

Colgajo cervicofacial tipo ritidectomía para reconstrucción de hemicara

Dra. Denisse Hernández,* Dr. Jorge Celio,* Dr. Alfredo Lima,* Dr. Jorge A Zanatta,** Dr. Miguel Ángel Bretón*,***

RESUMEN

De los tumores más severos y destructivos de cabeza y cuello se encuentran el carcinoma de células escamosas, basocelular, y melanoma. Su tratamiento es la resección y terapia adyuvante; sin embargo, para la reconstrucción del defecto, en especial de la mejilla y región centrofacial, la preservación de las unidades estéticas es de suma importancia funcional y estética. En el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Juárez de México, desde 1997 se utiliza una variante del colgajo de Juri y Zilmer, de base anterior, con extensión cervical submandibular. Se describe la técnica quirúrgica realizada en 16 pacientes oncológicos con carcinoma epidermoide, basocelular y melanoma, con defecto promedio de 6.6 cm. Las principales complicaciones fueron epidermolisis de 3 x 3 cm en dos casos, hematoma de 15 mL en dos casos, e infección de herida quirúrgica en tres casos. El promedio de seguimiento fue de cinco años, con cuatro recidivas del tumor. La seguridad del colgajo se basa en el plano de disección y es una opción para defectos de hasta 10 cm.

Palabras clave: Región centrofacial, colgajo cervicofacial, carcinoma escamoso, melanoma.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de cabeza y cuello por cáncer es un reto a las destrezas y habilidades de cualquier cirujano plástico. En la actualidad se requiere recurrir con

SUMMARY

Squamous cell carcinoma, basal cell and melanoma are the most severe and destructive tumors of the head and neck. Their treatment is resection and adjuvant therapy; however, for the defect reconstruction, especially the cheek and facial central region, preservation of the aesthetic units is very important functionally and aesthetically. In the Plastic and Reconstructive Surgery Service of the Hospital Juarez de Mexico since 1997 a variant of the Juri and Zilmer flap anterior base with cervical submandibular extension has been used. The surgical technique performed in 16 oncologic patients with squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma and melanoma is described, with defect average of 6.6 cm. Major complications were 3 x 3 cm epidermolysis in two cases, 15 mL hematoma in two cases, and surgical wound infection in three cases. The average follow-up was five years, and four recurrences of the tumor appeared. The security of the flap is based on the level of dissection and is an option for defects of up to 10 cm.

Key words: Central facial area, cervicofacial flap, squamous cell carcinoma, melanoma.

más frecuencia a diversos métodos para la reconstrucción de defectos en esa área. La distribución anatómica y textura de los tejidos dificulta esta tarea, así como la necesidad de obtener resultados funcionales y estéticos adecuados.

Algunos de los tumores más severos y destructivos en la cabeza y cuello, con alta morbilidad, son el carcinoma de células escamosas, el carcinoma basocelular, el carcinoma adenoideo quístico, y el melanoma.¹ En estos casos, la cirugía de resección es la regla, asociada a quimioterapia o radioterapia, en pacientes que con frecuencia están deteriorados nutricionalmente. Todo esto complica aún más la posibilidad de reconstrucción del defecto.

* Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Juárez de México.

** Residente de CPR. Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva. IJCR.

*** Cirujano Plástico Consultor de Oncología Quirúrgica del Hospital Juárez de México. Profesor de Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de México.

Presentado como resumen en el XXXIX Congreso Nacional de la AMCPER. Cancún Quintana Roo, México, del 15 al 19 de mayo 2007.

Ian Taylor,² desde los años 80, demostró las unidades vasculares tridimensionales que componen el cuerpo humano, discutiendo la composición de dichas unidades en la cabeza y cuello en el 2000.

El riego sanguíneo de la piel de la cara proviene de perforantes cortos en sitios donde los tejidos están adheridos firmemente; en cambio, donde los tejidos son laxos y móviles, los vasos son largos. Estos vasos perforantes están relacionados con la capa superficial del sistema músculo aponeurótico de la cara (SMAS) que se continúa hasta la gálea.³

En el caso de la región centrofacial y mejilla, recibe su vascularidad de diferentes perforantes adyacentes, como ramas del territorio de la carótida externa y subclavia, que discurren dentro del músculo platísmico, ramas de la arteria submentoniana y arteria facial transversa.⁴ En la región de la mejilla existe una vasta irrigación en el plano subdérmico, pero es una limitante de los colgajos de mejilla y faciales por el inadecuado retorno venoso, sobre todo cuando en el diseño del colgajo se excluye el drenaje venoso, o cuando se involucran diversos territorios vasculares, y esto lo convierte en un colgajo aleatorio.^{5,6}

En la reconstrucción de la cara y en especial de la mejilla y región centrofacial, la preservación de las unidades estéticas es de suma importancia funcional y estética. Los aspectos a tomar en cuenta al reconstruir un defecto en cara incluyen la reconstrucción por unidades estéticas; evitar rellenos parciales que modifican los límites anatómicos; diseñar un colgajo bien vascularizado con tejido de similar textura al tejido perdido; preservar las funciones oral y palpebral, y evitar la retracción de los tejidos.⁷

Existen numerosos colgajos para la cobertura de la región centrofacial y mejilla que tienen en común la vascularidad aleatoria, lo que conlleva a una alta incidencia de complicaciones por sufrimiento de los bordes de los colgajos.

En pacientes ancianos con cáncer y con defectos de más de 5 cm de diámetro en la región centrofacial y mejilla, las opciones en el diseño de colgajos se restringen por las condiciones propias del paciente, localización del defecto, tamaño, forma, profundidad y amplitud de la resección tumoral.⁸

Los colgajos con pedículo de base anterior son los más utilizados en la reconstrucción de defectos de moderado tamaño en la región de mejilla y centrofaciales.

Para los defectos de mayor tamaño la utilización del cuello y tórax es una opción razonable, pero con la morbilidad que conlleva una cirugía larga y traumática, la herida en territorio radiado en pacientes deteriorados y las complicaciones postoperatorias relacionadas con la extensión del colgajo.⁹

En el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Juárez de México, se utiliza desde 1997 una variante del colgajo de Juri y Zilmer, de base anterior, con extensión cervical submandibular, en vez de la extensión retroauricular o al tórax descrito por ellos en 1980.¹⁰

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los resultados obtenidos en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Juárez de México desde 1997, en pacientes con defectos en mejilla y región centrofacial, manejados con este tipo de colgajo.

PACIENTES Y MÉTODO

A partir de enero de 1997 y hasta diciembre de 2006 se contabilizaron 16 casos de forma retrospectiva de pacientes con defectos en mejilla y región centrofacial, todos con el antecedente de haber sido sometidos a cirugía oncológica por carcinoma basocelular, epidermoide, o melanoma, reconstruidos mediante colgajo cervicofacial tipo ritidectomía de rotación y avance de forma inmediata. Se trató a 12 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad de 59 a 83 años, dos de ellos con antecedente de tabaquismo, 7 con hipertensión arterial sistémica, y 3 con diabetes mellitus. Carcinoma epidermoide en 10, carcinoma basocelular ulcerado en 4, y melanoma en 2. La región afectada fue el canto externo en 3 pacientes, canto interno en 4, mejilla en 5, surco nasogeniano en 3, y párpado inferior en uno. El promedio del defecto fue de 6.6 cm.

Técnica quirúrgica

La incisión pasa transversalmente por el borde superior del defecto, lo rodea y se continúa por debajo del borde orbitario hasta el borde preauricular; de ahí, rodea el lóbulo auricular, desciende por la rama mandibular siguiendo por el borde submandibular y termina en el límite de la subunidad del mentón (*Figuras 1 y 2*).

Un hecho determinante en la seguridad del colgajo es que el plano de disección sea inicialmente subcutáneo hasta 1 cm por fuera del borde auricular y de ahí se profundice a un plano subsmas por encima de la parótida, visualizando las ramas del nervio facial directamente, y subplatísmal en la disección cervical. Siempre se preservarán la arteria y venas faciales y sus perforantes (*Figura 3*).

Dicho colgajo se rota y se avanza para cubrir el defecto y se suspende del periostio periorbitario en una línea que va del canto interno hasta la raíz del hélix; esto da soporte a la mejilla y evita la retracción del párpado.



Figura 1. Preoperatorio. Melanoma irregular de 5 x 3 cm, que abarca las unidades estéticas del párpado y mejilla.



Figura 3. Elevación total del colgajo con pedículo de la arteria facial. Se observa la parotidectomía superficial y el nervio facial intacto en el lecho.



Figura 2. Se muestra la resección del tumor en bloque (se hizo ganglio centinela) y la disección del colgajo.

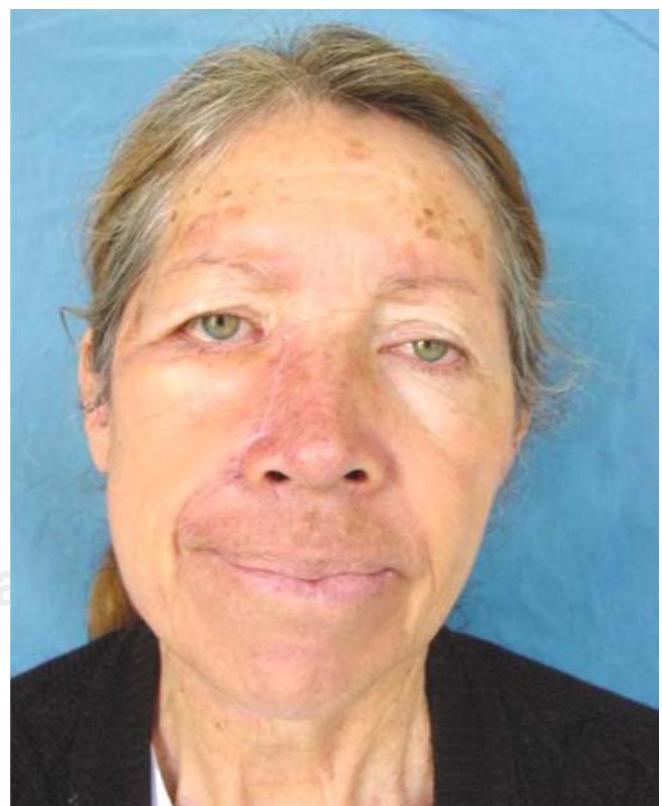


Figura 4. Paciente a las 4 semanas de postoperatorio.

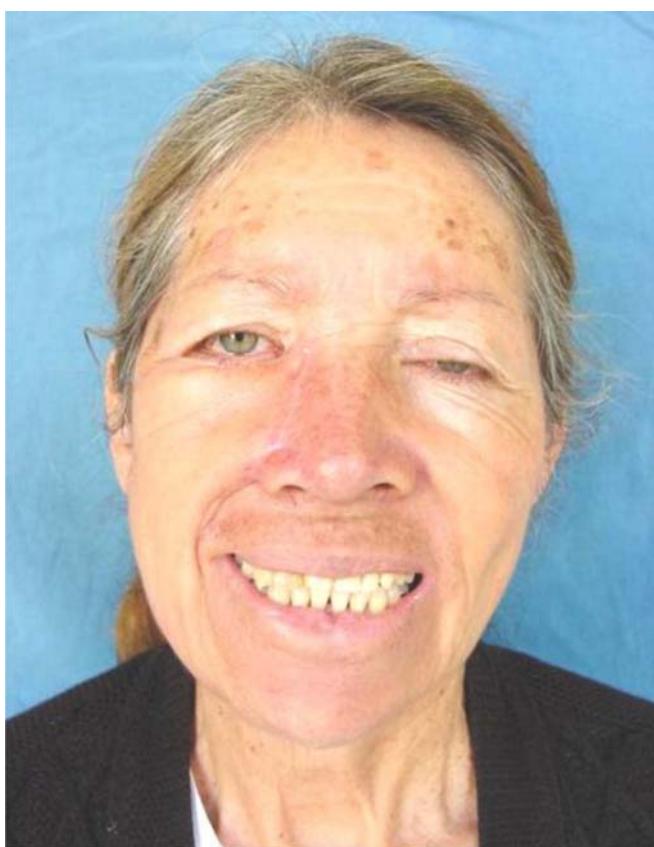


Figura 5. Se observan los movimientos faciales conservados.

RESULTADOS

Se obtuvieron buenos resultados con una cicatriz poco visible en los límites de la unidad estética evaluada en el postoperatorio en un periodo de 3-4 semanas (*Figuras 4 a 6*). Las principales complicaciones fueron epidermólisis de 3 x 3 cm en dos casos, hematoma de 15 mL en dos, e infección de la herida quirúrgica en tres. El promedio de seguimiento fue de 5 años, con cuatro recidivas del tumor.

DISCUSIÓN

El colgajo cervicofacial de base anterior tipo ritidectomía con extensión submandibular se puede diseñar de diferente tamaño, dependiendo del defecto; incluye piel, tejido celular, y el sistema musculoaponeurótico de la cara, condición indispensable para su realización. Puede llegar a cubrir defectos centrofaciales y de mejilla de hasta 10 cm de diámetro. En pacientes ancianos resulta ventajosa la piel laxa redundante de la mejilla que se transfiere para cubrir el defecto. Se evita la extensión del colgajo hacia el tórax, como lo describió Juri.^{11,12}



Figura 6. Vista lateral que evalúa la cicatriz mínima, después de la realización de colgajo cervicofacial.

Desde los trabajos de Barton, Zilmer y Kroll,¹³ en la década de los 80 se mencionó la vascularidad de los colgajos como una preocupación en el diseño de los mismos para la reconstrucción en pacientes oncológicos. Dichos autores mencionan que para obtener una mejor irrigación de los colgajos regionales para cara y cuello, la disección debería ser profunda, por debajo del platísmo y del sistema musculoaponeurótico de la cara (SMAS). Sin embargo, Taylor,¹⁴ en 1990, en sus comunicaciones sobre los angiosomas de la cara y cuello menciona que no hay diferencia respecto de la disección por debajo del smas o por arriba del mismo en la vascularización de los colgajos tipo ritidectomía.

Las ventajas de este colgajo son que limita la extensión de la disección a cuello y tórax, disminuyendo la probabilidad de complicaciones relacionadas con el diseño de colgajos grandes; favorece la recuperación del paciente al ser un colgajo local ampliado, con poco sangrado; es fácil su disección; la superficie disponible es amplia y puede cubrir defectos hasta de 10 cm en la mejilla. Los movimientos faciales en el postoperatorio son aceptables, y la cicatriz es mínima.

Es un colgajo que se sostiene adecuadamente con la sutura en el borde periorbitario; es aceptable estéticamente y funcionalmente conservador, ya que transfiere piel de textura similar al defecto y tiene pocas complicaciones.

Uno de los problemas principales de los colgajos tipo Juri, es que al ser tan grandes los bordes tienen una irrigación aleatoria susceptible de presentar necrosis, sobre todo en fumadores o en pacientes que serán sometidos a radioterapia.¹⁵ En el caso del colgajo cervicofacial tipo ritidectomía dicha necrosis es nula siempre y cuando se respete el plano de disección y puede llegar a cubrir defectos tan grandes como 10 cm. Este colgajo representa una opción similar a los colgajos de Juri de base anterior, o los colgajos de base posterior de Kaplan, para la reconstrucción de defectos oncológicos en la cara.¹⁴

CONCLUSIONES

Con el colgajo cervicofacial tipo ritidectomía de rotación y avance, y disección en plano profundo, la presencia de necrosis de los bordes del colgajo es prácticamente nula, puede cubrir defectos grandes, y los resultados son estética y funcionalmente aceptables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zide BM. Deformities of the lips and cheeks. In: JG McCarthy. *Plastic Surgery*. Philadelphia: Saunders 1990: 2009-2056.
2. Menick FJ. Facial reconstruction in regional units. *Perspect Plast Surg* 1999; 8: 104.
3. Menick FJ. Facial reconstruction with local and distant tissue: The interface of aesthetic and reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg* 1998; 162: 1424.
4. Barton FE, Zilmer ME. *The cervicofacial flaps in cheek reconstruction: Anatomic and clinical observations*. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Honolulu. October 1982.
5. Stark RB, Kaplan JM. Rotation flaps, neck to cheek. *Plast Reconstr Surg* 1972; 50: 230.
6. Crow ML, Crow FJ. Resurfacing large cheek defects with rotation flaps from the neck. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58: 196.
7. Garrett WS Jr, Giblin TR, Hoffman GW. Closure of skin defects of the face and neck by rotation and advancement of cervicopectoral flaps. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 342.
8. Khouri RK, Ozbek MR, Hruza GJ, Young VL. Facial reconstruction with prefabricated induced expanded (PIE) supraclavicular skin flaps. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1007.
9. Shestak KC, Roth AG, Jones NF, Myers EN. The cervicopectoral rotation flap: A valuable technique for facial reconstruction. *Br J Plast Surg* 1993; 46: 375.
10. Juri J, Juri C. Cheek reconstruction with advancement rotation flaps. *Clin Plast Surg* 1981; 8: 223.
11. Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 1-10.
12. Becker DW Jr. A cervicopectoral rotation flap for cheek coverage. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 868.
13. Kroll SS, Reece GP, Robb G, Black J. Deep-plane cervicofacial rotation-advancement flap for reconstruction of large cheek defects. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 88.
14. Kaplan I, Goldwyn RM. The versatility of the laterally based cervicofacial flap for cheek repairs. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 390.
15. Juri J, Juri C. Advancement and rotation of a large cervicofacial flap for cheek repairs. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64: 692.

Dirección para correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Bretón
Av. Politécnico Nacional Núm. 5160, colonia
Magdalena de las Salinas
Delegación Gustavo A. Madero
07760 México, D.F.
Tel. 57477560
Correo electrónico: mbretong@prodigy.net.mx