

CARCINOMAS FACIALES MÚLTIPLES DE ALTA AGRESIVIDAD, MANEJO Y TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA

Fernando Bulla ¹, Michel Faizal ²

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente masculino octogenario, quien presenta dos lesiones tumorales destructivas de 10 años de evolución, una localizada en la región nasal-malar que corresponde a un carcinoma escamocelular y una segunda lesión labial superior compatible con carcinoma basocelular.

Se realizó tratamiento oncológico utilizando la técnica micrográfica controlada. Para la reconstrucción fisiológica-funcional de los defectos, se realizó colgajo indiano y de rotación nasolabial.

Palabras claves: colgajo indiano, colgajo de rotación nasolabial, cirugía micrográfica.

SUMMARY

We show here the case of a octogenarian male patient, who developed, in the last 10 years, two tumoral and destructive lesions. One of them localized, in the nasal-malar region, related to squamous cell carcinoma and a second lesion in the upper lip was compatible with basal cell carcinoma.

We performed oncology treatment using controlled micrographic technique. For physiological and functional reconstruction we used an indian flap and nasolabial rotation flap.

Key words: indian flap, nasolabial rotation flap, micrographic surgery.

Las neoplasias epiteliales cutáneas representan buena parte del cáncer humano y, aún más, por encima de la cuarta y quinta década de la vida. El carcinoma basocelular y el escamocelular son las neoplasias más frecuentes dentro del grupo de los tumores de piel (4). El diagnóstico es sencillo y de concepción unánime basado en los hallazgos histológicos; sin embargo, las opciones terapéuticas son variadas dependiendo de la condi-

ción clínica de cada paciente y de la experiencia en cada una de ellas por parte del médico tratante. Las alternativas terapéuticas generalmente usadas son la cirugía convencional, la cirugía controlada micrográficamente, la radioterapia, la crioterapia, la electrocirugía-curetaje y los interferones, entre otras. No obstante, los mejores resultados curativos se obtienen con los métodos quirúrgicos (1,2,4).

¹ Residente de tercer año dermatología, Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

² Profesor asistente, Dermatología clínica y cirugía dermatológica, Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Juan de Dios, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Fernando Bulla Alcalá, calle 126 No. 12 91 apto. 1006, teléfono 6209368 Santa Fe de Bogotá, Colombia.

HISTORIA CLINICA

Se trata de un hombre de 83 años de edad, natural de Tibiritá, Cundinamarca, quien presenta lesiones tumorales desde 10 años, una localizada en la región malar a la nasal izquierda de 3 x 2 cm de diámetro, ulcerada y necrótica. Evidencia, además, una segunda lesión tumoral, nodular y ulcerada de 3 x 3 cm de diámetro en el hemilabio superior izquierdo. Se observan, además, múltiples queratosis actínicas distribuidas en todo el rostro y extenso daño solar crónico (figura 1).

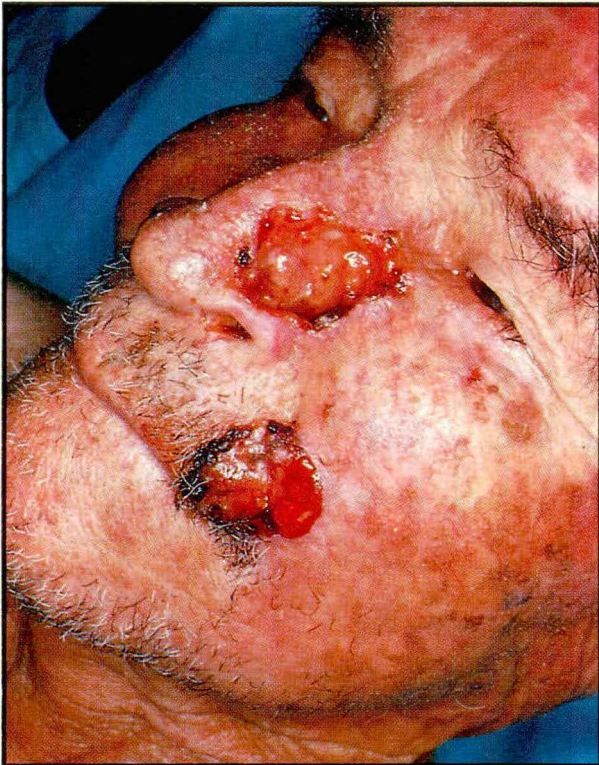


Figura 1: Carcinoma escamocelular nasal y carcinoma basocelular labial.

No se encontraron adenopatías y el resto del examen físico y los exámenes paraclínicos fueron normales. El estudio histopatológico de la lesión nasal fue conclusivo de carcinoma escamocelular de la célula grande, queratizante, infiltrante y la lesión labial fue compatible con carcinoma basocelular de patrón nodular. Con este diagnóstico y dada la localización de las lesiones, se procedió a realizar cirugía micrográfica controlada de ambas lesiones que requirió de un primer tiempo para la lesión labial superior y de un segundo tiempo para la lesión nasal.

CIRUGIA ONCOLOGICA Y TECNICAS DE RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA

A continuación mostramos las posibles técnicas para la reconstrucción quirúrgica del defecto del labio superior izquierdo dado por el margen oncológico en la cirugía micrográfica controlada. Con el defecto creado, las alternativas incluyen las siguientes.

El colgajo por rotación que se podría obtener de la región malar, brindaría un excelente aporte vascular al pedículo; sin embargo, involucraría una gran movilización de tejido y mayor pérdida de sangre (figura 2a).

El colgajo de transposición de piel de la región mentoniana representa otra alternativa dada la gran laxitud de los tejidos y la buena cicatrización en estos pacientes; no obstante, dado el tamaño del defecto que se debe cubrir, podría no ser el mejor en términos de aporte vascular. En estos colgajos el pedículo es resecado en un segundo tiempo a las tres semanas (figura 2b).

Otra alternativa está constituida por los colgajos de pedículo subcutáneo; en este caso, obtenido de piel y tejido celular subcutáneo de la región supralabial y en dirección de derecha a izquierda, pero con la posible retracción residual del labio superior y un aporte vascular precario dado el tamaño del defecto (figura 2c).

El colgajo de pedículo subcutáneo obtenido de la piel de la región de la mejilla izquierda para cubrir el defecto nasogeniano brinda un adecuado aporte vascular y un resultado funcional y cosmético bastante aceptable, dadas las líneas de relajación en esta área (figura 2d).

El colgajo de transposición cervicofacial es bastante útil para cubrir grandes defectos en cara, sobre todo en pacientes ancianos en quienes la gran laxitud de los tejidos permitiría desplazar una superficie bastante extensa de piel y una reparación cosmética del área donadora.

El colgajo por rotación de la región de la mejilla izquierda brinda un aporte vascular y una relativa fácil reparación del defecto con muy buenos resultados cosméticos (figura 2f).



Figura 2 a: Colgajo de rotación malar.

Figura 2 b: Colgajo de transposición mentoniano.

Figura 2 c: Colgajo de pedículo subcutáneo labial.

Figura 2 d: Colgajo de pedículo subcutáneo malar.

Figura 2 e: Colgajo de pedículo subcutáneo facial.

Figura 2 f: Colgajo de rotación del área pericomisural.

Otra es la marcación definitiva de la piel del colgajo a rotar, permitiendo una mayor facilidad en el cubrimiento del defecto y aprovechando aún más las líneas de relajación en esta área (figura 2g).

Previa asepsia y antisepsia del área quirúrgica y con el uso de una técnica mixta de anestesia local (bloqueo infraorbitario, infraglabelar y mentoniano ipsilateral lesional), se realiza la extirpación tumoral guardando el margen lateral de seguridad de 6 mm y profundidad hasta el periostio e incisión de resección de los cartílagos nasales. Los márgenes oncológicos fueron controlados micrográficamente y requirieron dos tiempos.

La resección oncológica de la lesión tumoral del labio superior se realizó con margen oncológico lateral inicial de 5 mm, controlada micrográficamente y tomando como plano profundo la grasa subcutánea. La configuración del colgajo por rotación de la región de la mejilla izquierda, se hizo con previa demarcación del área a rotar. Se realiza por una incisión superficial siguiendo los bordes demarcados hasta la dermis profunda; posteriormente, se profundiza la incisión hasta la grasa subcutánea incluyéndola y se procede a buscar el plano adecuado y equivalente al defecto creado en la resección oncológica (figura 3). Preparado el colgajo y el plano profundo requerido para cubrir el defecto, se procede a la medición en longitud del colgajo y se establece el punto ideal para colocar el reparo subcutáneo inicial en el defecto creado. Se realiza una minuciosa hemostasia de los vasos sangrantes y

se procede a reparar por planos con sutura absorbible 4-0, colocando un primer punto en la parte superior del defecto y, posteriormente, el resto de puntos subcutáneos necesarios para afrontar el colgajo rotado y disminuir la tensión en los puntos superficiales. Finalmente, se colocan puntos cutáneos separados con sutura no absorbible 4-0 (figura 4).

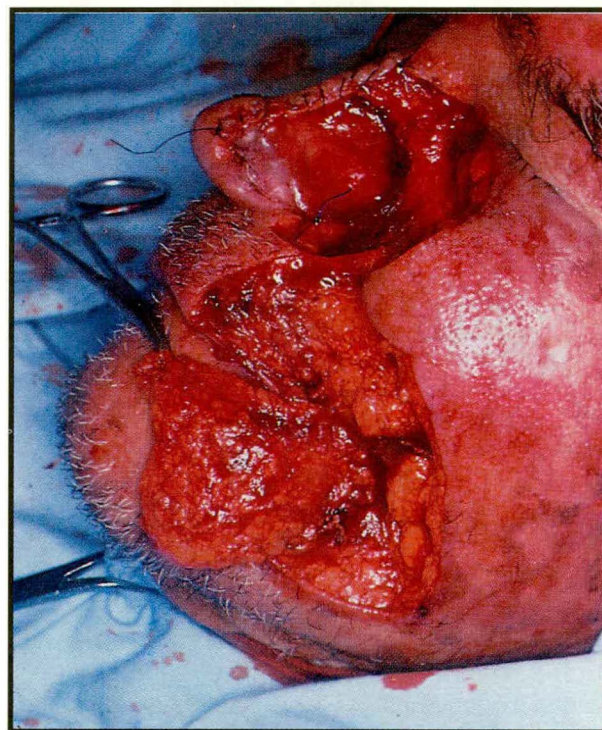


Figura 3: Defecto quirúrgico primario post-resección oncológica de tumores nasal, malar y labial. Incisión del colgajo de rotación labial.

Aprovechando la anestesia, se realiza quimioterapia con ATA al 35% como tratamiento para sus múltiples queratosis actínicas faciales.

Como complicación, se presentó sangrado nasal posterior que requirió taponamiento posterior con sonda Foley, que cedió a las 24 horas sin otra complicación. El postoperatorio se manejó con antibióticos sistémicos, pentoxifilina y analgésicos.

Seis semanas después, se observó una disminución importante del defecto nasal y el colgajo del labio superior completamente cicatrizado.



Figura 4: Reconstrucción del defecto labial.

Se procedió a la reconstrucción del defecto nasal que comprometía la región malar y el ala nasal izquierda. Dado su gran tamaño y compromiso del ala nasal, utilizamos una técnica mixta que implicó la utilización de un colgajo frontonasal (colgajo indiano) e injerto de cartilago del área auricular izquierda (figura 5).

Previo asepsia y antisepsia del área quirúrgica y utilizando bloqueos infraorbitario, infra y supraglabelares, así como infiltración local del área quirúrgica, se procedió a la medición de la piel necesaria de la región



Figura 5: Diseño del colgajo frontonasal (indiano) y pliegue nasogeniano-nasolabial.

frontal para cubrir el defecto equivalente al dorso y al ala nasal. Una vez demarcada el área frontal, se incidió inicialmente hasta la dermis profunda; posteriormente, se profundizó tomando como plano profundo la galea y se realizó hemostasia de los vasos sangrantes. Una vez diseccionado el colgajo, se procedió a la medición de éste con respecto al defecto que se iba a cubrir. Para la reconstrucción de estos defectos con colgajos de esta índole y para la reconstrucción del área nasal, es necesaria la utilización de piel que esté en contacto con la grasa subcutánea, sirviendo así como base anatómica del colgajo y evitando, además, la necrosis del tejido celular subcutáneo; por tanto, se procedió a realizar un injerto de espesor total de piel de la región supraclavicular, el cual se integró en el defecto nasal con su cara dérmica hacia arriba y que se pondría en contacto con la grasa subcutánea del colgajo frontal, evitando así la necrosis grasa. Para evitar el colapso del ala nasal, se requirió el uso de un injerto obtenido del trago y que fue fijado en el espesor del injerto cutáneo supraclavicular y la superficie subcutánea del colgajo frontal evitándose así su posterior colapso y, de esta forma, reconstruyendo el ala nasal (figura 6). Se procedió a colocar los primeros puntos subcutáneos de reparo en el área a reparar con el colgajo frontal; se colocaron puntos subcutáneos separa-



Figura 6 : Injerto cutáneo de piel total que recibe el colgajo frontal. Cartilago inmerso sobre el injerto.



Figura 7: Transposición de colgajo frontal. Pedículo glabellar seccionable en tres semanas.

dos con sutura absorbible 4-0 con el fin de disminuir la tensión de la epidermis y, finalmente, se cerró con puntos no absorbibles 5-0. El defecto frontal se cerró con puntos de espesor total.

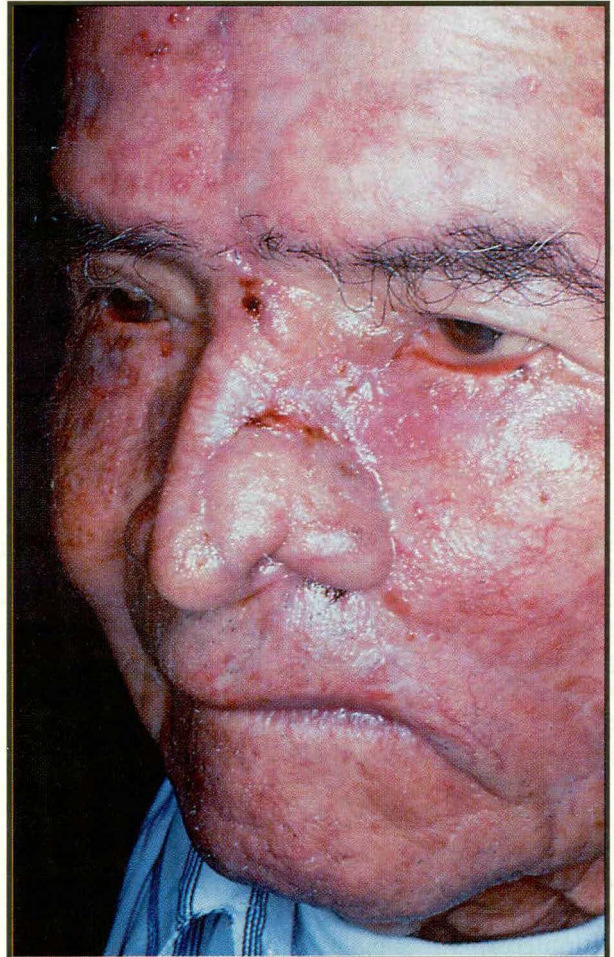


Figura 8: Reconstrucción del defecto nasal y labial. Estado una semana postsección pedículo glabellar.

Se observa el pedículo glabellar y la reconstrucción de la región malar y del ala nasal izquierda; tres semanas después se procedió a la resección del pedículo glabellar (figura 7).

El resultado final de la reconstrucción del defecto nasal y labial una semana posterior a la sección del pedículo glabellar evidencia un aceptable resultado cosmético y una excelente funcionalidad (figura 8).

DISCUSION

La expresión de los carcinomas escamocelular y basocelular está soportada por las características clínicas de morfología, localización y evolución; sin embargo, es frecuente la dificultad diagnóstica por la simple inspección, requiriéndose así una prueba diagnóstica irrefutable como lo es la histopatología.

La decisión terapéutica está basada en el tamaño del tumor, la localización, la recurrencia-persistencia de la lesión, la presencia de metástasis, las condiciones clínicas del paciente, la experiencia del médico tratante y el soporte estadístico en resultados de curación (4). Estas variables deben ser consideradas y analizadas en grupo para así encontrar la mejor opción terapéutica en términos de curación y, en algunos casos, su equivalente paliativo, ofreciendo así una mejor calidad de vida a cada paciente.

La evaluación integral del paciente que es objeto de nuestra discusión puso de manifiesto la duda clínica diagnóstica en donde los hallazgos sugerían ya sea bien un carcinoma escamocelular o basocelular; el tiempo de evolución y la ausencia de metástasis hacían declinar la sospecha de carcinoma escamocelular pero la disyuntiva oprimía la duda en el análisis de su morfología. Objetivamos el diagnóstico en una prueba irrefutable e incontrovertible, la patología; la cual concluyó el diagnóstico de carcinoma escamocelular para la lesión nasal y carcinoma basocelular para el tumor labial.

La decisión terapéutica fue contemplada en el análisis de las múltiples variables. La cirugía controlada micrográficamente en la evaluación intraoperatoria de los márgenes quirúrgicos no fue objeto de discusión en la resección oncológica.

Las posibilidades de reconstrucción para el defecto creado en la resección del tumor labial discurría en colgajos de rotación, transposición y avance pedículo subcutáneo; no se contempló el cierre primario por no ser viable; ni injertos ni cicatrización

por segunda intención al no ofrecer buen resultado funcional en los defectos del labio (1,2,4).

Se decidió la reparación utilizando un colgajo de rotación, cuyo punto de pivote está centrado paralelamente al pliegue nasolabial, bordeando la comisura labial.

Las neoplasias epiteliales de localización en el ala nasal frecuentemente comprometen el soporte fibroelástico cartilaginoso, imponiendo su resección en procura del control oncológico curativo; a su vez, las posibilidades reconstructivas varían desde injertos condrocútaneos, colgajos nasogenianos o colgajos frontonasales indianos. La decisión se inclinó en la última posibilidad; este tipo de colgajos de invención árabe, ha sufrido pequeñas variaciones contemporáneas y está fundamentado en la transposición de un segmento musculocútaneo, rectangular, mediofrontal que se desplaza para reconstruir defectos quirúrgicos nasales, malares, palpebrales y supraorbitarios, el cual es seccionado tres a cuatro semanas después; condicionado por la viabilidad de la integración al lecho receptor.

En la reconstrucción de grandes defectos nasales que impliquen la sección del ala nasal, debe considerarse la reposición del soporte fibroelástico, el cual puede reemplazarse utilizando cartílago auricular. Este sustento es importante en la prevención del colapso nasal durante los movimientos ventilatorios diurnos y nocturnos. Ejemplificamos en este caso las dificultades terapéuticas en la reconstrucción de defectos faciales secundarios a la destrucción producida por neoplasias epiteliales concurrendo en este caso las dos más frecuentes, carcinoma basocelular y escamocelular.

REFERENCIAS

1. **Emmett AJ, Rourke MGE, eds.** Malignant skin tumors. Boston: Churchill Livingstone; 1991.
2. **Epstein E.** Skin surgery. Philadelphia: WB Saunders; 1991.
3. **Miller JS.** Biology of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol, 1991;24:1-13.
4. **Faizal M.** Cáncer de la piel. Actas, XII curso anual. Departamento de Medicina Interna. Universidad Nacional de Colombia.