

COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DE CAVIDAD ORAL EN UN PACIENTE ANCIANO

JUAN LIUZZI, ALÍ GODOY ALBERTO PÉREZ, JOSÉ DE ABREU, YASMÍN VELÁSQUEZ, TOMÁS MACHADO, JUAN MARCANO

HOSPITAL VARGAS. CARACAS, VENEZUELA

TRABAJO GANADOR PREMIO DR. GUSTAVO ROJAS MARTÍNEZ. 2006

RESUMEN

Presentar informe de una patología quirúrgica infrecuente, y descripción de caso clínico visto en el Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, Venezuela. Se describe el caso de un paciente masculino de 80 años a quien se le diagnosticó un carcinoma de células escamosas de lengua clasificado como T2N1M0 el cual no infiltraba la mandíbula. Se le realizó glosectomía de lengua móvil por técnica de "pull-through", asociada a disección cervical radical derecha, y sección cervical de los niveles I al III izquierda. El defecto que se creó fue de 8 cm a 6 cm, para cubrir este defecto se utilizó un colgajo microquirúrgico de radial izquierdo. El colgajo microquirúrgico es un método de reconstrucción ideal en pacientes ancianos ya que a pesar de que técnicamente es considerado más complicado, produce menos morbilidad al paciente, está demostrado que da mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de cabeza y cuello, lengua, colgajo.

SUMMARY

To present an infrequent surgery pathology and the description of a clinical case seen and examinants in Surgical Service One of Hospital Vargas. Caracas, Venezuela. We describe a clinical case of a male patient of 80 years old to whom diagnostic a squamous carcinoma of tongue classified how T2N1M0 which do not infiltrative the mandible. We realized a glossectomy procedure of mobile tongue for a "pull-through" technique and associated with radical right cervical dissection and cervical sections of I to a III left levels. The defect was been created was 8 cm to 6 cm size for to tape these defect we utilized a microsurgery flaps of left radial. The microsurgery flaps is a method of ideal reconstruction for old patients, how it is considered more technical complicated and produce a minor morbidity to the patient it's demonstrated his best results.

KEY WORDS: Cancer of head and neck, tongue, flaps.

INTRODUCCIÓN

E

l cáncer de la cavidad oral constituye aproximadamente el 3,5 %- 5 % de todos los cánceres del organismo, siendo uno de los tipos de cáncer de cabeza y cuello más común. En el 2005, se diagnosticaron aproximadamente 29 370 nuevos casos (19 100 hombres y 10 270 mujeres) de cáncer oral y orofaríngeo en Estados Unidos⁽¹⁾. Se considera que en las últimas décadas se ha descrito un aumento de la frecuencia del carci-

Recibido: 09/06/2006 Revisado: 16/08/2006

Aceptado para publicación: 27/12/2006

Correspondencia. Dr. Juan Liuzzi.

Grupo Quirúrgico Cenit. Av. Libertador, Torre Av. Libertador 75, Piso 15, Cons. 15-F, Urb. La Campiña (212) 762.7628 - 0(416) 606.3890 - (212) 762.7628 (212) 2561810 E-Mail: jfliuzzi@hotmail.com

noma células escamosas de lengua en occidente y se ha observado en pacientes jóvenes entre los 20 y 30 años⁽²⁾.

Las tasas de cáncer oral son casi dos veces más elevadas en los hombres que en las mujeres y son más altas en los hombres de más de 50 años. Este se ubica como el noveno cáncer más frecuente entre los hombres. Se asocia fuertemente con el abuso de alcohol y tabaco⁽³⁾.

Aproximadamente el 85 % de los pacientes sobrevive al menos un año después del diagnóstico. La tasa de sobrevida relativa a cinco años (porcentaje de pacientes que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidos aquellos que mueren por otras enfermedades) de pacientes con cáncer oral asciende al 59 %. Mientras que la tasa de sobrevida relativa a diez años asciende al 44 %⁽³⁾.

Un grave problema que presenta el cáncer de cabeza y cuello, es que la cirugía es el pilar fundamental de su tratamiento dejando como secuela deformidades que acarrearán severos problemas funcionales y estéticos⁽⁴⁻⁹⁾. Considerándose esto un desafío para el cirujano plástico, ya que surge la necesidad de reconstruir estructuras y función con el mejor resultado cosmético y funcional⁽⁹⁻¹¹⁾.

La reconstrucción inmediata en pacientes con cáncer de cabeza y cuello fue introducida por Milton T. Edgerton Jr. en 1953. El concepto, basado en el uso de colgajos cutáneos locales, mostraba ciertas limitaciones en la reparación de grandes defectos, necesidad de varios tiempos quirúrgicos y alto índice de complicaciones^(4,9).

En la década del '60 se describen los colgajos deltopectoral de Bakamjian y frontal de Mc Gregor con algunas ventajas considerables; a pesar de sus secuelas estéticas, fue el sostén de la reconstrucción por casi dos décadas⁽⁵⁾.

El estudio de la circulación cutánea y muscular llevó al desarrollo del colgajo músculo-cutáneo pediculado de pectoral mayor y otros, asimismo basados en la existencia de vasos

perforantes musculares (trapecio lateral, trapecio posterior, dorsal ancho, etc.) con vasta aplicación en cabeza y cuello, aún hasta la actualidad⁽⁵⁾.

Desde 1977 se ha realizado la reconstrucción de la cavidad oral, con el colgajo músculo-cutáneo basado en el pedículo vascular del pectoral mayor descrito por Ariyan; debido a que el mismo permite cubrir defectos faciales en un solo tiempo, y posee una consistencia muscular apropiada^(5,7).

Sin embargo, los defectos complejos oromandibulares siguieron siendo un reto para el cirujano y un problema importante tanto desde el punto de vista funcional como estético. En 1981 surge el interés en la utilización de los colgajos microquirúrgicos en los cirujanos occidentales como, Muhlbauer, en el transcurso de sus viajes a china; le proporcionó el nombre de "colgajo chino" al colgajo de antebrazo^(5,7,10,11).

Finalmente, el significativo avance logrado por las técnicas microquirúrgicas en los últimos 30 años, ha permitido optimizar la reparación en áreas que, por sus características anatómicas y funcionales, fueron siempre particularmente conflictivas: cabeza y cuello⁽⁴⁾.

El trasplante de colgajos libres microquirúrgicos ha evidenciado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas, probando ser un auxiliar invaluable para muchos problemas con alto índice de dificultad en cirugía reconstructiva. La ventaja del uso de los colgajos microquirúrgicos en la reconstrucción del cáncer de la cavidad oral, es que el mismo, es delgado, maleable, permitiendo no producir bulto en la cavidad oral^(6,9,11).

La experiencia clínica actual demuestra que los colgajos microquirúrgicos frecuentemente proveen la reconstrucción más confiable, estética y funcional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, tras una cirugía ablativa con menos complicaciones posoperatorias que los métodos convencionales, por lo que se considera

que son los más utilizados de forma habitual en la reconstrucción del cáncer oral y orofaríngeo^(9,11).

Actualmente la habilidad del cirujano especializado en cabeza y cuello consiste en mantener una conducta oncológica radical, seleccionar el colgajo más apropiado al defecto y obtener un resultado funcional y estético aceptable, devolviendo una adecuada calidad de vida.

Debido a que el cáncer de cavidad oral es más frecuente en pacientes ancianos, actualmente se ha visto un mayor número de pacientes ancianos que requieren reconstrucción con colgajos microquirúrgicos. Los riesgos de esta cirugía en este grupo de la población son en gran parte desconocidos. Debido a ello surge la inquietud de evaluar las posibles complicaciones de colgajos microquirúrgicos en pacientes ancianos⁽¹⁰⁾.

Entre las complicaciones esperadas en un paciente anciano se deben tener presente que este grupo de la población generalmente presenta un mayor número de enfermedades asociadas, las cuales conducen a mayores pérdidas de colgajos y la necesidad de revisión por trombosis de vasos, para cubrir dehiscencia de lechos quirúrgicos bien con injertos dérmicos y/o colgajos locales. Entre las complicaciones menores se pueden presentar necrosis limitada del colgajo, infección y necesidad de cuidado prolongado de la herida que pueden poner en riesgo la viabilidad del colgajo, conduciendo a reoperación por trombosis de vasos, o para cubrir dehiscencia de lechos⁽⁶⁾.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 80 años a quien se le diagnosticó un carcinoma de células escamosas de lengua T2N1M0 el cual no infiltraba la mandíbula. En febrero del 2006 se le realizó glossectomía de lengua móvil por técnica de "pull-through", asociada a disección

cervical radical derecha, disección cervical de los niveles I al III izquierda. El defecto que se creó fue de 8 cm a 6 cm, para cubrir el defecto se utilizó un colgajo microquirúrgico de radial izquierdo. Las anastomosis microvasculares de arteria y vena radial se realizaron termino-terminales con la arteria tiroidea superior y el tronco venoso tiroloinguofacial izquierdo. Al décimo día posoperatorio presentó fístula salival a nivel del cuello. El resultado histopatológico concluyó carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado con margen de resección mayor de 1 cm, 4 ganglios positivos para malignidad de 12 ganglios linfáticos disecados.

Posteriormente se inició tratamiento con radioterapia.

DISCUSIÓN

La inmediata restitución funcional, estética y la prevención de secuelas adquieren particular relieve en el anciano, cuyas expectativas ya se encuentran restringidas por su condición general.

Los colgajos libres microquirúrgicos permiten cubrir en un mismo tiempo operatorio defectos considerados de alta dificultad⁽⁸⁾, considerándose esto una ventaja en los pacientes ancianos, ya que disminuye el riesgo inherente a la exposición a una nueva cirugía.

La distribución circulatoria de los colgajos microquirúrgicos tiende a ser uniforme, lo que disminuye la posibilidad de necrosis y cobra especial relevancia en tejidos irradiados disminuyendo los riesgos inherentes a la cirugía⁽⁵⁾.

Los colgajos microquirúrgicos en cirugías oncológicas de cabeza y cuello son considerados ideales, ya que para reconstruir defectos de superficie mucosa, el tejido debe ser un tejido delgado, flexible y adaptable a los contornos y superficies de la cavidad oral. Esto se puede

conseguir con el colgajo fasciocutáneo de radial^(2,7).

El aportar una piel delgada y plegable lo hacen ideal para reconstruir defectos intraorales, preservando la movilidad lingual de la lengua remanente en las reconstrucciones de suelo de boca o lengua después de una glosectomía parcial facilitando la rehabilitación dentaria posterior en reconstrucciones del reborde alveolar, disminuyendo el tiempo de rehabilitación en el posoperatorio de los pacientes⁽²⁾.

La experiencia clínica actual demuestra que la microcirugía frecuentemente provee la reconstrucción más confiable, estética y funcional; con menos complicaciones posoperatorias que los métodos convencionales, considerándose un método adecuado en ancianos ya que la premisa en estos es mantener la calidad de vida, aun cuando la supervivencia se halle limitada por la patología de base o edad⁽¹⁰⁾.

Se consideran que los colgajos pediculados tienen mayor morbilidad en este grupo de la población, ya que la disección para movilizar este grupo de colgajos es mayor, implicando esto un mayor sangrado, de igual manera este tipo de colgajo se asocia a retracción de los tejidos lo que ocasiona limitaciones de la movilidad a nivel del cuello^(5,11).

En conclusión los colgajos libres microquirúrgicos han evidenciado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas, probando ser un auxiliar invaluable para muchos problemas con alto índice de dificultad en cirugía reconstructiva.

En contraste con otros medios de reconstrucción, los colgajos libres ofrecen una amplia gama. Hay una gran libertad para posicionar el colgajo y su pedículo, no estando éste limitado por su arco de rotación y alcance disminuyendo de esta manera la morbilidad en el área donante.

Se considera un método de reconstrucción ideal en pacientes ancianos ya que a pesar de que técnicamente es considerado más complicado, produce menos morbilidad al paciente dando mejores resultados.

Se puede concluir que los colgajos microquirúrgicos se pueden realizar en cirugía reconstructiva de pacientes ancianos con gran éxito. Teniendo presente que esta cirugía conlleva un gran riesgo perioperatorio, especialmente en esta población debido a la gran cantidad de factores comorbidos en esta población.

REFERENCIAS

1. Serletti JM, Coniglio JU, Tavin E, Bakamjian VY. Simultaneous transfer of free fibula and radial forearm flaps for complex oromandibular reconstruction. *J Reconstr Microsurg.* 1998;14:297-203.
2. Dean A, Alamillos F. Reconstrucción compleja oromandibular mediante dos colgajos microvascularizados simultáneos de peroné y radial. 2006 Disponible en: URL: <http://www.scielo.isciii.es>. Sociedad española de cirugía oral y maxilofacial.
3. Feig B, Berger D, Fuhrman G. M. D Oncología. 2ª edición. España: Marbán, S.L; 1999:93-107.
4. Soler F, Morant A. Técnicas de microcirugía. 2006 Disponible en: URL: <http://www.scielo.isciii.es> Sociedad de cirugía oral y maxilofacial.
5. Pardo L, Barret J. Faringostomas. Reconstrucción faringo-esofágica. Disponible en: URL: <http://www.scielo.isciii.es>. Sociedad española de cirugía plástica reparadora y estética.

6. Lin S, Dutra J, Keni J, Dumanian GA, Fine E N, Pelzer H. Preoperative radiation therapy and its effects on outcomes in microsurgical head and neck reconstruction. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2005;132:845-848.
7. Pérez A, Sanoja S, Martínez A. Reconstrucción de la lengua y el piso de la boca con el colgajo radial de antebrazo microquirúrgico. *Rev Venez Oncol.* 2003;15(4):221-225.
8. Navarro C, Cuesta M, Plasencia J. Reconstrucción oromandibular con colgajo libre de peroné e implantes osteo-integrado. *Acta Otorrinolaringol.* 2003;54:54-4.
9. Meneses P. Reconstrucción microquirúrgica en la región de la cabeza y el cuello. *Rev Venez Oncol.* 2002;14(1):53-56.
10. Howard M, Cordeiro P, Disa J. Free tissue transfer in the elderly: Incidence of perioperative complications following microsurgical reconstruction of septuagenarians and octogenarians. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(6):1659-1668.
11. Pérez A, Mijares A, Sosa S, Suárez C. Reconstrucción de la cavidad oral por cáncer. ¿Por qué preferir un colgajo microquirúrgico? *Enfoque médico.* 2003;12(1):29-32.