

Reconstrucción de partes blandas faciales con colgajos cervicales. Presentación de dos casos

Reconstruction of facial soft parts with cervical flaps. Two cases presentation

Dr. Orestes Casañola Rivero, Dr. Javier Alfonso Rodríguez, Dra. Diancys Barreras Rivero, Dra. Carmen L. Peña Casal, Dr. Dimas Morales Carbot, Dr. José A. Llerena Suarez

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.
Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La reconstrucción de importantes defectos de partes blandas en la región órbito-maxilo-malar continúa siendo un gran reto para el cirujano. En cirugía reconstructiva, por su parte, hay que abordar dos problemas fundamentales: la recuperación estética y la funcional. Por supuesto que ni el criterio estético ni funcional debe anteponerse al oncológico. En este trabajo se presentaron dos pacientes operados de carcinoma de la glándula parótida, reconstruidos con colgajos cervicales. El primero, con el cérvico-pectoral, y el segundo, con el fascio-cérvico-pectoral. Estos colgajos deberían ser considerados como una de las primeras opciones para reconstruir los defectos en la región maxilofacial, dado su predictibilidad, versatilidad y fácil disección.

Palabras clave: colgajos cervicales, tumores de parótida.

ABSTRACT

The reconstruction of important defects of soft parts in the orbital-maxillary-malar region is still a great challenge for the surgeon. Thus, in reconstructive surgery we have to approach two main problems: esthetic and functional recuperation. Of course, neither the esthetic nor the functional criteria should be placed before the

oncological one. In this work we presented the cases of two patients operated of parotid gland carcinoma, reconstructed with cervical flaps; the first one, with the cervico-pectoral flap, and the second with the fascia-cervico-pectoral flap. These flaps should be considered one of the first options for reconstructing the defects of the maxilla-facial region, due to their predictability, versatility and easy dissection.

Palabras clave: cervical flaps, parotid tumors.

INTRODUCCIÓN

La repercusión de la cirugía ablativa contra el cáncer es importante en la región de la cabeza y el cuello, y puede resultar devastadora para el paciente. Con el fin de recuperar la forma y la función y de rehabilitarle totalmente, deben realizarse los esfuerzos necesarios para restablecer su aspecto estético y su funcionamiento fisiológico mediante la reconstrucción de los defectos anatómicos creados por las intervenciones de ablación.⁽¹⁻³⁾ Por lo tanto, en cirugía reconstructiva hay que abordar dos problemas fundamentales: la recuperación estética y la funcional. Por supuesto que ni el criterio estético ni funcional debe anteponerse al oncológico.^(4,5)

La reconstrucción de defectos importantes de partes blandas faciales continúa siendo una tarea difícil para el cirujano de cabeza y cuello. El colgajo ideal debe reunir una serie de características como presentar una textura y color similares a los tejidos faciales, restaurar el contorno facial de forma armónica, situar las cicatrices en zonas favorables desde un punto de vista estético y tratar de conseguir estos objetivos con una morbilidad mínima y en un solo tiempo quirúrgico.

Si el defecto facial afecta al 30 % o menos de la piel de la mejilla, puede lograrse un cierre primario del defecto, o bien cerrarlo mediante injertos libres o colgajos locales. Para corregir defectos mayores se precisa la ayuda de técnicas quirúrgicas más sofisticadas.⁽⁶⁾

Los colgajos cutáneos regionales son colgajos de piel que se pueden emplear en la región de cabeza y cuello para su transferencia de un área a otra, con objeto de cubrir un defecto quirúrgico que no se puede reparar mediante cierre primario o el avance de tejidos o colgajos locales.

El colgajo cervical es un colgajo regional con un patrón aleatorio de irrigación. Por tanto, la proporción entre su anchura y longitud es de 1:3, su base puede ser superior o posterior y, por consiguiente, seguir una orientación vertical o transversal.⁽⁷⁾

El colgajo cérvico-pectoral fue descrito por Becker en 1978 para la reconstrucción de defectos de mejilla tras la resección de melanomas faciales extensos. Este colgajo es una asociación del colgajo de rotación de Mustardé, mientras que el colgajo deltopectoral fue descrito por Bakamjian en 1971. Tiene, por tanto, el mismo tipo de vascularización.⁽⁸⁻¹⁰⁾

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1.

Paciente A.V.R., de 85 años de edad, blanco, masculino. HC: 105624.

APP: cardiopatía isquémica, HTA.

APF: no refiere.

Hábitos tóxicos: fumador.

HEA: Paciente que comenzó con aumento de volumen de región parotídea derecha, de aproximadamente 6 meses de evolución, con dolor y ulceración de la piel.

Examen físico: en la región parotídea derecha hay aumento de volumen de aproximadamente 5 cm de diámetro, que infiltra la piel dura móvil ulcerada.

Cuello: no se precisan adenopatías.

Complementarios

Hematología y química sanguínea dentro de valores normales.

BAFF: carcinoma mucoepidermoide de alto grado.

Diagnóstico topográfico: glándula salivar mayor.

Sitio: glándula parótida subsitio: derecha T4aN0M0, E: IVA.

Se presenta un caso operado de carcinoma mucoepidermoide de glándula parótida, lóbulo superficial que infiltra la piel. No presenta parálisis del nervio facial y se realizó la reconstrucción con un colgajo cervical anterior.

Tratamiento

El paciente de la figura 1 tiene un carcinoma mucoepidermoide en la región parotídea derecha, que toma el lóbulo superficial de la glándula e infiltra la piel.

La intervención planificada consiste en una parotidectomía subtotal con conservación del facial y escisión de la piel, que ocupa la región preauricular, más disección selectiva de cuello (DSC) niveles II y III.



Fig. 1. Carcinoma mucoepidermoide.

Las incisiones abarcan la zona cutánea que hay que escindir, además del contorno del colgajo cervical, y la otra incisión que permite completar la disección selectiva cuello.

Primero se eleva el colgajo y después el resto de los colgajos cutáneos; se realiza la DSC y luego la parotidectomía subtotal, con preservación del facial. Se realiza la

exéresis de la pieza quirúrgica en bloque y luego se rota el colgajo cervical hacia arriba. Su punta se sube hasta el borde superior del defecto cutáneo en la región preauricular. Se recorta de forma oportuna para que encaje en la lesión quirúrgica. Se aplica un cierre en dos planos. (Fig. 2)



Fig. 2. Aspecto postoperatorio del paciente a las ocho semanas.

Caso 2.

Paciente A.J.C.R., de 84 años de edad, blanco, masculino. HC: 105624.

APP: no refiere.

APF: no refiere.

Hábitos tóxicos: fumador.

HEA: paciente que comenzó con aumento de volumen de región parotídea y de la mejilla derecha, de aproximadamente 8 meses de evolución, con dolor, ulceración de la piel, desviación de la comisura labial e imposibilidad de cerrar el ojo derecho. (Fig. 3)

Examen físico: región parotídea derecha con aumento de volumen de aproximadamente 5 cm de diámetro, que infiltra la piel dura móvil ulcerada. SNC: parálisis facial periférica completa.

Cuello: no se precisan adenopatías.



Fig. 3. Carcinoma mucoepidermoide infiltrante.

Complementarios

Hematología y química sanguínea dentro de valores normales.

Biopsia 15-716: carcinoma mucoepidermoide infiltrante, secundariamente

infectado.

Diagnóstico topográfico: glándula salivar mayor.

Sitio: glándula parótida sub sitio: derecha T4aN0M0, E: IVA.

Tratamiento

El diseño del colgajo fascio-cérvico-pectoral de rotación medial se realiza de la siguiente forma: el límite superior se extiende desde la inserción superior del pabellón auricular hasta la ceja, aproximadamente 5 mm por encima del canto lateral. A este nivel se fija el colgajo a la fascia temporal para evitar el ectropión que se produciría por acción de la gravedad. A continuación, se extendió la incisión hasta el borde superolateral del defecto. Para delimitar el borde lateral del colgajo se procede a realizar una incisión preauricular parecida a la realizada en la ritidectomía. La incisión rodea la inserción del músculo esternocleidomastoideo en la mastoidees y se continúa en sentido caudal aproximadamente 2 cm por detrás del borde anterior del músculo trapecio hasta el tercio lateral de la clavícula y extendiéndola hasta la región pectoral a nivel del 4 o 5 espacio intercostal. Una vez llegado al límite inferior, se realiza la incisión medial, para conseguir una adecuada rotación, incisión que va a depender del tamaño del defecto.

Si este es mediano o pequeño, la incisión se situará a nivel cervical medio. Si el defecto es importante, se localizará a nivel de la región pectoral. (Fig. 4)



Fig. 4. Aspecto postoperatorio a los 10 días de la intervención.

DISCUSIÓN

Los colgajos cervicales constituyen colgajos confiables, simple de ejecutar y que puede proveer con una buena cantidad de tejido fasciocutáneo para defectos en la región maxilofacial. Los mismos resultados han sido publicados por otros autores.^(11,12) En la literatura revisada, estos colgajos son una excelente opción para la reconstrucción, especialmente en zonas geográficas en vías de desarrollo y también en pacientes en los cuales un colgajo microvascularizado resultaría técnicamente difícil, debido a factores médicos y falta de entrenamiento especializado.^(13,14)

Deberían ser considerados como una de las primeras opciones para reconstrucción de defectos de tejido blando en la región maxilofacial. Su predictibilidad, versatilidad y fácil disección hacen una herramienta muy útil para el cirujano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kokot N, Mazhar K, Reder LS, et al. Use of the supraclavicular artery island flap for reconstruction of cervicofacial defects. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 2014;150(2):222-8. Citado en PubMed; PMID: 24316793.
- 2- Huang X, Qu X, Li Q. Risk Factors for Complications of Tissue Expansion: A 20-Year Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(3):787-97. Citado en PubMed; PMID: 21572375.
- 3- Topalan M, Guven E, Demirtas Y. Hemifacial resurfacing with prefabricated expanded supraclavicular skin flap. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125(5):1429-38. Citado en PubMed; PMID: 20440162.
- 4- Díaz-González JM, Peniche-Castellanos A, Fierro-Arias L, et al. Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cuatro años en el Hospital General de México. *Gac Med Mex [Internet].* 2011 ene-feb [citado 12 Sep 2015];147(1):17-21. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-medica-de-mexico/articulo/cancer-de-piel-en-pacientes-menores-de-40-anos-experiencia-de-cuatro-anos-en-el-hospital-general-de-mexico>
- 5- Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello Santillán AL, et al. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermatooncología del Centro de Dermatooncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex [Internet].* 2012 [citado 12 Sep 2015];56(1):30-7. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/ca/revista/dermatologia-mexico-d-f/articulo/epidemiologia-del-cancer-de-piel-en-pacientes-de-la-clinica-de-dermato-oncologia-del-centro-dermatologico-dr-ladislao-de-la-pascua-estudio-retrospectivo-de-los-ultimos-ocho-anos>
- 6- Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM [Internet].* 2003 jul-ago [citado 12 Sep 2015];46(4):166-71. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/12740/12060>
- 7- Martínez AY. El colgajo fasciocutáneo de la arteria supraclavicular para reconstrucción de defectos en la región oromaxilofacial. *Rev Mex Cir Bucal Max [Internet].* 2015;11(1). Disponible en: <http://www.edigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb151c.pdf>
- 8- Becker DW, Jr. A cervicopectoral rotation flap for cheek coverage. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61(6):868-70. Citado en PubMed; PMID: 351638.
- 9- Mustardé JC. Repair and reconstruction in the orbital region. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1980. p. 111-29.

10- Bakamjian VY, Long M, Rigg B. Experience with the medially based deltopectoral flap in reconstructive surgery of the head and neck. *Br J Plast Surg*. 1971 Abr;24:174-83. Citado en PubMed; PMID: 4932091.

11- Kim RJ, Izzard ME, Patel RS. Supraclavicular artery island flap for reconstructing defects in the head and neck region. *Curr Opin Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2011;19(4):248-50. Citado en PubMed; PMID: 21593670.

12- Herr MW, Emerick KS, Deschler DG. The supraclavicular artery flap for head and neck reconstruction. *JAMA Facial Plast Surg*. 2014;16(2):127-32. Citado en PubMed; PMID: 24370537.

13- Pallua N, Noah EM. The tunneled supraclavicular island flap: an optimized technique for head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1999;105(3):842-51. Citado en PubMed; PMID: 10724241.

14- Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. The supraclavicular artery island flap (SCAIF) for head and neck reconstruction: surgical technique and refinements. *Otolaryng Head Neck Surg*. 2013;148(6):933-40. Citado en PubMed; PMID: 23554115.

Recibido: 8 de octubre de 2015.

Aceptado: 22 de octubre de 2015.

Javier Alfonso Rodríguez. Departamento de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Faustino Pérez Hernández. Carretera Central Km 101. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: javieralfonso.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Casañola Rivero O, Alfonso Rodríguez J, Barreras Rivero D, Peña Casal CL, Morales Carbot D, Llerena Suarez JA. Reconstrucción de partes blandas faciales con colgajos cervicales. Presentación de dos casos. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2016 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1664/3215>