ESTOMA

REVISTA MEDICA
DE ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS

Volumen III Núm. 3

ESTOMA

REVISTA MEDICA DE ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS

publicación trimestral

DIRECTOR
Y
COORDINADOR EDITORIAL
ELISARDO PARDOS BAULUZ
P.º Sagasta, 14
ZARAGOZA-6

CONSEJO EDITORIAL
JUNTA DIRECTIVA DEL ILUSTRE COLEGIO
DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS
DE LA VI REGION

VOLUMEN III 1983 **Número 3**

REDACCION Y ADMINISTRACION
COLEGIO DE ESTOMATOLOGOS
C/. Arquitecto Yarza, 3
ZARAGOZA-8

UNA MODIFICACION TECNICA DEL COLGAJO BIPEDICULADO CRANEOFRONTAL PARA LA RECONSTRUCCION TOTAL DEL LABIO INFERIOR, MEJILLAS, SURCO LABIOLINGUAL Y ZONAS ADYACENTES

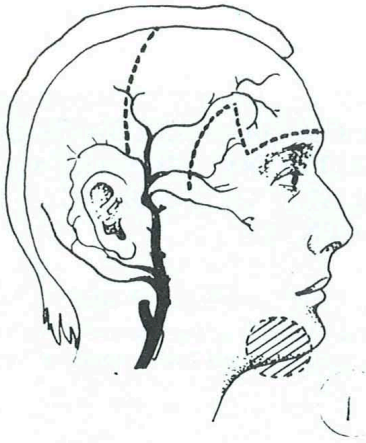
Por el Dr. Don Francisco HERNANDEZ ALTEMIR
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
de la Ciudad Sanitaria José Antonio de Zaragoza.

LA cirugía radical en patología oncológica de la región oral y maxilofacial exige en muchas ocasiones el sacrificio de estructuras tan importantes como pueden ser los labios, la lengua total o parcialmente, las mejillas u otras estructuras tanto de las partes blandas como duras, maxilares y piezas dentarias, etc. Esto sin duda, va a determinar si no se toman medidas reconstructivas importantes, no sólo grandes deformidades postoperatorias, sino trastornos funcionales de primera categoría, en funciones tan importantes como puede ser la fonación, la masticación. la deglución y en el aspecto morfológico y estético, modificando de forma grave la reinserción del enfermo en la sociedad. Por ello y sin merma de nuestra radicalidad, debemos de intentar devolver al paciente un aspecto y grado de funcionalidad lo más aceptable posible y en el plazo de tiempo más corto. Para ello, no sólo es necesario conocer las técnicas, es imprescindible disponer del apoyo moral, humano y administrativo que esta cirugía conlleva.

Sin duda, el empleo de colgajos frontales totales o parciales para reconstrucciones de pérdidas de sustancia a nivel facial constituye una de las técnicas quirúrgicas reconstructivas más antiguas. Parece que tuvo su origen entre los alfareros hindúes siglos antes de Cristo, para reparar mutilaciones de la cara.

No es mi intención pasar revista a los recuerdos anatómicos ni a la técnica y diseño y levantamiento de colgajos frontales totales o del colgajo hemifrontal. En la bibliografía, abundante sobre el particular, el lector interesado puede informarse sobre estos aspectos, por lo demás fundamentales y que están bien descritos.

Nosotros, hemos diseñado para un caso concreto, un colgajo bipediculado cráneofrontal que nos ha dado resultado. En los esquemas que adjunto puede verse el diseño, que tenía como misión reconstruir la totali-

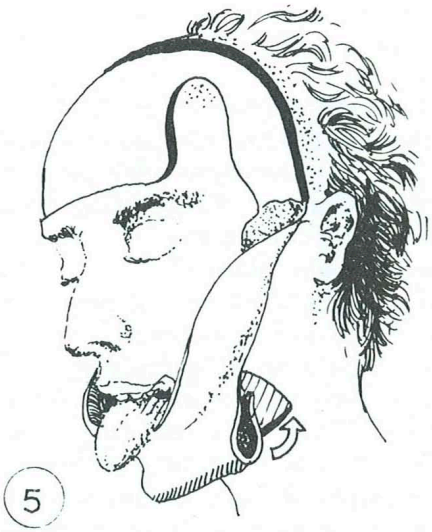


1

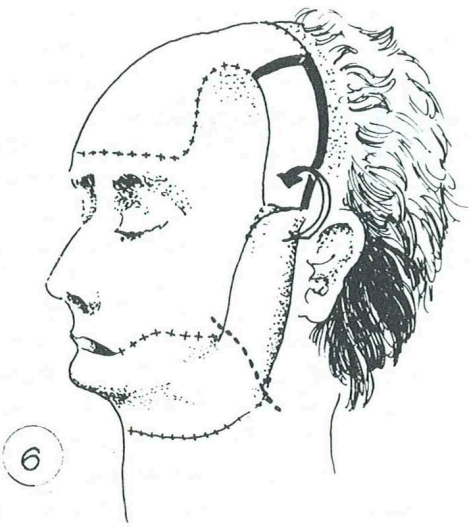
2

3

4

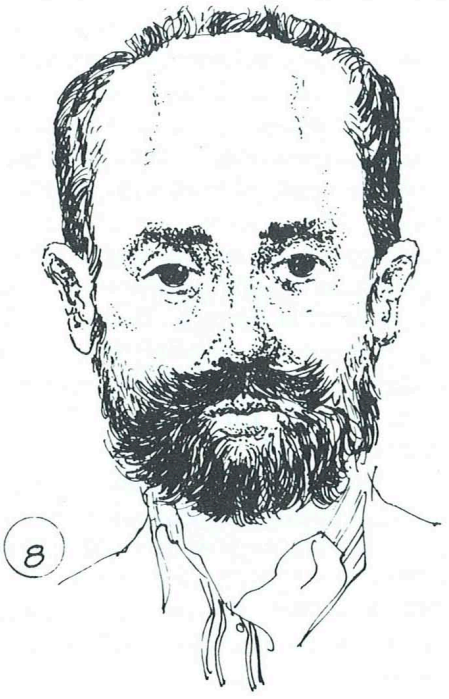


5



6

7



8

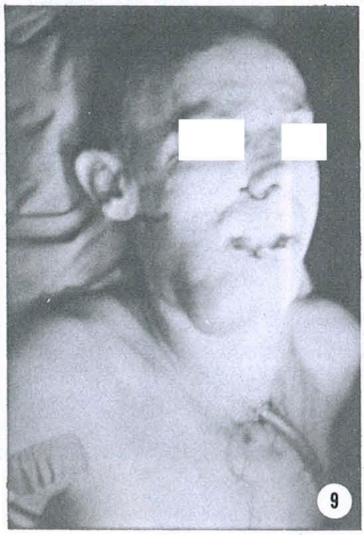
dad del labio inferior, tanto en su cara cutánea como bucal, el vestíbulo linguolabial, el mentón (en referencia claro es a las partes blandas), zonas adyacentes comisurales y yugales y creo que con el examen seriado de los dibujos podemos entender fácilmente (figs. 1 a 8). A continuación de los dibujos, aparece el caso clínico en fotografías, sobre el que se aplicó nuestras modificaciones al diseño y tratamiento al que sometemos el colgajo bipediculado cráneofrontal (figs. 9 a 39). Acompañamos también dos casos clínicos en los que se ha empleado en uno el colgajo bipediculado clásico craneal asociado al colgajo deltopectoral (figs. 48 a 61) y otro reconstruído con un colgajo hemicraneal (figs. 40 a 47).

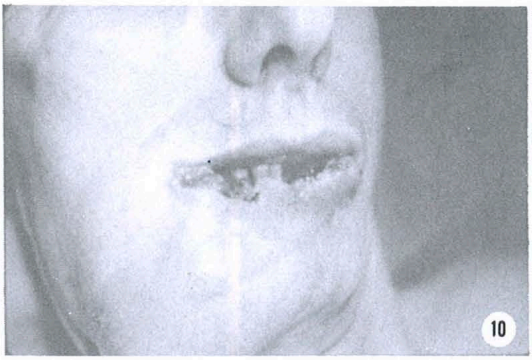
Descripción esquemática de la técnica.– En la figura 1, se puede observar de forma muy simple, la distribución arterial y punteado el colgajo con una de nuestras modificaciones (la solapa temporal). En la fig. 2 se observa el diseño general del colgajo visto de frente. En la fig. 3, el colgajo aparece movilizado y rotado y que en el dibujo se ha hecho ver, como si fuera transparente, para que se vea la zona a reconstruir y su relación con el diseño del colgajo. En la fig. 4, se puede observar nuestra segunda modificación del colgajo bipediculado craneofrontal, en la que se puede observar en su porción más caudal y a nivel de la flecha, una zona rallada, que es precisamente donde el colgajo va a ser doblado, para así hacer la cara interna del labio y el que será futuro surco labiolingual, en esta zona rallada donde realizaremos la demoabrasión, que nos va a permitir en un solo tiempo, suturar la cara cutánea inferior abrasionada del colgajo a la porción mucosa labiolingual o del suelo de la boca y la porción superior cutánea abrasionada, va a suturarse a la pérdida de sustancia cutánea y que va a reconstruir el mentón; los bordes libres del colgajo cráneofrontal se unen entre sí para reconstruir las comisuras, el bermellón y en definitiva el labio inferior (es obligado marcar la zona a abrasionar poniendo primero el colgajo en lo que será su futura posición con unos puntos de aproximación que nos sirvan de guía). Estos últimos detalles aparecen reflejados en la figura 5. Basta luego, como se observa en la fig. 6, seccionar los pedículos y devolverlos a su emplazamiento primitivo. Toda la zona dadora correspondiente al colgajo cráneofrontal se cubre con un injerto libre de piel. En la fig. 7, de perfil y en la 8 de frente, puede verse el resultado final.

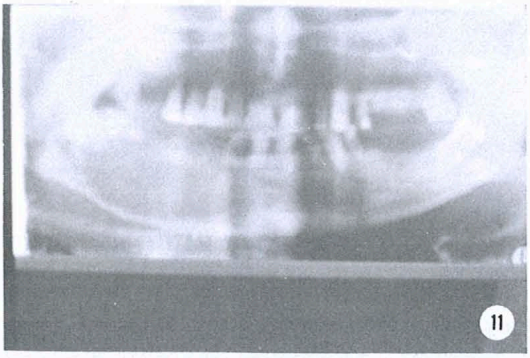
Desde la fig. 9 a la fig. 39, se puede ver la secuencia fotográfica de los distintos tiempos quirúrgicos del caso clínico que nos sirvió para aplicar por primera vez nuestra MODIFICACION TECNICA DEL COLGAJO BIPEDICULADO CRANEOFRONTAL PARA LA RECONSTRUCCION TOTAL DEL LABIO INFERIOR, MEJILLAS, SURCO LABIOLINGUAL Y ZONAS ADYACENTES. No está de más que el lector compare los esquemas que van de la fig. 1 a la fig. 8 y quizá de esta manera sea más fácil la comprensión de la técnica y sus diversas fases.

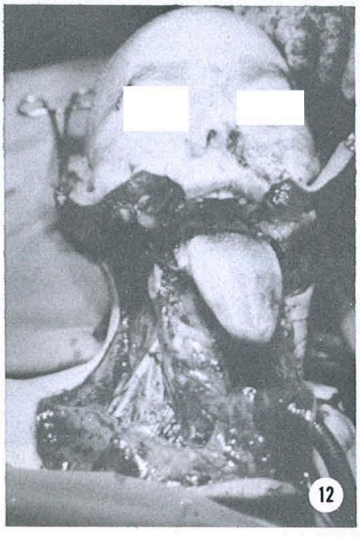
Una vez más el caso clínico tenía su inicio en tratamientos no especializados, el paciente había recibido tratamientos quirúrgicos e ionizan-

FASE DE EXTIRPACION


9

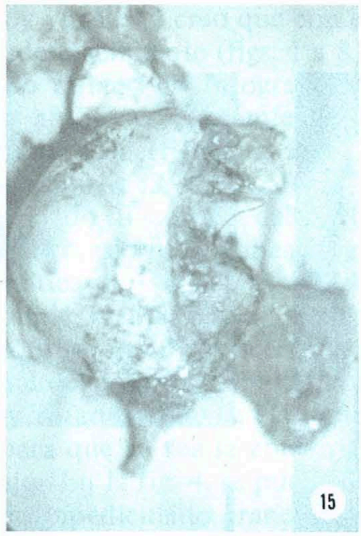

10

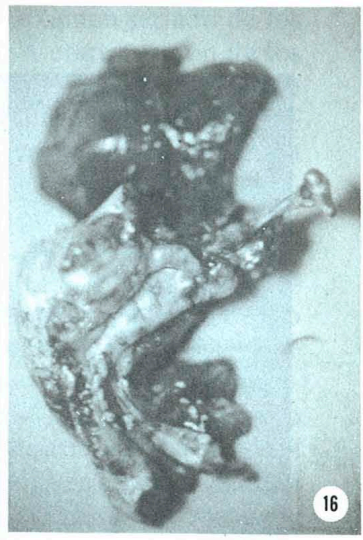

11


12

13

14


15


16

FASE DE RECONSTRUCCION INMEDIATA

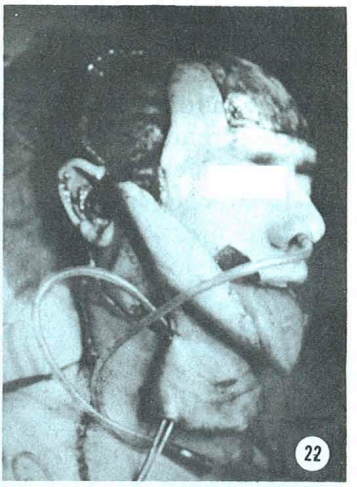
17

18

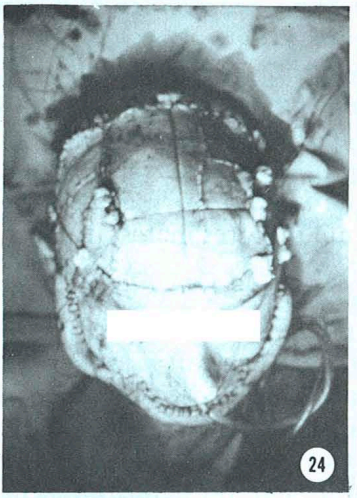
19

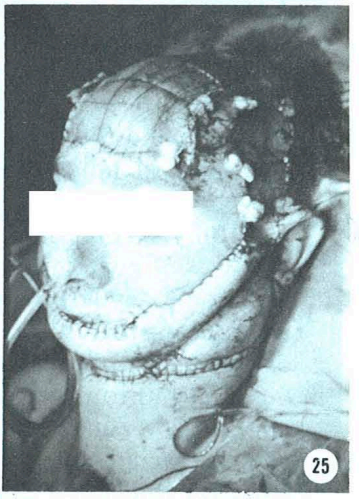
20

21

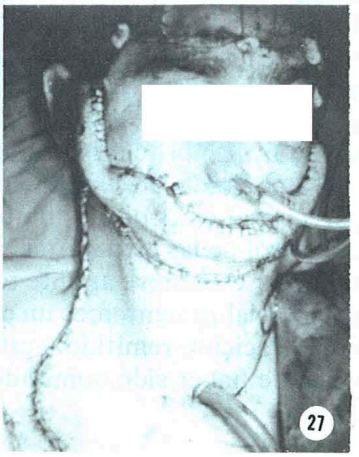

22

23


24


25

26


27

tes, que no consiguieron atajar la enfermedad y cuando llegó al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial se trataba de un T 4, estaba afectado por el tumor, no sólo el labio inferior, sino también el mentón, mejillas, hueso mandibular y había nódulos metastásicos en regiones cervicales, se comprende pues lo sombrío del panorama en cuanto a conseguir una curación del enfermo. Casos como los que presento se reciben con excesiva frecuencia en nuestro Servicio. Una vez más hay que recordar el éxito del tratamiento de los carcinomas de la región oral y maxilofacial reside en un diagnóstico precoz asociado a una terapéutica quirúrgica radical correcta desde el principio y a una vigilancia del paciente prolongada en el tiempo, que no debe dejarse de hacer salvo causas de fuerza mayor de la siguiente manera: una vez operado el enfermo portador de un cancer de la región que nos ocupa acudirá a revisión el primer año, todos los meses, el segundo año, cada dos meses, el tercer año, cada tres meses, el cuarto año, cada 4 meses y el quinto año, cada cinco meses, y posteriormente 2 veces al año como mínimo, recordando al paciente la necesidad de no fumar ni tomar bebidas alcohólicas bajo ningún concepto y para el resto de su vida. No es infrecuente observar la aparición de nuevos tumores epiteliales en otras localizaciones a la del tumor primitivo tratado, que a los cinco años puede aparecer curado y en cambio por no haber dejado el alcohol y el tabaco repito, se ven otros tumores de la misma índole o bien en otras regiones de la boca, o en el esófago, en la laringe, o en el pulmón y no precisamente tumores metastáticos.

A continuación presentamos el caso de otro paciente, afecto de un carcinoma epidermoide de región comisural que había sido sometido antes de su ingreso en nuestro Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial a diversas acciones terapéuticas (cirugía y radioterapia). Una vez estudiado desde el punto de vista general y local se procedió a la exéresis de región comisural y zonas adyacentes, hemimandibulectomia (por osteoradionecrosis), vaciamiento radical derecho y suprahioideo izquierdo y reconstrucción inmediata con un colgajo hemifrontal derecho previamente tapizado con piel en su cara cruenta, con el fin de reconstruir en un solo tiempo la cara externa e interna de la mejilla y zona comisural derecha. En las fotografías adjuntas desde la 40 a la 47 se pueden ver diversas fases de la intervención y resultado final; sin duda, tanto desde el punto de vista cosmético, como funcional el resultado fue muy favorable. El lector, puede ver así, otra de las aplicaciones del colgajo clásico, ahora hemicraneal. Por último recordar como el cancer de las comisuras bucales, tiene un algo grado de malignidad y gran capacidad metastática, por lo que es preciso el control del tumor con extirpaciones amplias locales, asociado a control de las estructuras cérvicomandibulares, si es el caso.

Para terminar este breve apunte sobre algunas indicaciones del clásico colgajo craneofacial presentamos un caso que consideramos demostrativo: (figs. 48 a 61) Paciente remitido a este Servicio de Cirugía Oral y Máxilofacial después de haber sido sometido a diversas intervenciones quirúrgi-

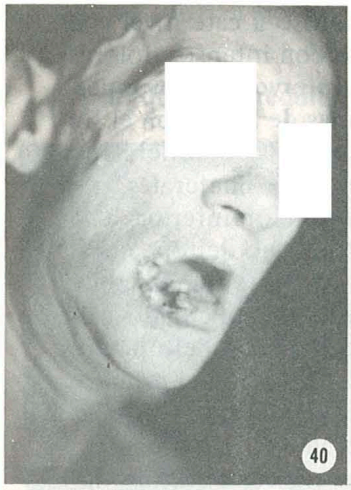
SE CONCLUYE LA RECONSTRUCCION
(2.° y último tiempo quirúrgico).

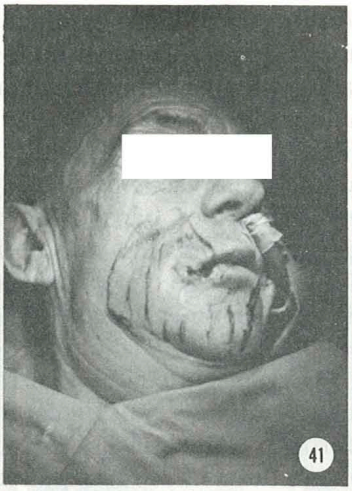
RESULTADO FINAL
Sin duda el crecimiento del pelo mejora notablemente el aspecto final.

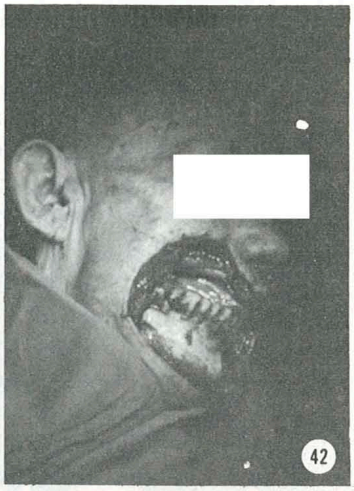
El paciente lleva el ojo tapado en la fotografía como consecuencia de una conjuntivitis accidental y leve.

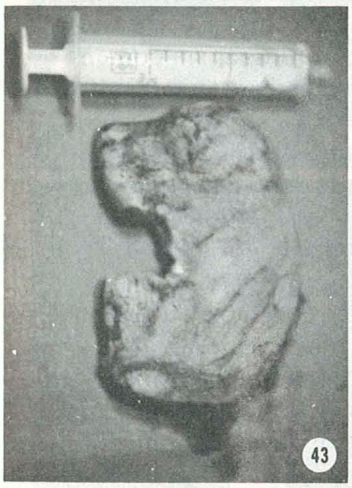
cas a nivel del labio inferior por proceso carcinomatoso a este nivel y al que se le aplicaron sesiones de radioterapia. Ingresa con intensos dolores a nivel de la zona "tratada" que nos obligó hasta la intervención propuesta, incluso a alcoholizaciones a nivel de ambas espinas de Spix, con el fin de provocar una neurolisis química. Se le realizó exéresis total del labio inferior con mandibulectomia más vaciamientos cervicales bilaterales, traqueostomía y reconstrucción en dos tiempos de la porción inferior de la cara, empleando en el postoperatorio inmediato un colgajo deltopectoral que serviría para reconstruir el suelo de la boca, la cara interna del labio, mejillas y comisuras. En un segundo tiempo colgajo bipediculado craneal que se suturó al remanente del tallado bucal del colgajo deltopectoral ya reseñado. Estimo es interesante comparar este caso con el primero que presentamos en nuestro trabajo y quizá aquí se pueda ver las ventajas que describíamos al referirnos a nuestra modificación al colgajo cráneofrontal, la más llamativa sin duda la de conseguir en el postoperatorio inmediato el cierre de la cavidad oral, cosa que en este último caso se resolvió después de varias sesiones quirúrgicas. No quiero terminar sin comentar como el cancer de labio requiere desde el principio un tratamiento muy especializado ya que si no es así se producen casos, por desgracia muy frecuentes en la clínica diaria, que exigen grandes mutilaciones y reconstrucciones muy laboriosas, como los casos que he presentado. El cirujano que trate este tipo de lesiones, incluso las incipientes de labio, debe conocer los aspectos de radicalidad que esta patología debe llevar en cuanto a su exéresis, en este sentido es necesario, extirpar con márgenes amplios la lesión primitiva de labio, devolviendo al labio su función y además el conocer la cirugía del cuello paso que puede ser obligado en el tratamiento de las frecuentes metástasis cervicales de los carcinomas de labio, así como su progresión e infiltración del periostio y hueso mandibular. El cancer de labio es sin duda una afección muy grave que requiere atención muy especializada.

En nuestro trabajo no comentamos otro tipo de exéresis de lesiones tumorales de tipo carcinomatoso de labio inferior como pueden ser las queilectomias, queilectomia subtotal mas queiloplastia, queilectomia total ampliada mas queiloplastia asociado a vaciamiento cervical suprahioideo bilateral, en las lesiones precancerosas T 0, está indicada la operación de Butlin, en las lesiones T 1 de menos de 0,5 cms. puede ser útil la cuña de labio, en las lesiones T 1 de 0,5 a 2 cms. la operación de Estlander-Abbe, en las lesiones T 2 de 2 a 4 cms. la operación de Pierce (extirpación subtotal del labio), en la T 2 de 2 a 4 cms. puede emplearse la operación de Gillies, en las lesiones T 3 de más de 4 cms. la operación de Bernard y en las T 4, que son las lesiones que invaden ya el hueso, músculo etc., como en el primer caso que hemos presentado y que se refiere a nuestra modificación se ve el tipo de cirugía por desgracia más frecuente de lo que en principio debería de ser, si se atendiera este tipo de patología por personal áltamente especializado.

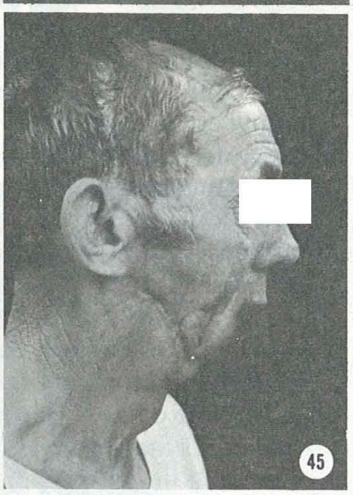

40

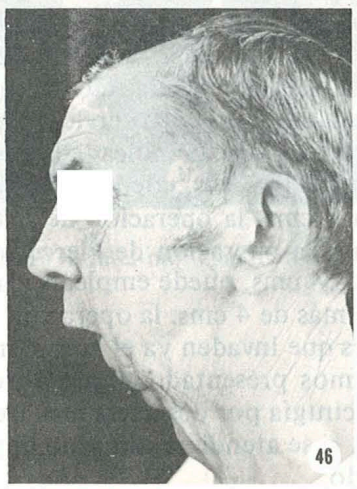

41

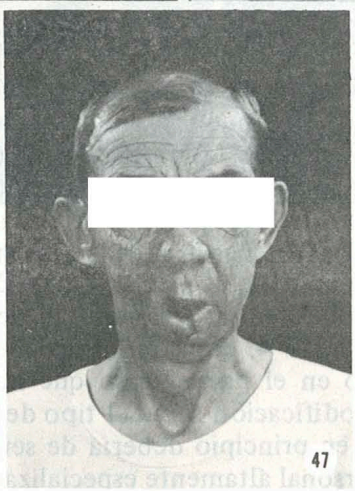

42

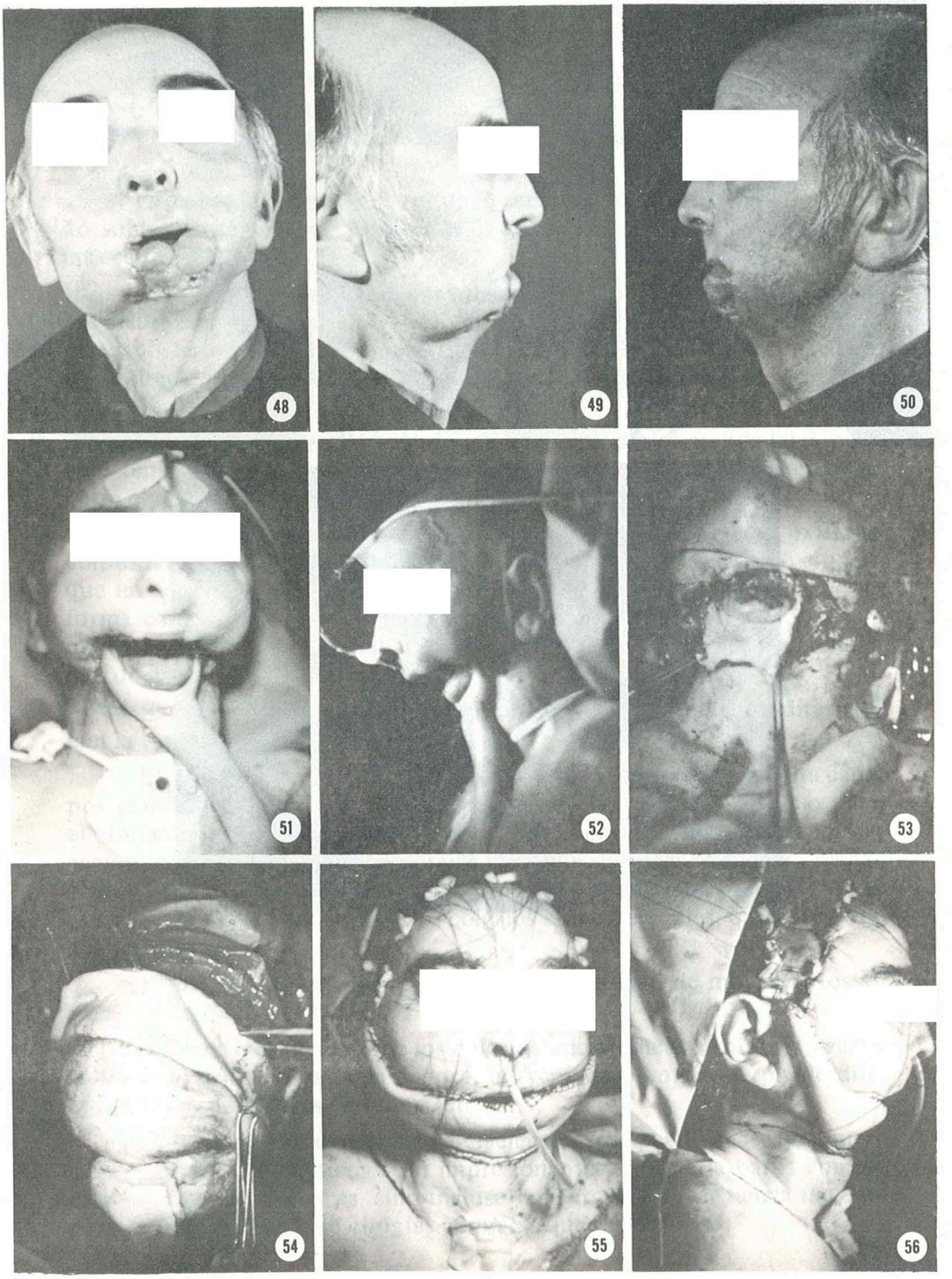

43

44

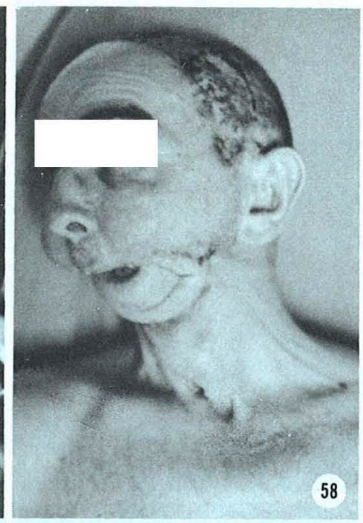

45


46


47


48
49
50
51
52
53
54
55
56

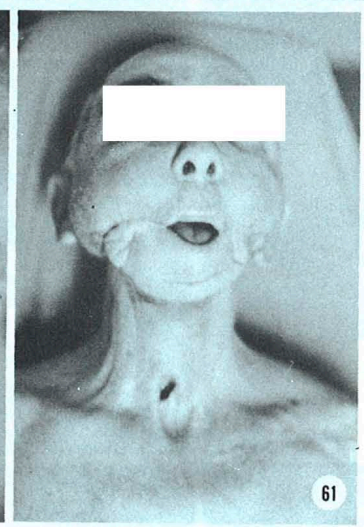
57



58

59

60



61

Conclusiones

– Con nuestras modificaciones al colgajo bipediculado cráneofrontal clásico hemos conseguido de forma relativamente fácil una reconstrucción inmediata prácticamente, que desde el principio evita la salida de saliva, etc.

– La zona de dermoabrasión debe ser realizada con cuidado, evitando sobrepasar la dermis, con el fin de no cercenar el riego a la porción más caudal del colgajo.

– Con nuestras modificaciones hemos evitado la presencia de trayectos fistulosos temporales, a nivel del pliegue de rotación y el tener que hacer posteriormente una reconstrucción del vestíbulo lingual y del suelo de la boca, que resultaría más dificultosa si siguiéramos el proceder clásico.

– El colgajo diseñado, evita dejar al descubierto la totalidad del músculo temporal, ya que se respetan en el diseño las regiones comprendidas entre el nacimiento del cabello y el inicio de la fosa temporal.

– Este tipo de colgajo permite al cirujano oral y maxilofacial extirpar con un criterio oncológico amplio, en ocasiones como la del caso clínico que nos ocupa (figs. 9 a 39), ya que sabe que va a poder reconstruir de forma casi inmediata los tejidos extirpados, conservando funciones tan importantes como la del habla, la deglución de la saliva y de los alimentos, un aspecto facial favorable, etc.

– Se trata de un colgajo de gran vitalidad, que no precisa diferirse, con la ventaja que esto tiene.

– El disponer de los tejidos próximos a la zona extirpada evita campos grandes o movilizaciones y posiciones dificultosas del enfermo para el cirujano, como ocurre con los colgajos miocutáneos de distinta localización, o incluso los deltopectorales etc., que de ninguna manera rechazamos para determinadas reconstrucciones, pero creo que no está de más el clavar una lanza a favor de los colgajos cráneofrontales, quizá hoy día algo relegados.

– El colgajo cráneofrontal permite gran libertad de movimientos al paciente desde el principio.

– No hay que olvidar que los colgajos miocutáneos significan a veces al hacer el cierre de la zona dadora, un verdadero corsé que puede dificultar los movimientos torácicos, etc.

– El hecho de poder dejarse el paciente barba puede hacer que nuestros resultados cosméticos sean impresionantes, ya que la barba enmascara no sólo las cicatrices, sino incluso las pérdidas de sustancia tan amplias que se producen en cirugías como las que mostramos.

Bibliografía

ANDERSON, R. J. E. HOOPES (1975): Symposium on malignancies of the head and neck. The C.C. Mosby Company - Saint Louis.

AUBRY M., PIALOUX P., JOST G. (1966): Chirurgie Cervico-Faciale et oto-rhino laryngologique.

CALNAN J. (1976): Recent Advances in Plastic Surgery. Churchill Livingstone (Edinburggh London and New York).

CONVERSE (1977): Reconstructive Plastic Surgery, Tomo II. W.B. Saunders Company "Facial Injuries the Orbit the nose the cranium".

GOLDWYN, M.D. with 54 Contributing Authors (1972): The Unfavorable Resultin Plastic Surgery. Avoidance and treatment. Little, Brown and Company, Boston.

GRAB, W.C., BERTZ MYRES, M. (1982): Colgajos cutáneos. Salvat.

KRUGER, O. (1960): Cirugía Bucal. Editorial Interamericana S.A.

FRANTISEK BURIAN (1968): The plastic Surgery atlas. The Macmillan Company, New York.

McGREGOR, A. (1975): Fundamental Techniques of Plastic Surgery and their Surgical Applications. Edinburgh London and New York. Churchill Livingstone.

MASSON (1976): Transactions of the Sixth international Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Editor Daniel Marchac, M.D.

Fray Luis Amigó, 8. Planta O. Letra B
ZARAGOZA-6
(España)