

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

|

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. 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. Por lo tanto, 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 oncológicos y reconstructivistas oncológicos médicos, radioterapeutas, patólogos, nutricionistas y especialistas en rehabilitación funcional y psicológica. Cirugía de ablación de tumores. La libertad para el cirujano oncológico para extirpar por completo un tumor es limitada, al menos en parte, por la capacidad del especialista en cirugía plástica y reconstructiva para restablecer la continuidad anatómica y lograr la cicatrización exitosa de la herida. 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 mediante estadificación quirúrgica o para la solidificación de planes de tratamiento auxiliar.

Principios de reconstrucción. El especialista en cirugía reconstructiva tiene por objeto restablecer de manera adecuada los componentes anatómicos perdidos. Los déficit residuales en apariencia sin importancia pueden progresar hasta ocasionar morbilidad psicológica, mala aceptación social y aislamiento social. 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. 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. La lengua y las superficies mucosas adyacentes pueden cicatrizar excepcionalmente bien, de forma que es posible tratar los defectos pequeños con cierre primario o incluso permitir la cicatrización espontánea. 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.

RINCIPIOS IMPORTANTES EN RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO

La prioridad en estas reconstrucciones es restablecer la integridad de estructuras que protegen funciones u órganos vitales, es decir el tracto orofaríngeo, vasos cervicales y la cubierta osteomeníngea, evitando fístulas orocutáneas, oronasales, o de líquido cefalorraquídeo. Si el paciente tolera procedimientos de mayor envergadura se apuntará a restaurar también forma y función¹⁶, considerando privilegiar las opciones que permitan aportar tejidos con calidad, textura y color similares al área receptora, y respetando en lo posible las líneas de tensión de Langehrs. Las reconstrucciones de cabeza y cuello son el mejor ejemplo del paso del concepto tradicional de escalera reconstructiva (en que se privilegia el uso primario de métodos de menor complejidad, como colgajos simples e injertos, para ir avanzando según sea necesario a opciones más sofisticadas como la microcirugía), al de ascensor reconstructivo (se elige el método en base al mejor resultado, no a la complejidad, privilegiando el uso primario de técnicas más complejas como la microcirugía). Así, las aproximaciones más sencillas son sólo adecuadas para defectos poco extensos o superficiales y las reconstrucciones compuestas o más complejas tienen como primera opción los colgajos libres microquirúrgicos y en segundo lugar grandes colgajos locorregionales. Ejemplos de estos últimos casos son reconstrucción de lengua, piso de boca y/o mandíbula, para los cuales la microcirugía ha demostrado ser más costoefectiva que las opciones de colgajos regionales

Párpados

En el caso de los párpados, la reconstrucción de la lamela anterior (piel y musculatura orbicular) puede tratarse con colgajos cutáneos o miocutaneos de avance simple. En casos de poca extensión, en pacientes añosos o en casos de ectropion, así como en otras zonas faciales cóncavas como la sien y pared lateral nasal, pueden usarse injertos cutáneos dermoepidérmicos o de piel total, teniendo en cuenta la pobre correlación de textura y color con la piel circundante y el riesgo de retracción. Las zonas donantes más adecuadas en estos casos son retroauricular, pelvebral y supraclavicular. En casos de mayor extensión pueden usarse colgajos miocutáneos de transposición como el colgajo de Tripier. El compromiso de dos lamelas o transmural puede cerrarse en forma primaria cuando compromete menos de un 30% de la longitud del párpado. Lesiones más extensas requieren transposiciones de párpado inferior a superior, o Colgajo Cuttler-Beard¹⁹ o colgajos de Mustarde²⁰ cuando el defecto compromete el párpado inferior.

Oreja

En la reconstrucción parcial de oreja, entendida como la que involucre hasta un tercio, se puede abordar el tema según la ubicación. Para defectos transmurales de tercio superior existen colgajos de avance de piel y fascia temporal que sólo proveen cobertura. Para reconstrucción del molde cartilaginoso y piel en defectos menores existe el método de Antia – Buch²¹ que consiste en avances simples de piel y cartílago previa disección extensa de ambos para permitir el avance de las estructuras, con cierre V en Y en la raíz del helix. También se pueden diseñar reconstrucciones con colgajos de diseño geométrico que permitirán un cierre compensado como los diseños de Tanzer²². Para pérdidas totales de tercio superior el colgajo condrocútáneo de Davis²³ y Orticoechea²⁴ tomados de concha y tercio medio auricular, son métodos que proveen adecuada reconstrucción en términos de estructura. Pueden requerir complementar la cobertura del colgajo cartilaginoso con aporte de piel temporal por avance o retro auricular pediculada para completar la reconstrucción e injerto de piel para cubrir la zona donante.

Nariz

Las nueve subunidades estéticas de la nariz pueden tener manejos bastante diferentes. El cierre primario es a menudo difícil dado la escasez de piel que termina en pinzamientos y deformidades en estos casos. Las opciones más frecuentemente usadas son colgajos bilobulados y colgajos nasogenianos para defectos de paredes laterales, colgajos de avance en VY tipo Rieger²⁸ para dorso y punta nasal (Figura 3), y colgajo frontal paramediano para defectos de mayor superficie^{29,30}. La oreja puede ser también zona donante de injertos compuestos condrocútáneos, especialmente útiles en reconstrucción de ala nasal. Los defectos de mucosa pueden ser reparados mediante colgajos mucopericóndricos o colgajos extranasales³¹, mientras que los defectos cartilaginosos son reparados con injertos tanto de septo nasal como de cartílago auricular.

Nariz

Las nueve subunidades estéticas de la nariz pueden tener manejos bastante diferentes. El cierre primario es a menudo difícil dado la escasez de piel que termina en pinzamientos y deformidades en estos casos. Las opciones más frecuentemente usadas son colgajos bilobulados y colgajos nasogenianos para defectos de paredes laterales, colgajos de avance en VY tipo Rieger²⁸ para dorso y punta nasal (Figura 3), y colgajo frontal paramediano para defectos de mayor superficie^{29,30}. La oreja puede ser también zona donante de injertos compuestos condrocútáneos, especialmente útiles en reconstrucción de ala nasal. Los defectos de mucosa pueden ser reparados mediante colgajos mucopericóndricos o colgajos extranasales³¹, mientras que los defectos cartilaginosos son reparados con injertos tanto de septo nasal como de cartílago auricular.

Cavidad oral

Defectos intraorales pequeños o superficiales pueden cubrirse con colgajo el miomucoso de arteria facial (FAMM)³², en su diseño es importante considerar la relación del pedículo con la arcada dentaria si ésta existe. Junto al colgajo de lengua³³, este colgajo es uno de los métodos para cerrar comunicaciones por fístulas oronasales de pequeño tamaño (Figura 4).

COLGAJO FAMM PARA CIERRE DE FÍSTULA ORONASAL A la izquierda, diseño del colgajo. Al centro, se eleva colgajo. A la derecha, colgajo instalado cerrando fístula.

Labios

En el caso del labio los objetivos de la reconstrucción son lograr competencia oral, sensibilidad, habla y un adecuado resultado estético. Para defectos pequeños del bermellón se pueden utilizar colgajos de avance miomucosos axiales o en V-Y. Si los defectos son más extensos se recurre a avances de mucosa bucal y colgajos de lengua. En casos de defectos de espesor total del labio se pueden utilizar colgajos pediculados en el labio adyacente y seccionar el pedículo en una segunda etapa (Abbe y Estlander) cuando los defectos comprometen hasta un tercio de la longitud del labio. Defectos más amplios requerirán de colgajos de avance de tejido perioral en bloque, como el colgajo Karapandzic³⁴ y Bernard-Burow,³⁵ que incluyen el músculo orbicular remanente y se basan en las arterias labiales. En casos de pérdida total del labio se pueden utilizar colgajos libres como el radial fasciocutáneo,³⁶ pero, con peor pronóstico funcional que aquellos que incluyen musculatura orbicular.

Cuero Cabelludo

En la reconstrucción de cuero cabelludo además de considerar la ubicación y tamaño del defecto, se debe tener en cuenta la presencia o ausencia de pericráneo, la línea de implante del pelo y la dirección de los folículos pilosos. En presencia de pericráneo es posible utilizar injertos de piel de espesor parcial como cobertura temporal, para pasar a la etapa definitiva que puede realizarse la mayoría de las ocasiones con el uso de expansores y colgajos locales en cuero cabelludo ya expandido, lo que permite una adecuada reconstrucción incluso en defectos grandes. Los colgajos locales de avance tienen un rol limitado en la reconstrucción de cuero cabelludo dado la poca elasticidad del tejido, por lo que los colgajos de rotación son los de elección