectos mandibulares es el colgajo libre de perone con una isla de piel adjunta que recibe irrigación por vasos septocutáneos fiables en ocasiones arterias perforantes musculocutáneas de la arteria y vena peroneas a esto se le conoce como colgajos libres osteoseptocutáneo de perone, la irrigación perióstica no se interrumpa de forma que el hueso pueda plegarse para crear el contorno de cualquier región mandibular proporcionar una longitud suficiente de tejidos óseos resistente 22 a 26 cm en el adulto para reconstruir defectos mandibulares incluso con disposición angulada estructura bicorticoesponjosa que puede tolerar la incorporación de implantes dentales integrados al hueso morbilidad aceptable en el sitio donador cuando se obtenga el colgajo de forma apropiada y ubicación del sitio donador, colgajos óseos vascularizados obtenidos de la cresta iliaca , radio o costilla 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 perone para reconstruir la totalidad de la anatomía en una sola operación defectos óseos en la región de cabeza y cuello los objetivos de la reconstrucción de la porción media la cara incluyen el restablecimiento del contorno y proyección faciales, logro de una oclusión dental precisa , suministrar apoyo intraocular apropiado y sellar la separación de las cavidades nasales y bucal que se encuentran adyacentes. los objetivos de la reconstrucción para los defectos esofágicos e hipofaríngeos, la permeabilidad de la luz restablecer el habla y la deglución y evitar estenosis la permeabilidad de la luz, restablecer el habla 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, la transferencia de tejidos libres o un colgajo de yeyuno o bien un colgajo aponeuroticocutáneo tubular el procedimiento la primera transferencia exitosa de tejido libre en seres humanos se realizó en 1957 para la reconstrucción del esófago cervical las ventajas del colgajo yeyunal incluyen halitosis , tiempos de tránsito lentos para la deglución y voz seca, colgajos aponeuroticocutáneos libres tubulares lo que incluye los colgajos de la cara anteroexterna del muslo y colgajos de la cadena radial del antebrazo son procedimientos favorecidos. colgajos óseos vascularizados obtenidos de la cresta iliaca , radio o costillas los defectos mandíbulas compuestos extensos pueden necesitar más de un colgajo libre un colgajo libre de la cara anteroexterna del muslo con un colgajo libre osteoseptocutáneo

La transferencia de tejidos libres o un colgajo de yeyuno o bien un colgajo aponeuroticocutáneo tubular el procedimiento de colgajo yeyunal fue la primera los injertos venosos para incrementar la longitud insuficiente de un pedículo el drenaje venoso es conveniente el uso de tributarias de los sistemas yugulares superficial y profundo la protección de vasos y nervios mayores en el cuello después de la disección del cuello al cubrirlos con el tejido residual de colgajos libres ayuda a mejorar el contorno y la simetría del cuello con fines estéticos y elimina cualquier espacio muerto, las complicaciones específicas de la cirugía de ablación y reconstructiva de cabeza y cuello las complicaciones trasoperatorias específicas incluyen embolia gaseosa, neumotórax y lesión a estructuras importantes como vasos sanguíneos, conductos linfáticos o nervios craneales, las complicaciones perioperatorias específicas específicas estallamiento de la arteria carótida, necrosis del colgajo, infecciones, fuga de saliva o de quilo, problemas con las vías respiratorias y trastornos psiquiátricos agudos síndromes dolorosos prolongados, fístulas contracturas de cicatrices y problemas relacionados con la radioterapia como disminución de tamaño del colgajo con el riesgo potencial de exposición del material metálico y osteorradionecrosis, la parálisis del nervio facial es un trastorno debilitante que desde el punto de vista emocional puede ocasionar depresión, la pérdida de la actividad muscular ocasiona mala articulación del lenguaje y sialorrea por insuficiencia bucal queratopatía por exposición por disfunción del aparato lagrimal y ectropión paralítico con alteración de la socialización por desfiguración facial y dificultad para expresar emociones la disfunción del nervio facial tiene múltiples la resección oncológica, cirugía de la base del cráneo por el hueso temporal, traumatismo, trastorno congénito síndrome de Mobius y de causa idiopática.

Bibliografía

Brunicardi, C. F. (2015). principios de cirugía. En C. F. Brunicardi, *principios de cirugía* (pág. 1676). México: McGraw-Hill.

a

