

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Balaguer-Cambra, J.; Landin Jarillo, L.; Gillen Morales, I.
Latissimus dorsi volteado para reconstrucción de carcinoma basocelular gigante en un paciente
anciano

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 35, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 69-72
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537844013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Latissimus dorsi volteado para reconstrucción de carcinoma basocelular gigante en un paciente anciano

Latissimus dorsi turn over flap for giant basal cell carcinoma reconstruction in elderly patient



Balaguer-Cambra, J.*, Landin Jarillo, L.**, Gillen Morales, I.**

Balaguer-Cambra, J.

Resumen

Los carcinomas basocelulares son tumores cutáneos de crecimiento lento aunque pueden llegar a tener un gran tamaño a lo largo de los años si el entorno socioeconómico y asistencial del paciente es pobre, como sucede en el caso que presentamos, en el que la lesión ulcerada en la línea media de la espalda llegó a medir 21 x 13 cm de diámetro.

El colgajo de Latissimus Dorsi permite gracias a sus dos pedículos y a ser pivotado, una posibilidad reconstructiva en el caso de pacientes ancianos, evitando el uso de colgajos libres.

Abstract

Basal cell carcinoma are well known as slow local growth cutaneous tumors that can enlarge through years in low socioeconomic and poor health assistance environments, as in the case that we present, with a 21 x 13 cm ulcerated lesion located over back midline.

The Latissimus Dorsi muscle flap offers a reliable reconstruction in elderly patients avoiding the use of free flaps. This flap, because of its two different pedicles, can be used to reach defects in opposite directions.

Palabras clave Carcinoma basocelular. Colgajo de Latissimus Dorsi.

Código numérico 1710-158332

Key words Basal cell carcinoma. Latissimus Dorsi flap.

Numeral Code 1710-158332

* Cirujano Plástico, Adjunto del Servicio.

** Médico Interno Residente.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Universitario «La Fe», Valencia. España.

Introducción

Aunque los carcinomas basocelulares rara vez asocian una alta morbi-mortalidad debido a su lento y poco agresivo crecimiento sin afectación de mucosas, en ocasiones en las que el entorno socioeconómico y la asistencia sanitaria son pobres, como sucede en el caso que presentamos a continuación (emplazamiento rural de la residencia del paciente y su negativa a recibir asistencia sanitaria por desconocer la importancia de su patología), se pueden llegar a desarrollar verdaderos crecimientos tumorales gigantes (1).

Cuando es necesario cubrir un defecto de la línea media a nivel cervical, dorsal o lumbar se han empleado colgajos musculares tipo trapecio, latissimus dorsi (2), romboides, paraespinoso (3), serrato inferior, glúteo mayor (4), de arteria perforante subcostal (5), perforante lumbar (6) y por ultimo, muscular volteado de oblicuo externo. También los colgajos libres mediante un asa vascular a nivel del eje carotídeo, son posibles candidatos para este tipo de reconstrucciones (7).

El colgajo de Latissimus Dorsi, ofrece una reconstrucción óptima en pacientes ancianos, evitando el uso de colgajos libres.

La vascularización del colgajo de Latissimus Dorsi es bien conocida (Mathes & Nahai type V) (8), permite la elevación del músculo basado en su eje principal o en sus pedículos secundarios (2-4).

Material y método

Presentamos el caso de un paciente varón, de 75 años de edad, que presentaba una lesión ulcerada de crecimiento lento a nivel de la línea media de la espalda de 21 x 13 cm, en evolución desde los 18 años cuando el medico del servicio militar le indicó que debía vigilar aquella “verruga sospechosa” (Fig. 1).

Fue remitido a nuestro Servicio, centro de referencia de Cirugía Reconstructiva, por las características peculiares del caso tras acudir a su medico de atención primaria y dada la insistencia de sus familiares.

Realizamos una biopsia que confirmó la sospecha clínica de carcinoma basocelular, y un estudio de extensión tumoral mediante Tomografía Axial Computerizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) que informaron de la ausencia de afectación a distancia (no existían imágenes compatibles con la presencia de masas metastásicas) ni afectación de estructuras óseas (apófisis espinosas) ni musculares, diferentes a las observadas directamente en la exploración física.

Realizamos resección tumoral y reconstrucción inmediata (previa confirmación anatomo-patológica



Fig. 1. Paciente de 75 años de edad, con carcinoma basocelular en línea media de espalda, en evolución desde los 18 años.

de bordes de resección libres e afectación tumoral) mediante un colgajo de Latissimus Dorsi izquierdo volteado sobre uno de sus pedículos secundarios localizado con anterioridad por medio de un doppler bidireccional.

La resección tumoral incluyó 1 cm de margen libre y en profundidad se llegó hasta la fascia muscular del Longissimus y del Trapecio. Distalmente al Trapecio se practicó también exéresis de las apófisis espinosas de T7, T8 y T9, creando un defecto de 25 x 16 cm.

El colgajo de Latissimus Dorsi izquierdo fue diseccionado desde la línea axilar posterior, separando el músculo del plano subcutáneo hasta la periferia del defecto creado. El pedículo principal fue identificado y clipado de modo que el músculo pudiera ser elevado de su plano profundo sobre las cotillas, hasta localizar el pedículo secundario marcado previamente a 9 cm de la línea media (Fig. 2). Una vez volteado el músculo sobre el defecto, éste fue cubierto también mediante un injerto de piel parcial mallado, asegurado mediante un sistema de vacío continuo (VAC ®) y dos sistemas de drenaje aspirativos, uno en la zona donante del Latissimus y otro entre el lecho y el colgajo. Mediante éste triple sistema nos aseguramos el evitar colecciones líquidas en estos tres niveles.

El tiempo quirúrgico aproximado fue de 4 horas, sin que fuera preciso emplear ningún tipo de tratamiento especial debido a la edad del paciente; el tratamiento básico empleado fue: pauta habitual de analgesia mediante derivados mórficos, profilaxis antibiótica con Cefalosporina de tercera generación y profilaxis antitrombótica con heparina subcutánea de bajo peso molecular, sin ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y sin precisar transfusión de hemoderivados.



Fig. 2 A, B. Colgajo de Latissimus Dorsi volteado sobre un pedículo menor.

Cuatro días después de la intervención, el sistema de vacío fue sustituido por un vendaje; el paciente fue dado de alta hospitalaria a los 7 días de la intervención, sin padecer ninguna complicación local ni general.

Después de un seguimiento de 44 meses, el paciente se ha recuperado totalmente de su intervención; por primera vez en los últimos 60 años no precisa ningún tipo de vendaje para cubrir su espalda (Fig. 3) y se encuentra libre de enfermedad o recidiva.

Discusión

Durante los últimos años, el colgajo muscular Latissimus Dorsi basado en sus pedículos menores se ha utilizado con éxito y sus diferentes variaciones permiten reconstruir numerosas áreas alrededor de sus ejes principal o secundarios, permitiendo su elevación en direcciones opuestas (2, 8).

Para su realización técnica, este colgajo no necesita magnificación mediante microscopio, de manera que puede ser realizado en instituciones donde se



Fig. 3 A, B: Postoperatorio al año de la intervención.

carece de unidades microquirúrgicas. Se trata de un proceso quirúrgico relativamente corto, muy ventajoso para el caso de pacientes ancianos como el que presentamos y técnicamente no muy complejo de realizar.

Debemos elegir siempre el mejor proceso quirúrgico para cada paciente personalizando el acto; en nuestro caso, se trataba de un defecto con exposición de estructuras nobles (apófisis espinosas), de un tamaño grande (21 x 16 cm.), situado en la línea media de la espalda en su tercio medio y en un paciente anciano. Todas estas características nos obligan a la utilización de un gran colgajo para reconstruir el defecto creado por la exéresis tumoral, a ser posible que pueda ser elevado en la misma posición en la que se realiza la resección tumoral y que pueda ser ejecutado, al menos en nuestras manos, en el menor tiempo posible con las máximas garantías de éxito. El colgajo de Latissimus Dorsi es el colgajo muscular más extenso del cuerpo, es posible elevarlo en decúbito lateral y no precisa de técnica microquirúrgica, tan solo la disección del pedí-

culo para ser clipado, por lo que creemos que reúne todas las características señaladas.

Conclusiones

Presentamos una solución reconstructiva para grandes defectos de la línea media de la espalda en pacientes ancianos, empleando el colgajo de *Latissimus Dorsi* volteado.

Dirección del autor

Dr. Jorge Balaguer-Cambra
Av. Reina 42, 3
46800 Xàtiva. Valencia. España.
e-mail: baladoc@hotmail.com

Bibliografía

1. **Cohen B, Weiss G, Yin H.**: "Basal cell carcinoma (BCC) causing spinal cord compression". *Dermatol Online J* 2000;6:12.
2. **Bostwick J III, Scheflan M, Nahai F, Jurkiewicz MJ.**: "The "reverse" latissimus dorsi muscle and musculocutaneous flap: anatomical and clinical considerations". *Plast Reconstr Surg* 1980;65:395.
3. **Wilhelmi BJ, Snyder N, Colquhoun T, Hadjipavlou A, Phillips LG.**: "Bipedicle paraspinous muscle flaps for spinal wound closure: an anatomic and clinical study". *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1305.
4. **Hill C, Riaz M.**: "A new twist to the myocutaneous turnover flap for closure of a spinal defect". *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1167.
5. **Feinendegen DL, Klos D.**: "A subcostal artery perforator flap for a lumbar defect". *Plast Reconstr Surg* 2002;109:2446.
6. **Kato H, Hasegawa M, Takada T, Torii S.**: "The lumbar artery perforator based island flap: anatomical study and case reports". *Br J Plast Surg* 1999;52:541.
7. **Few JW, Marcus JR, Lee MJ, Ondra S, Dumanian GA.**: "Treatment of hostile midline back wounds: an extreme approach". *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2448.
8. **Mathes SJ, Nahai F.**: "Classification of the vascular anatomy of muscles: experimental and clinical correlation". *Plast Reconstr Surg* 1981;67:177.