

Reconstrucción de defecto en piel cabelluda posterior a resección de carcinoma epidermoide: ¿cierre por segunda intención o colgajo? A propósito de un caso

Reconstruction of hairy skin defect after resection of squamous cell carcinoma: second attempt at closure or flap? Report of a case

Josefina Carbajosa Martínez¹ y Beatriz García de Acevedo Chávez²

¹ Dermatóloga, Hospital Médica Sur, Distrito Federal, México.

² Dermatóloga, Hospital Ángeles del Pedregal, Distrito Federal, México.

RESUMEN

En una paciente de 97 años de edad sin comorbilidades, con énfasis en la solución que respeta los aspectos psicológicos, además de los anatomofisiológicos. Se describe la resolución quirúrgica exitosa para la reconstrucción con técnica de colgajo, de un defecto quirúrgico manejado por segunda intención en piel cabelluda.

PALABRAS CLAVE: piel cabelluda, reconstrucción, colgajos, cierre por segunda intención.

ABSTRACT

We describe one case of successful outcome with reconstruction of skin rotation flap in a surgical wound, using second-intent healing in a 97 years old patient with no comorbidities, addressing the psychological issues as well as anatomical and physiological aspects.

KEYWORDS: scalp, reconstruction, flaps, second-intent healing.

Introducción

El cáncer de piel es una causa importante de morbilidad. Su manejo implica no solamente el diagnóstico oportuno y la extirpación completa, sino también la reconstrucción adecuada o cierre del defecto, con el objetivo de evitar complicaciones posteriores.

Caso clínico

Paciente femenina de 97 años de edad sin ninguna enfermedad comórbida. Fue tratada dos años antes por un carcinoma epidermoide localizado en la región parieto-occipital de piel cabelluda. El médico que la atendió al principio decidió un cierre por segunda intención.

Acudió a la consulta con exposición de la tabla externa, lo que provocaba dolor e infección en algunas áreas, además de consecuencias psicológicas, como tristeza y baja autoestima, al tener un área con alopecia (figura 1).

Se le aplicó anestesia general para retirar la tabla externa expuesta, dejando como lecho la zona esponjosa del hueso. Los dos colgajos de rotación, previamente disecados, se movieron desde la galea para cubrir el defec-

to (figuras 2 y 3). La sutura se realizó con nylon 3 ceros mediante puntos simples separados y surjete continuo. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, los colgajos acoplados cicatrizaron y se observó crecimiento de pelo en la zona intervenida (figura 4).



Figura 1. Hueso expuesto por mas de dos años después de la extirpación de carcinoma epidermoide.

CORRESPONDENCIA

Josefina Carbajosa Martínez ■ carbajosa@prodigy.net.mx
Hospital Médica Sur. Teléfono: 5666-9757



Figura 2. Exposición de la esponjosa de hueso del cráneo antes de hacer el colgajo.



Figura 3. Cierre del defecto con colgajo de doble rotación preservando zonas con pelo.



Figura 4. Post operatorio a los 15 días. Colgajo bien integrado y crecimiento de pelo.

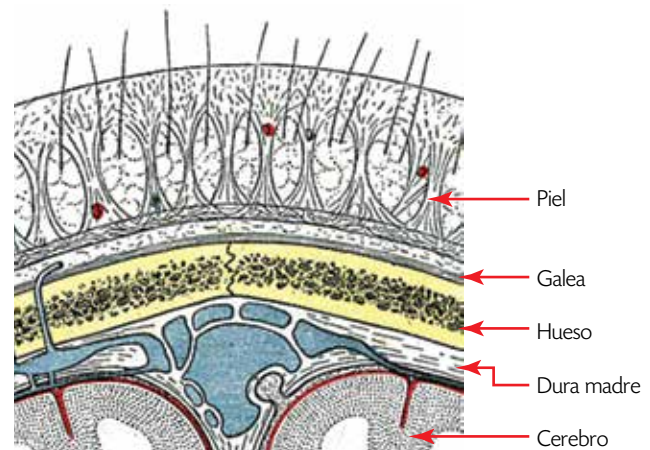
Discusión

Cuando se extirpa un carcinoma de piel cabelluda, ya sea con cirugía micrográfica o convencional, debe reconstruirse el defecto producido. El procedimiento a elegir depende de las condiciones generales del paciente, como edad, estado nutricional, enfermedades comórbidas (diabetes, inmunodeficiencias, quimioterapia, radioterapia) y los factores locales o del tumor, como su topografía y dimensiones.

La piel cabelluda presenta características anatómicas propias que son importantes en la reconstrucción de defectos por resección de tumores. La piel, el tejido subcutáneo y la galea aponeurótica, combinada con los músculos epicraneales, forman una unidad anatómica relativamente homogénea, con poca elasticidad y adherencia firme a los huesos del cráneo (esquema 1).

Es útil recordar que en los inicios de la cirugía dermatológica en este continente, sobre todo la escuela estadounidense, se utilizaba el método de segunda intención; en gran medida porque se requiere entrenamiento quirúrgico para manejar las técnicas en el cierre de defectos en esta zona. Con la evolución de la cirugía dermatológica y las destrezas alcanzadas por este gremio, cada vez se usa menos. De esta manera, puede decirse que, en el estado actual del avance de la cirugía dermatológica nacional y mundial, con el entrenamiento que existe en las residencias para dermatología, esta opción ya no debería utilizarse.²

El cierre por segunda intención deja la herida abierta para que cicatrice en una etapa inicial por tejido de granulación desde las capas profundas a la superficie, y una etapa final de contracción. Mediante esta técnica, el cierre se suele completar a los seis meses, y existe el riesgo de infección. En la actualidad el cierre por segunda in-



Esquema 1.

tención se sigue empleando, pero en este caso las heridas deben ser menores de un centímetro.

En defectos de mayor tamaño, aun cuando se tengan opciones como el cierre primario, los colgajos de avance, rotación o transposición o injertos libres dan mejores resultados.

El cierre directo o primario en piel cabelluda resulta en heridas con tensión alta, incluso cuando se realiza despegamiento lateral amplio, ya que esto predispone a dehiscencia y/o zonas de alopecia. Los injertos libres pueden ser una opción de reconstrucción, especialmente en personas con calvicie; sin embargo, debido a la irrigación de la zona, sobre todo en caso de exposición ósea, la sobrevivencia del injerto puede verse comprometida.

En piel cabelluda el tipo de colgajo más recomendable es el de rotación, ya que el resultado es una herida sin tensión, pues se disecciona hasta el periostio y con colgajos grandes. Además tiene las ventajas de conservar el pelo, lo cual tiene un efecto psicológico positivo en los pacientes, un mejor resultado cosmético y la cicatrización es más rápida.^{1,3}

Conclusiones

Debido a la proximidad de estructuras anatómicas importantes cuando se reconstruyen defectos en piel cabelluda, es inadmisibles que actualmente se continúe optando por el cierre por segunda intención. Los colgajos en manos expertas tienen pocas complicaciones.

Reiteramos en este caso lo ya aprendido: es necesario individualizar cada caso, ya que la edad por sí sola no es una contraindicación para la cirugía, sobre todo si el paciente no tiene comorbilidades.

REFERENCIAS

1. Kaufmann, R. y Landes, E., "Dermatologische Operationen", Stuttgart-Nueva York, Thieme, 1992: 74-79.
2. Petres, J., Rompel, R. y Robins, P., *Dermatologic Surgery*, Springer, Berlín, 1996: 145-158.
3. Fincher, E.F. y Gladstone, H.B., "Dual transposition flaps for the reconstruction of large scalp defects", *J Am Acad Dermatol*, 2009, 60: 985-989.