



Revista Venezolana de Oncología

ISSN: 0798-0582

inledo74@gmail.com

Sociedad Venezolana de Oncología
Venezuela

PAYARES M, ELIECER; ALEMÁN, LUIS; BASCETTA, JAIRO; FLEITAS, MILVIS;
MÁRQUEZ, PEDRO; GONZÁLEZ, OTTO
RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS CERVICALES A PROPÓSITO DE UN
CASO
Revista Venezolana de Oncología, vol. 28, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 253-257
Sociedad Venezolana de Oncología
Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375646887008>

- 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

RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS CERVICALES A PROPÓSITO DE UN CASO

ELIECER PAYARES M, LUIS ALEMÁN, JAIRO BASCETTA, MILVIS FLEITAS, PEDRO MÁRQUEZ, OTTO GONZÁLEZ

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: La reconstrucción de defectos quirúrgicos de cabeza y cuello ha sufrido perfeccionamiento significativo en las últimas 2 décadas. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 28 años quien cursa con antecedente de schwannoma benigno que ameritó laminectomía cervical + resección de LOE espinal (2006), octubre de 2012 presenta recidiva de LOE cervical que ameritó resección el 12/10/12 sin resultado de biopsia, en enero de 2013 presenta recaída local con tumor que invade fascia y músculo el cual reseca biopsia reporta: schwannoma maligno una semana posoperatoria refiere crecimiento rápido progresivo de LOE cervical de 20 cm x 12 cm motivo por el cual consulta esta institución. Por lo extenso de la lesión se decide intervención quirúrgica: 08/05/13. Primer tiempo quirúrgico (cabeza y cuello-neurocirugía). Resección oncológica de schwannoma cervical + resección de músculo esternocleidomastoideo músculos pre-vertebrales + rafia de duramadre. Hallazgos: tumor 20 cm x 15 cm, no infiltra tabla externa del cráneo. Apertura de la duramadre. Segundo tiempo quirúrgico (cirugía plástica). Reconstrucción cervical inmediata con colgajo de dorsal ancho izquierdo tamaño de la pastilla cutánea (20 cm x 14 cm) y rotación de cuero cabelludo + injerto cutáneo de espesor parcial en el área donante. Hallazgos: defecto cutáneo cervical y occipital de 20 cm x 13 cm. **CONCLUSIÓN:** Paciente permanece 31 días hospitalizado evolucionando satisfactoriamente, evaluado por servicio de rehabilitación sugiriendo recomendaciones plan de terapia, neurocirugía recomienda uso de inmovilizador cervical y egresa el 22/06/13 al tener dispositivo de inmovilización cervical, con controles.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, reconstrucción, defectos, cabeza, cuello, cirugía, colgajo.

SUMMARY

OBJECTIVE: The surgical defects in the head and neck reconstruction have undergone significant improvement in the last 2 decades. **CASE REPORT:** Male patient 28 years old who refer with a history of benign schwannoma which warranted cervical laminectomy + resection of LOE spinal (2006) in October 2012 presented recurrence of LOE cervical that it warranted a resection on 12/10/12 without biopsy result, in January 2013 presents local relapse with tumor invading fascia and muscle which resected biopsy reports: Malignant schwannoma one week postoperative concerns progressive fast growth of LOE cervical 20 cm x 12 cm reason for which refer to this institution. Surgical intervention is decided by the extent of the injury: 08/05/13. The first surgical time: (head and neck + neurosurgery). Oncologic resection of cervical schwannomas + resection of sternocleidomastoid muscle muscles pre-vertebrates + raffia of the dura mater. Findings: tumor 20 cm x 15 cm, not infiltrate table opening of the dura mater. The second surgical time (plastic surgery), immediate cervical reconstruction with flap width left dorsal cutaneous pad size (20 cm x 14 cm) and scalp rotation + partial thickness in the donor area skin grafting. Findings: Cervical and occipital cutaneous defect of 20 cm x 13 cm. **CONCLUSION:** Patient is 31 days hospitalized evolving satisfactorily, evaluated by the rehabilitation service they suggesting recommendations plan of therapy, neurosurgery recommended cervical immobilizer and the patient egress on 22/06/13 to have cervical immobilization, with controls device in our institution.

KEY WORDS: Cancer, reconstruction, defects, head, neck, surgery, scalp.

Recibido: 18/04/2016 Revisado: 15/05/2016

Aceptado para publicación: 22/07/2016

Correspondencia: Dr. Eliecer Payares. Servicio Oncológico Hospitalario IVSS. Urbanización Los

Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairret, PB. El Cementerio, Caracas, Venezuela. Tel: 04142620056
E-mail: eliecer_payares@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de defectos de la cabeza y el cuello después de un trauma, la extirpación del tumor, o enfermedad han mejorado con el desarrollo de modernos y múltiples sitios donantes. El sitio donante dorsal ancho es capaz de proporcionar un grupo versátil de los tejidos, es decir; músculo, piel, tejido subcutáneo, hueso, nervio y pedículo vascular. La reconstrucción de los defectos quirúrgicos de cabeza y cuello han sufrido un perfeccionamiento significativo en las últimas 2 décadas. La era moderna de la reconstrucción se inició con la introducción de los principales colgajos miocutáneo dorsal ancho y pectoral⁽¹⁻⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años de edad quien cursa con antecedente de Schwannoma benigno que ameritó laminectomía cervical + resección de LOE espinal (HMPC - 2006); en octubre de 2012 presenta recidiva de LOE cervical que ameritó resección el 12/10/12 sin resultado de biopsia, en enero de 2013 presenta recaída local con tumor que invade fascia y músculo el cual reseca cuya biopsia número 126- 13: schwannoma maligno, una semana posoperatoria refiere crecimiento rápido y progresivo de LOE cervical de 20 cm x 12 cm motivo por el cual consulta a esta institución

Antecedentes personales:

- Neurofibromatosis tipo 2 diagnosticado a los 4 años de edad
- Refiere LOE de tallo cerebral diagnosticado a los 6 años de edad que ameritó tratamiento con radioterapia (24 sesiones)
- Schwannoma cervical (2006) laminectomía cervical + exéresis
- Schwannoma de seno paranasal derecho (2008) resección de LOE + RI. Biopsia

(Benigno)

- Schwannoma maligno cervical pósterolateral derecho (2012) resección

Antecedentes psicobiológicos:

- Refiere 7 a 8 cigarrillos al día por 13 años hasta hace 2 meses
- Refiere alcohólicos ocasionales
- Resto niega

Examen físico: 15/02/13

Paciente en condiciones clínicas estables se evidencia cicatriz región cervical posterior en relación a antecedente quirúrgico tumor de 21 cm x 12 cm aproximadamente que ocupa la totalidad de la región cervical posterior extendiéndose lateralmente a la derecha doloroso con limitación para la movilidad del cuello no se palpan adenopatías cervicales, cicatriz en relación a surco naso-geniano, cavidad oral con limitación a la apertura resto sin alteraciones.

NFL: Normal

Estudios paraclínicos realizados:

- Laboratorios: DLN 08/04/13
- RX tórax: 25/03/13: normal
- RX de columna cervical: 04/03/13: rectificación de columna cervical-cuerpos y espacios intervertebrales conservados sin evidencia de imágenes líticas ni blásticas.
- RM cuello con gadolinio: 07/12/12: LOE en la región posterolateral derecha de cuello adherido a planos profundos que mide 6 cm x 4 cm x 7 cm.
- RM cuello con gadolinio: 07/02/13: extenso LOE en la región posterolateral derecho de cuello paravertebral que desplaza estructuras musculares y cruza la línea media hacia la izquierda mide 10 cm x 7 cm x 6 cm, de aspecto sólido con áreas hiperintensas. Canal medular luce indemne. Esta lesión se extiende desde la unión cráneo-cervical hasta C6.
- TAC de columna cervical: 04/03/13: se identifica extensa masa tumoral sólida heterogénea que mide aproximadamente unos 10 cm x 6 cm y que se ubica en la región

latero cervical posterior derecha del cuello con desplazamiento de estructuras musculares

- Evaluación cardiovascular preoperatoria: DLN - ASA I
- Evaluación por neumología: 25/03/13: sin contraindicación para el acto quirúrgico

Anatomía patológica:

- Biopsia # B-126-13: schwannoma maligno se recomienda realizar inmunohistoquímica
- IHQ # 266 - 2013: se observa inmunomarcaje para Bcl2, VIM, EMA, QAE1AE3 y S-100, Ki 67 15 %. Lo concluyen: sarcoma sinovial monofásico.

El 23/03/13, en reunión de servicio se discute el caso con servicio de cabeza y cuello y neurocirujano, se decide resección oncológica en conjunto con neurocirugía, resección de piel afectada con posible reconstrucción presentar caso a servicio de cirugía plástica

El 12/04/13 en reunión con cirugía plástica se decide reconstrucción con colgajo de dorsal ancho + rotación de cuero cabelludo + delto pectoral

IDX: schwannoma maligno pT2N0M0

Intervención quirúrgica: 08/05/13

Primer tiempo quirúrgico (cabeza y cuello- neurocirugía) resección oncológica de schwannoma cervical + resección de músculo esternocleidomastoideo músculos pre-vertebrales + rafia de duramadre

Hallazgos:

- Tumor de 20 cm x 15 cm, no infiltra tabla externa del cráneo
- Apertura de la duramadre

Segundo tiempo quirúrgico: (Cirugía plástica): reconstrucción cervical inmediata con colgajo de dorsal ancho izquierdo tamaño de la pastilla cutánea (20 cm x 14 cm) y rotación de cuero cabelludo + injerto cutáneo de espesor parcial en el área donante.

Hallazgos:

- Defecto cutáneo cervical y occipital de 20 cm x 13 cm

Biopsia # 3526 al 3528-13 (09/05/13)

Tumor región occipital. Resección # 3526-13

- Neoplasia mesenquimática maligna: sarcoma de alto grado patrón fusocelular compatible con tumor maligno de la vaina del nervio periférico
- Tamaño tumoral de 21,3 cm x 16,5 cm x 11 cm.
- Índice mitótico de 6 en 20 campos de 40 X
- Bordes de resección inferior medial y profundos con presencia de tumor, resto de los bordes de resección, libres de lesión
- Embolismo vascular sanguíneo no observado
- Piel ulcerada con presencia de infiltración de tumor

NOTA: Se requiere estudios de inmunohistoquímica

Margen adicional profundo # 3527-13

- Tejido fibromuscular con presencia de infiltración por sarcoma de alto grado y necrosis tumoral

Adenopatía sub- occipital derecha # 3528- 13:

- Ganglio linfático con hiperplasia folicular y sinusoidal reactiva libre de tumor

Paciente en posoperatorio inmediato pasa a unidad de cuidados posoperatorios intubado en ventilación mecánica bajo efecto de sedación y relajación neuromuscular, hemodinámicamente estable permaneció 8 días en UCEPO evolucionando satisfactoriamente siendo extubado el 13/05/13 tolerando el procedimiento y pasa a hospitalización de piso, al 10 día de posoperatorio se diagnostica fístula de líquido cefalorraquídeo, la cual fue tratado con acetazolamida obteniendo buena respuesta con disminución progresiva de líquido céfalo raquídeo y úlceras de presión en región temporal izquierda y dehiscencia a través de trayecto fistuloso. Permanece 31 días hospitalizado evolucionando de satisfactoriamente evaluado por servicio de rehabilitación sugiriendo recomendaciones y plan de terapia, neurocirugía recomienda uso de inmovilizador cervical

y egresa el 22/06/13 al tener dispositivo de inmovilización cervical.

DISCUSIÓN

La literatura informa reconstrucciones en el área cérvico-facial de todo tipo con el colgajo miocutáneo del músculo dorsal ancho, ya sea como técnica única o combinando otros colgajos. El gran espectro de indicaciones refleja la gran versatilidad de este colgajo en localizaciones que abarcan desde la clavícula hasta muy alejadas de su arco de rotación, como la región fronto-orbitaria^(1,2).

El colgajo dorsal ancho se ha convertido en caballo de batalla de la cirugía oncológica reconstructiva en numerosos centros de todo el mundo debido a sus innumerables ventajas en comparación con otras técnicas de reconstrucción, entre las que se menciona la reconstrucción inmediata de grandes defectos, su uso pediculado y libre (como pocos), disposición de grandes superficies de piel (hasta de 30 cm × 20 cm)⁽³⁾, gran volumen de tejido, piel desprovista de vellos, sitio donante que no afecta la apariencia del paciente (importante sobre todo en la mujer), gran arco de rotación, excelente movilidad y rotación de 180°; también puede obtenerse doble paleta de piel, pedículo distante de todo campo de radioterapia, puede usarse combinado sin comprometer la viabilidad de otros colgajos, como los microvascularizados, puede elevarse simultáneamente con otros colgajos que dependen del mismo pedículo, como los del serrato anterior, la costilla, la escápula y la cresta iliaca; y, más todavía, presenta buena tolerancia a la radioterapia posoperatoria⁽⁴⁾.

En cuanto al pedículo vascular, este es constante y rara vez es afectado por la ateromatosis; también es largo y de buen diámetro (arteria 2 mm a 4 mm y vena 2,5 mm a 4,5 mm), con posibilidad de vascularización por la rama del serrato.

El tiempo promedio de hospitalización con esta técnica es de siete a 21 días, por lo que se justifica como cirugía paliativa o sanitaria de lesiones avanzadas. Otras ventajas son que se puede reconstruir el espesor total de lesiones de la cavidad bucal o faríngea y se evita la desviación excesiva de la mandíbula en las bucofaringectomías transmaxilares, sin reconstrucción ósea, donde a su vez sirve de protección a los vasos del cuello tras un vaciamiento radical^(3,5).

Con la experiencia se puede constatar que muy pocos defectos de piel, mucosas o partes blandas en la región cérvico facial no pueden ser resueltos con el colgajo dorsal ancho en cualquiera de sus combinaciones, incluidos aquellos en los que tradicionalmente se utiliza colgajo del pectoral mayor solo; además, tiene mayor alcance cefálico y extensión de piel con menos volumen, entre otras ventajas. El dominio de esta técnica ofrece al cirujano de cabeza y cuello un amplio margen de posibilidades reconstructivas.

La prevención y manejo oportuno de las complicaciones constituye la base de la experiencia, donde el diseño es único en cada paciente. Los cirujanos deben esforzarse por lograr los mejores resultados estéticos y funcionales en busca de una mejor calidad de vida de los enfermos. La curva de aprendizaje del cirujano y la plétora de información en la literatura llevan al perfeccionamiento en la toma de decisiones y ejecución de los procedimientos.

REFERENCIAS

1. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg.* 1976;29(2):126-128.
2. Schneider WJ, Hill HL Jr, Brown RG. The latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1977;30(4):277-281.

-
3. Deprez JD, Kiehn CL, Eckstein W. Closure of large meningomyelocele defects by composite skin muscle flap. *Plast Reconstr Surg.* 1971;47(3):234-238.
 4. McCraw JB, Penix JD, Baker JW. Repair of major defects of the chest wall and spine with the latissimus dorsi myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg.* 1978;62(2):197-206.
 5. Quillen CG, Shearin JC, Giorgiade NC. Use of the latissimus dorsi myocutaneous island flap for reconstruction of the head and neck area: Case report. *Plast Reconstr Surg.* 1978;62(1):113-117.