



Colgajo de trapecio inferior pediculado para cobertura cutánea en defectos de cabeza y cuello: reporte de un caso

Lower trapezius pedicle flap for reconstruction of head and neck defects: a case report

Dr. Ignacio Lugo Beltrán,* Dra. Paola Cervantes Rivera, Dr. Julio César Díaz Barriga****

Palabras clave:

Colgajo de trapecio inferior, reconstrucción cabeza y cuello, colgajo pediculado.

Key words:

Lower trapezius flap, head and neck reconstruction, pedicle flap.

RESUMEN

La reconstrucción en cabeza y cuello en defectos secundarios a resección tumoral o trauma son un desafío para el cirujano dependiendo de la profundidad, tamaño y localización del defecto. Actualmente los colgajos libres son rutinariamente usados para la reconstrucción de defectos complejos dejando a los colgajos locales como segunda opción, sin embargo, no siempre se dispone de las condiciones ideales para los primeros. El objetivo del presente artículo es brindar una opción quirúrgica práctica para el tratamiento de un defecto complejo de tejidos blandos en cuello. Se describe el caso clínico de una paciente con un defecto en cuello secundario a una resección tumoral, a la cual se le realizó cobertura quirúrgica con un colgajo local de trapecio inferior con resultados postoperatorios aceptables.

ABSTRACT

Head and neck reconstruction for defects secondary to tumor resection or trauma are a great challenge for surgeons, depending on the depth, size and location of the site. Free microvascular tissue transfers are now routinely used in reconstructive surgery, leaving local flaps as a second option; however, there are not always ideal circumstances for the use of free flaps. The objective of this article is to give a practical surgical option for treatment of a complex defect of soft tissue in the neck. We describe the case of a patient with a neck defect secondary to a tumor resection, who was treated with a trapezius rotational flap with acceptable postsurgical results.

INTRODUCCIÓN

Las metas en la reconstrucción de cabeza y cuello son restablecer la forma y la función,¹ teniendo a nuestra disposición una batería de recursos que van de los injertos cutáneos a colgajos libres² y estos últimos son los ideales para reconstruir defectos grandes, dejando a los colgajos pediculados como segunda opción en la reconstrucción. Sin embargo, en los casos donde las condiciones del paciente no son favorables para realizar un colgajo libre, los colgajos pediculados pueden proporcionar el tejido vascularizado necesario.³

Las opciones de colgajos pediculados son el colgajo músculo cutáneo de pectoral mayor, de trapecio inferior y el supraclavicular. Las ventajas al utilizar estos colgajos son la reconstrucción en un tiempo quirúrgico, confiabilidad, tiempo

quirúrgico corto, índice de complicación bajo y resultados funcionales.⁴

Por lo tanto, los colgajos pediculados permanecen como una alternativa prometedora a largo plazo y tienen una posición sobresaliente, especialmente para pacientes con cáncer en etapa avanzada, falla en intervenciones quirúrgicas previas, no candidatos a microcirugía o con localizaciones especiales del defecto.⁵

El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico que involucra la experiencia multidisciplinaria en técnicas de resección y reconstrucción de cáncer de cabeza y cuello.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años de edad, sin comorbilidades asociadas, quien inició su problema hace 15 años con la presencia de un nódulo tiroideo

* Jefe de Servicio.

** Residente.

Cirugía Plástica y Reconstructiva. C.M.N. «20 de Noviembre», ISSSTE.

Los autores de este artículo no tienen conflicto de intereses qué declarar.

Recibido:
23 mayo 2017
Aceptado para publicar:
18 julio 2017



que ameritó tiroidectomía subtotal por patología benigna y reemplazo hormonal con levotiroxina 100 µg/día. En 2013 observó aumento de volumen en la región cervical izquierda (*Figura 1*), realizándole biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) con reporte histopatológico de cáncer papilar de tiroides e inició tratamiento neo-adyuvante con quimioterapia (Sorafenib). Se sometió a cirugía programada con resección radical de cuello en abril de 2016 y se solicitó valoración al servicio de cirugía plástica y reconstructiva de nuestro hospital para cobertura cutánea del defecto.

Técnica quirúrgica

La planeación de la isla cutánea del colgajo se basa en el tamaño del defecto (*Figura 2*), diseñándose entre el borde medial escapular y la columna vertebral, teniendo como dimensiones un ancho máximo de 12 cm. En este caso el defecto a cubrir era de 12 x 10 cm, diseñando una isla cutánea de 12 x 7 cm (*Figura 3*). El eje del pedículo vascular (arteria dorsal-escapular) se identifica tomando como referencia el borde medial escapular y la línea media vertebral, donde se traza una línea vertical en la mitad de dichas referencias, iniciando del borde superior de la isla cutánea hacia el triángulo cervical posterior.



Figura 1. Fotografía preoperatoria de paciente con cáncer papilar de tiroides.

La incisión inicial se realizó en el borde lateral-inferior de la isla cutánea hasta plano fasciocutáneo, con el objetivo de identificar el borde inferior-lateral del músculo trapecio y superior del dorsal ancho, evitando la separación inadvertida del músculo trapecio de la isla cutánea. Una vez identificado el borde inferior-lateral del músculo trapecio, se procedió a cambiar a un plano submuscular para



Figura 2. Defecto de 12 x 10 cm en el transoperatorio después de resección radical del tumor.



Figura 3. Marcaje quirúrgico del colgajo de trapecio inferior pediculado.

levantar el colgajo miocutáneo, completando la incisión de la isla cutánea.

El levantamiento muscular se hizo desde la porción distal del colgajo hasta la emergencia del pedículo, mismo que se localiza en el borde superior del músculo romboídes mayor (*Figura 4*).

Se hizo un túnel subcutáneo a partir de la emergencia del pedículo para que el colgajo pudiera ser tunelizado a la región de cabeza y cuello para cubrir el defecto (*Figura 5*).



Figura 4. Levantamiento y rotación del colgajo de trapecio inferior.



Figura 5. Cobertura cutánea del defecto con el colgajo de trapecio inferior.

RESULTADOS

La paciente tuvo una adecuada cobertura cutánea del defecto cervical y el área donadora requirió injerto cutáneo de espesor parcial, mismo que se integró en un 75%, cicatrizando por segunda intención el área cruenta residual. Se dio seguimiento a un año por consulta externa, observando supervivencia del colgajo y mínima comorbilidad en el hombro (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

El cuello es una región anatómica única del cuerpo humano con una configuración estructural compleja, que se compone de múltiples tejidos especializados. Los defectos generalmente son secundarios a trauma, resecciones oncológicas, infecciones, osteorradionecrosis y/o congénitos.

En los últimos 50 años se han logrado grandes avances en los resultados obtenidos, por lo que el análisis de este caso tiene como objetivo recordar el planteamiento metodológico reconstructivo. Desde 1980, el colgajo de trapecio ha sido un procedimiento estándar en la reconstrucción de cuello. En la clasificación de Mathes y Nahai tiene un patrón vascular tipo II, donde la arteria dominante es la dorsal escapular y las menores la arteria occipital e intercostales posteriores. Clínicamente se distinguen tres segmentos: superior, lateral e inferior, los que se pueden utilizar para la cobertura de defectos de cabeza y cuello; sin embargo, los segmentos superior y lateral tienen usos limitados debido a su arco de rotación y mayor lesión del nervio accesorio. La orientación vertical de la isla cutánea se prefiere para defectos grandes, como en este caso, debido al arco de rotación más amplio (180°), aunque también se puede diseñar en forma transversal y oblicua. La cicatriz del sitio donador, localizado en la espalda, es más aceptable para las mujeres, en lugar de una cicatriz visible y deformidad mamaria si se utilizan otros colgajos, por ejemplo el pectoral.

En la revisión bibliográfica, encontramos la serie de casos más actual, reportada por Ou y cols.,⁵ de dos décadas de experiencia en reconstrucción de cabeza y cuello con colgajo de trapecio; analizaron 32 casos clínicos donde los defectos fueron por resección tumoral (65%)



Figura 6.

Resultado postoperatorio del colgajo de trapecio inferior pediculado en región del cuello a los cuatro meses de seguimiento.

y la localización más frecuente fue la región perioral (37.5%) seguida por la región lateral del cuello (18.75%). Los resultados postoperatorios fueron favorables en el 93.75% de los pacientes, con necrosis parcial en el 6.25%, resolviendo los últimos con cierre por segunda intención e injerto cutáneo y una incidencia de seroma en el sitio donador del 6.25%.

En trabajos más recientes de Zenga⁶ y Yang⁷ reportan su experiencia con el uso de este colgajo para cobertura de defectos de cuello y piel cabelluda posterior, señalando tasas de éxito postoperatorias similares, con incidencia de seroma del 33% y una incidencia baja de dolor crónico con debilidad del hombro ipsilateral en 11.1%.

En nuestro caso dimos cobertura cutánea a un defecto lateral de cuello con una isla cutánea de 84 cm² (12 x 7 cm) sin que se presentara necrosis del colgajo o seroma en el sitio donador, requiriendo la aplicación de injerto cutáneo en la zona donadora.

CONCLUSIONES

El colgajo pediculado de trapecio inferior sigue siendo una opción rentable para defectos cutáneos grandes de cabeza y cuello, con mínimas complicaciones postoperatorias y resultados aceptables a largo plazo en el área receptora y donadora.

REFERENCIAS

1. Hayden RE, Nagel TH. The evolving role of free flaps and pedicled flaps in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 21 (4): 305-310.
2. Hurvitz KA, Kobayashi M, Evans GR. Current options in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118 (5): 122e-133e.
3. Blackwell KE, Buchbinder D, Biller HF, Urken ML. Reconstruction of massive defects in the head and neck: the role of simultaneous distant and regional flaps. *Head Neck* 1997; 19 (7): 620-628.
4. Hanasono MM, Matros E, Disa JJ. Important aspects of head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2014; 134 (6): 968e-980e.
5. Ou KL, Dai YH, Wang HJ, Chen TM, Dai NT, Chang SC et al. The lower trapezius musculocutaneous flap for head and neck reconstruction: two decades of clinical experience. *Ann Plast Surg* 2013; 71 Suppl 1: S48-S54.
6. Zenga J, Sharon JD, Santiago P, Nussenbaum B, Haughey BH, Fox IK et al. Lower trapezius flap for reconstruction of posterior scalp and neck defects after complex occipital-cervical surgeries. *J Neurol Surg B Skull Base* 2015; 76 (5): 397-408.
7. Yang HJ, Lee DH, Kim YW, Lee SG, Cheon YW. The trapezius muscle flap: a viable alternative for posterior scalp and neck reconstruction. *Arch Plast Surg* 2016; 43 (6): 529-535.

Correspondencia:

Dr. Ignacio Lugo Beltrán

Av. Félix Cuevas Núm. 540,
Col. Del Valle, 03100,
Del. Benito Juárez,
Ciudad de México.
Teléfono: 01 55 5200 5003, ext. 14648 y 49
E-mail: julio_cesar_2002@hotmail.com