

Reconstrucción de cabeza y cuello.

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.

Cirugía de ablacion de tumores.

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

Principios de reconstruccion.

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.

Opciones reconstructivas por region.

Con el trasplante microvascular de tejidos libres, los defectos que con anterioridad parecían casi imposibles de reconstruirse hoy pueden tratarse con un solo procedimiento quirúrgico. En consecuencia, 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. 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 glosectomía 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 glosectomía 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. Los defectos más gruesos pueden reconstruirse de manera apropiada con un colgajo aponeuroticocutáneo libre de la cara anteroexterna del muslo. Aquellos que abarcan el espesor total del carrillo con afección de la piel externa de la cara pueden reconstruirse con colgajos cutáneos o miocutáneos libres de la cara anteroexterna del muslo, que han sido plegados para corregir de manera simultánea los defectos de la mucosa interna, piel externa y tejidos blandos interpuestos. 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. Esta maniobra también cierra el espacio muerto y ayuda a proteger las principales estructuras neurovasculares adyacentes.

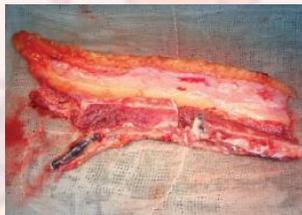
Mandíbula y porción media de la cara.

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) 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. 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. Son muchas las características positivas e incluyen: a) la capacidad de soportar osteotomías múltiples (siempre y cuando esté protegido el riego sanguíneo al periostio), de modo que pueda plegarse el hueso y crear de nuevo el contorno de cualquier región de la mandíbula; b)

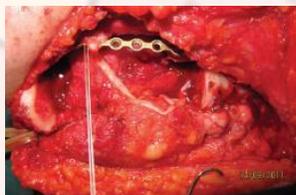
un aporte inigualado de hueso resistente en su longitud (22-26 cm en el adulto) suficiente para reconstruir incluso defectos de un ángulo a otro de la mandíbula; c) una estructura bicorticoesponjosa que tolera las fuerzas de la masticación y también los implantes dentales osteointegrados, que se le incorporen; d) complicaciones aceptables en el sitio donador cuando se obtiene apropiadamente el colgajo, y e) un sitio donador que permita la intervención de dos grupos de cirujanos para la ablación simultánea del tumor y la obtención del colgajo. Los defectos mandibulares compuestos extensos pueden necesitar más de un colgajo libre, una alternativa mucho mejor serían los implantes dentales osteointegrados que se pueden fijar en la neomandíbula en el momento de la reconstrucción, o más frecuentemente en etapa ulterior (secundaria) y al final apoyará la prótesis dental que más se adapte a los dientes originales, para resultados estéticos y masticatorios excelentes.



Mandibulectomía segmentaria parasinfisaria izquierda con dentición contigua y epitelio de la boca.



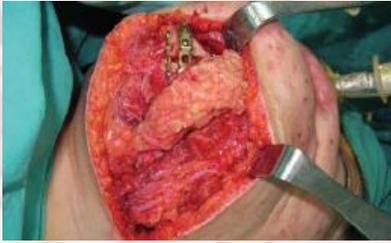
Colgajo libre osteoseptocutáneo de peroné osteotomizado, listo para adaptarlo en doble conducto: obsérvese que se ha descartado un segmento de hueso entre los dos refuerzos (conductos) para permitir el doblez seguro del constructo



Reconstrucción segmentaria del nervio alveolar inferior extirpado con un injerto de nervios cutáneos obtenidos del sitio donador de peroné para restaurar la sensación mentolabial; obsérvese la extensión del defecto



Tres componentes dentales fijos osteointegrados se han colocado en el "conducto" superior del peroné; los "estribos" se fijan a los componentes fijos para que haya concordancia precisa de la oclusión, con la dentición correspondiente del maxilar superior, antes de realizar la fijación del peroné.



La porción sin epitelio del segmento cutáneo se utilizó para cubrir la placa de reconstrucción y también para dar contorno al perfil de partes blandas del borde neomandibular.



Se introdujo el segmento cutáneo para reconstruir el epitelio de la boca; se advierte que el colgajo osteoseptocutáneo de peroné quedó mejor situado con un segmento cutáneo a pesar de que no hubo defecto de piel, de modo que se pudiera contar con un monitor centinela del colgajo, del hueso subyacente y también para facilitar el cierre de la herida



Ortopantomografía: a los 5 meses después de la operación se consolidó el peroné junto con el hueso mandibular original



La persona tenía un borde neomandibular estético y también una oclusión funcional y precisa después de finalización con una prótesis dental

Esofago e hipofaringe

Los objetivos de la reconstrucción para los defectos esofágicos e hipofaríngeos son mantener la permeabilidad de la luz, restablecer el habla y la deglución y evitar estenosis, fístulas y dehiscencias de anastomosis en el tubo digestivo. Un colgajo muscular regional puede ser útil

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ

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” (término que hace referencia al tono de la voz cuando hay líquido en las cuerdas vocales).

Vasos receptores en cabeza y cuello para los colgajos libres.

Las arterias receptoras utilizadas a menudo para la transferencia de tejidos libres en la cabeza y cuello incluyen las arterias tiroidea superior, lingual, facial, temporal superficial y cervical transversa, ipsolaterales. 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 antero lateral). Para el drenaje venoso, es conveniente el uso de tributarias de los sistemas yugulares superficial y profundo.

Complicaciones: Las complicaciones transoperatorias específicas incluyen embolia gaseosa, neumotórax y lesión a estructuras. Las complicaciones perioperatorias específicas incluyen estallamiento de la arteria carótida, necrosis del colgajo, infecciones, fuga de saliva o de quilo, problemas con las vías respiratorias y trastornos psiquiátricos agudos.