

“RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

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.

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, en tanto que 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.

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.

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, respectivamente.

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

El objetivo primario es proteger la vía respiratoria de posible broncoaspiración.

La deglución y articulación del lenguaje a menudo son subóptimos después de las reconstrucciones de glosectomía total.

En la opción de reconstrucción para defectos de tejidos blandos del interior de la cavidad bucal se deben considerar características específicas del defecto, como su grosor y dimensiones, afección de la comisura de la boca, de la piel facial o del cuello.

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 pueden originarse de la ablación de tumores que afectan el hueso mismo o de la necesidad de obtener márgenes satisfactorios para tumores de tejidos blandos adyacentes.

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.

Las alternativas razonables incluyen colgajos óseos vascularizados obtenidos de la cresta iliaca, radio o costillas.

Los defectos mandibulares compuestos extensos pueden necesitar más de un colgajo libre (p. ej., 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.

Los objetivos de la reconstrucción de la porción media de 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.

Esófago e hipofaringe.

Los objetivos de la reconstrucción para los defectos esofágicos e hipofaríngeos, que pueden ser circunferenciales o parciales, 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.

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

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.

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

Para el drenaje venoso, es conveniente el uso de tributarias de los sistemas yugulares superficial y profundo.

Por último, es posible 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.

Esto ayuda a mejorar el contorno y la simetría del cuello con fines estéticos y elimina cualquier espacio muerto.

Complicaciones.

Además de las complicaciones generales que pueden encontrarse con cualquier operación mayor o procedimiento anestésico prolongado, existen varias complicaciones potenciales específicas de la cirugía de ablación y reconstructiva de cabeza y cuello.

Las complicaciones transoperatorias específicas incluyen embolia gaseosa, neumotórax y lesión a estructuras importantes como vasos sanguíneos, conductos linfáticos o pares craneales.

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.

Ejemplos de estas últimas complicaciones son 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.

Bibliografía

Brunicardi, F. et al. (2015). Schwartz principios de cirugía. México: McGraw-Hill Interamericana.