



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

SEPTIMO SEMESTRE

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDA UNIDAD.

MEDICINA HUMANA.

RECONSTRUCCION DE CABEZA Y CUELLO

Después de una resección oncológica aparecen defectos de la estructura anatómica de los tejidos blandos y óseos de la cabeza y el cuello.

Con frecuencia, la intervención quirúrgica de los tumores exige extirpar estructuras relacionadas con el habla y la deglución. La pérdida de la sensibilidad y la función motora causan disfagia por deterioro de la formación, manipulación y propulsión del bolo alimenticio. La extirpación de tumores laríngeos, de la base de la lengua y de la hipofaringe deteriora los reflejos protectores de las vías respiratorias y predispone a la aspiración. Las deformidades que resultan de la intervención quirúrgica también influyen en grado significativo en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer. El tratamiento quirúrgico actual de los tumores de la cabeza y el cuello requiere restablecer la forma y la función mediante la aplicación de técnicas de reconstrucción contemporáneas.

Los principios básicos de la reconstrucción incluyen intentos para reconstruir componentes de tejido resecaado (hueso, piel, tejido blando) con tejido similar. Sin embargo, el restablecimiento de la capacidad funcional no siempre requiere seguir rígidamente esta regla.

Los cirujanos reconstructivos de la cabeza y el cuello deben considerar las morbilidades concurrentes preoperatorias y la estructura anatómica del paciente al elaborar un plan de atención.

Para describir el aumento de complejidad de las opciones reconstructivas en la reparación de los defectos de la cabeza y el cuello se utiliza a menudo la analogía de una escalera. Es importante recordar que el procedimiento más complejo no siempre resulta ser el más apropiado. La progresión para el cierre por segunda intención, cierre primario, injertos de piel, colgajos locales, colgajos regionales y colgajos con transferencia de tejido libre (colgajos libres) sigue la gama de opciones disponibles. La técnica de reconstrucción empleada más apropiada se basa en el estado médico del paciente, la localización y el tamaño del defecto por reparar y el deterioro funcional relacionado con la lesión. Los defectos pequeños de la piel del canto interno, el cuero cabelludo y la nariz pueden dejarse cicatrizar por segunda intención con resultados estéticos y funcionales excelentes. Cuando se considera

el cierre primario, la escisión debe colocarse en las líneas de tensión de la piel relajada y se debe intentar no deformar la anatomía circundante, como la línea del pelo, los párpados o los labios.

Injertos de piel

Los injertos de piel de espesores parcial y total se usan en la cabeza y el cuello para diversos defectos. Después de las resecciones en la cavidad bucal, los injertos de espesor parcial proporcionan una reconstrucción adecuada de la superficie mucosa si se dispone de un lecho de tejido blando adecuado a fin de mantener la irrigación sanguínea necesaria para la supervivencia. Estos injertos se incorporan en el sitio receptor en unos cinco días y no restituyen el tejido blando faltante; sin embargo, representan una técnica con baja morbilidad para recubrir defectos mucosos y facilitar la vigilancia de las recurrencias locales. Los injertos de espesor total se utilizan en la cara cuando no se dispone de colgajos por rotación locales. Estos injertos presentan una contractura mucho menor que los injertos de espesor parcial. Los injertos se obtienen de las áreas posauricular o supraclavicular con la finalidad de lograr la máxima similitud de las características de la piel. Por lo regular se emplean injertos dérmicos para recubrir vasos expuestos en el cuello, reconstruir defectos de la mucosa y ayudar a proporcionar volumen de tejido blando.

Colgajos locales

Los colgajos locales incluyen un gran número de colgajos de patrón, sobre todo aleatorio, usados para reconstruir defectos en áreas adyacentes. No es posible presentar en este capítulo todos estos colgajos, pero deben diseñarse de acuerdo con las líneas de tensión de la piel relajada de la cara y el cuello. Éstas son líneas de tensión inherentes en las regiones faciales y se deben en parte a la inserción de músculos de la animación facial. Las incisiones paralelas a las líneas de tensión de la piel relajada que respetan las subunidades estéticas de la cara cicatrizan con la menor cantidad de tensión y se ocultan para conseguir una apariencia más atractiva. Las incisiones o colgajos mal diseñados producen cicatrices más anchas y deformación de unidades estéticas notorias.

Colgajos regionales

Los colgajos regionales son aquellos disponibles como una calcomanía pediculada de tejido blando proveniente de áreas adyacentes al defecto. Estos colgajos tienen una irrigación axial que atraviesa el colgajo longitudinalmente de proximal a distal entre la fascia y el tejido subcutáneo. Al mismo tiempo, son posibles la reconstrucción en una sola etapa y la obtención de los colgajos simultánea con la resección de la enfermedad primaria, para reducir de ese modo el tiempo quirúrgico. El colgajo fasciocutáneo deltopectoral es un colgajo con base en la línea media de la pared anterior del tórax que depende de las perforantes de la arteria mamaria interna. Su flexibilidad permite flexionarlo, lo que lo torna útil para la reconstrucción de defectos faringoesofágicos. Una desventaja es que el uso del colgajo requiere una segunda etapa en la que se desprende el componente torácico proximal y se completa la instalación unas tres o cuatro semanas después del procedimiento original. Existen varios colgajos miocutáneos para las reconstrucciones de la cabeza y el cuello. El pedículo vascular de estos colgajos permite un arco de rotación amplio y los hace ideales para gran número de necesidades de reconstrucción diferentes. El músculo trapecio proporciona varios colgajos de tejido blando que es posible rotar para reconstruir diversos defectos en la cabeza y el cuello. El colgajo superior del trapecio se basa en vasos perforantes paraespinosos y es ideal para defectos laterales del cuello. El colgajo lateral del islote del trapecio, basado en los vasos cervicales transversales y escapulares dorsales, hace posible obtener tejido blando abajo del borde inferior de la escápula. Este colgajo es ideal para reconstruir el cuero cabelludo y los defectos laterales de la base del cráneo. El colgajo miocutáneo del pectoral se basa en la rama pectoral de la arteria acromiotorácica (interna) y la arteria torácica externa (afuera). Este último vaso puede sacrificarse a fin de incrementar el arco de rotación. El colgajo incluye el músculo pectoral mayor, solo o con la piel suprayacente de la pared anterior del tórax. El colgajo miocutáneo del pectoral tiene gran aceptación por su facilidad para obtenerlo, la capacidad de ajustar su grosor al defecto y la mínima morbilidad del sitio donador. Se utiliza para la reconstrucción de la bucofaringe, cavidad bucal e hipofaringe y en algunos casos es posible formar con él un tubo para reparar

defectos del esófago cervical. El volumen relacionado con este colgajo puede hacer menos prácticas ciertas aplicaciones, un problema que aumenta en pacientes obesos. El arco de rotación limita la extensión superior de este colgajo al arco cigomático en la parte externa y el polo superior de la amígdala en la interna.

El colgajo del dorsal ancho constituye una fuente grande de tejido blando y asimismo proporciona un arco de rotación amplio. Basado en los vasos toracodorsales, este colgajo se utiliza como un colgajo de rotación regional o un colgajo libre. A fin de obtener este colgajo es necesario colocar al paciente en decúbito lateral, lo que determina que sea menos atractivo para la ablación y la reconstrucción simultáneas del cáncer.

Transferencia de tejido libre

La transferencia de tejido libre con anastomosis microvasculares proporciona al cirujano reconstructivo una capacidad inigualable para reemplazar pérdidas hísticas con tejidos de características similares. Existen varios sitios donadores para diversos tipos de colgajos, entre ellos osteomiocutáneo, miocutáneo, fasciocutáneo, fascial y mioóseo. Los colgajos preferibles en el arsenal de reconstrucciones de la cabeza y el cuello son aquellos cuya obtención es más fácil desde el punto de vista de la posición del paciente y los que posibilitan la participación de dos equipos para la obtención del colgajo y la resección oncológica simultáneas. El colgajo fasciocutáneo radial del antebrazo es un colgajo duro con una estructura vascular constante y un pedículo vascular largo, que facilita la intercalación y la elección en sitios receptores vasculares anastomóticos. Es flexible y puede inervarse de nueva cuenta como un colgajo sensitivo, lo que lo hace ideal para reparar defectos de la cavidad bucal y la bucofaringe. De la misma manera, puede dársele una forma tubular para reparar defectos hipofaríngeos y de la parte superior del esófago. El colgajo anterolateral del muslo, basado en la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral, tiene la capacidad de aportar una paleta cutánea grande y flexible con músculo, que permite la formación de un tubo y se usa para reconstruir defectos semejantes a los del colgajo del antebrazo radial, pero aporta mayor volumen de tejido.

Los colgajos osteocutáneo u osteomiocutáneo peroneo permiten la reconstrucción de la mandíbula extirpada en una etapa. En el adulto puede obtenerse hasta 20 cm de hueso con un manguito de músculo sóleo y flexor largo del dedo grueso para obtener un mayor volumen de tejido. El defecto en el sitio donador es bien tolerado, siempre que se conserven alrededor de 7 cm de hueso en la parte proximal y distal para conservar la estabilidad de la rodilla y el tobillo. Los colgajos osteocutáneos de la cresta iliaca se utilizan con frecuencia para reparar alteraciones de la mandíbula. La forma natural de este sitio donador óseo es similar al ángulo mandibular. La parte gruesa de hueso proveniente de la cresta iliaca permite una mejor reconstrucción vertical de la mandíbula y al mismo tiempo abarca un defecto segmentario. Sin embargo, para defectos mandibulares largos (> 10 cm) suele elegirse el colgajo peroneo. En anomalías de la mandíbula más cortas, se pueden usar otros colgajos libres, incluidos los componentes óseos como los colgajos escapular y radial del antebrazo. Los defectos grandes de tejido blando resultan de traumatismos, extirpación de tumores de la base del cráneo y tumores que incluyen segmentos grandes de piel. Por supuesto, después de una resección extensa de la base del cráneo en la parte anterior y lateral de la misma, la necesidad de separar los trayectos bucofaríngeo y sinonasal de la duramadre obliga a una interposición de tejido blando entre esta última y las vías respiratoria y digestiva superiores contaminadas. El colgajo del recto del abdomen proporciona una gran cantidad de tejido blando y es ideal para cerrar heridas en la parte lateral de la base del cráneo y la duramadre. Para la reconstrucción de los defectos de hipofaringe y esófago cervical, se dispone de colgajos libres y colgajos con pedículo regional.

BIBLIOGRAFIA: Schwartz principios de cirugía 10º edición. Pág. 600.