COMUNICACION

COLGAJOS OSTEOMIOCUTANEOS
NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIONES POR PATOLOGIA NEOPLASICA DE CABEZA Y CUELLO

Dres. Arturo Cabral Ayarragaray *, MAAC FACS, Frutos E. Ortiz ** MAAC FACS, Carlos Pereyra ***, Raúl Ésbirrat **** MAAC y Juan J. Moirano ***** MAAC

DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA A Y B, HOSPITAL SAN MARTIN, LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Se presenta la experiencia adquirida con 78 colgajos miocutáneos efectuados para reparar los tejidos, luego de resecciones oncológicas de cabeza y cuello, en 73 pacientes.

Se efectuó el análisis de los casos: 62 eran del sexo masculino. La edad del total de los pacientes oscilaba entre 37 y 75 años. La localización tumoral más frecuente fue en 27 casos en la cavidad oral, siguiendo 13 casos en la laringe. De los 73 pacientes tratados, el 15,06 % (11 casos), tuvieron más de 30 meses de sobrevida.

Se analizan las indicaciones de las distintas técnicas de acuerdo a la experiencia relatada y se expresan las conclusiones al respecto.

SUMMARY

Seventy-eight repairs with myocutaneous flaps after oncological resections in head and neck surgery are reported.

The cases were analyzed according to sex, there were 62 males. The 73 patients ranged between 37 and 75 years of age. The most frequent tumoral cases site was 27 in the oral cavity, and 15 in the larynx. Of the 73 patients treated, 15,06 % (11 cases) survived more than 30 months.

Indications and different techniques employed according to the experience of the authors, are also analyzed.

Palabras clave: colgajos quirúrgicos - cabeza y cuello - cáncer


Los colgajos miocutáneos fueron utilizados y descritos por primera vez por Tansini cit.2 en 1896 utilizando el músculo dorsal ancho en la reconstrucción de la pared torácica. D’Este cit. 2 en 1912 y Hutchins cit. 2 en 1939 publicaron reconstrucciones similares para reparaciones mamarias. En 1947 Pickrell, Baker y Collins cit. 2 describen el uso del colgajo con músculo pectoral también para operaciones de mama. En 1980 se comunicó la utilización de colgajos cutáneomusculares de recto interno para reparaciones de vulva 5.

Recién a partir de las publicaciones de Demergasso 4 sobre el colgajo miocutáneo trapezial en 1977 y de Ariyan 2 sobre el colgajo homónimo del pectoral mayor en 1979, se comenzó la investigación clínica y una nueva metodología de reconstrucción...
trucción en las resecciones oncológicas por tumores de cabeza y cuello.

El colgajo pectoral, luego de las primeras experiencias comunicadas por Ariyan mostró gran aplicabilidad a múltiples circunstancias reconstructivas. En 1982 Weaver y otros descubrieron su modalidad de utilización bilobular o gemínis, que permite excelente adaptación a reconstrucciones cutáneomucosas. Esta modificación descripta para el pectoral, se adapta también al trapezial y se erige en una variante más de suma utilidad en el manejo de los colgajos. Poco después, visto los excelentes resultados obtenidos, comenzaron con la inclusión de segmentos óseos en los referidos colgajos, para reparar las resecciones parciales de la mandíbula. Así fue como se describió y realizó la inclusión de la espina del omóplato en el colgajo cutáneo-trapezial y de su segmento costal en el pectoral, transformándolos en osteomiocutáneos. Acorde con sus primeras publicaciones, comenzaron a aparecer en la literatura series con importante experiencia.

Entusiasmados por las bondades del método, comenzamos nosotros también a utilizarlo como elemento reparador en el mismo acto operatorio, de resecciones amplias y variadas en tumores de cabeza y cuello, con un mínimo de tiempo de cicatrización y un muy aceptable resultado funcional y estético.

El objetivo de esta presentación es exponer nuestra experiencia analizando sus indicaciones, técnicas y resultados.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Desde el 1° de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre de 1985, fueron realizados 78 colgajos microcutáneos en un total de 73 pacientes, en el Servicio donde actuamos.

La edad promedio fue de 54,4 años con una amplitud entre 37 y 75 años (cuadro 1). De los 73 pacientes correspondieron 62 al sexo masculino.

**CUADRO 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Edad en años</th>
<th>No de casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>30 a 39</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>40 a 49</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>50 a 59</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>60 a 69</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>70 a 79</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De los 78 colgajos 68 fueron con pectoral mayor, 9 con músculo trapecio y uno con el esternoclidomastoideo (cuadro 2).

**CUADRO 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Colgajo</th>
<th>No de casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pectoral mayor</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Simple</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Gémínis</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Con segmento óseo (costilla)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociado a ascenso gástrico</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociado a colgajo deltopectoral</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Trapezial</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociado a segmento óseo (acromión)</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Trapecio lateral</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Trapecio posterior</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Esternoclidomastoide</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>78</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Todos los pacientes fueron tratados por padecer de neoplasia avanzada de cabeza y cuello (69 carcinomas epidermoide, 3 carcinomas basocelulares y 1 adenocarcinoma).

Los estudios de los pacientes de acuerdo a la Unión Internacional Contra el Cáncer (U.I.C.C.) fueron: 3 casos en estadio III, 67 en estadio IV y 3 sin estadificar. Las localizaciones del tumor primario se detallan en el cuadro 3, sobresaliendo por su frecuencia las de la cavidad oral (27).

**CUADRO 3**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Localización del tumor primario</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cavidad oral</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Larínge</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Oefarínge</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Piel</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Labio</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Primitivo oculto</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hipofarínge</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Maxilar superior</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Parótida</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La operación combinada con resección del primario y vaciamiento ganglionar en continuidad fue la más frecuentemente realizada (52 casos), siguiéndole el vaciamiento radical del cuello ampliado a la piel en 16.
Los colgajos fueron utilizados con su piel reemplazando la mucosa del tracto aerodigestivo en 40 oportunidades, a la piel de la cara o cuello en 29 y a ambas en 9.

Se aplicó radioterapia preoperatoria en 28 pacientes, postoperatoria en 20 y se utilizó quimioterapia en 9. En ningún caso se usó iso-xuprina ni otro medicamento para influenciar la vitalidad del colgajo.

RESULTADOS

De los 68 colgajos pectorales 49 evolucionaron sin complicaciones; 6 presentaron fistula, 11 dehiscencias parciales, 1 necrosis total y 1 estrechez esofágica secundaria.

De los 9 colgajos trapeciales, 5 no tuvieron complicaciones y en 4 se presentó una dehiscencia total.

De los 73 pacientes, fallecieron 14 en el postoperatorio inmediato, 4 por otras patologías antes de los 6 meses, 1 a los 3 años; 11 (15,06%) superpusieron los 30 meses de sobrevida (7 libres de enfermedad y 2 llevan 55 meses desde la operación).

DISCUSIÓN

La incorporación de los colgajos miocutáneos en la cirugía reparadora de cabeza y cuello, ha permitido efectuar resecciones de tumores que previamente por la imposibilidad de la reconstrucción o el prolongado tiempo que ello implicaba, con frecuencia se los consideraba inoperables; a la vez, simplificó y abrevió la reparación de todas las resecciones, con resultados funcionales y estéticos altamente satisfactorios. Por lo mismo, se ampliaron las indicaciones resecivas, aún en aquellos casos donde la extensión de la lesión sólo permite una conducta con criterio paliativo.

Muchos de nuestros pacientes fueron irradiados en el postoperatorio sin que hayan aparecido complicaciones con el colgajo. Los segmentos óseos de los colgajos osteomio-cutáneos también toleraron sin inconvenientes dosis altas de radiaciones.

Consideramos como la mayoría de los autores citados, que el tallado del colgajo cutáneo debe ser efectuado una vez terminada la etapa reseciva, con control histológico de los bordes, para dimensionarlo adecuadamente.

De los 78 casos presentados, sólo en 4 fue necesario reparar el hecho dador con un injerto libre. En la casi totalidad de los casos se solucionó la pérdida de sustancia, por deslizamiento de los bordes.

En nuestra experiencia los mejores resultados de colgajos osteomio-cutáneos, los obtuvimos con el trapecial. Creemos que el colgajo pectoral con costilla tiene un pedículo con irrigación insuficiente para la viabilidad ósea.

En general hemos dado preferencia al colgajo pectoral, salvo en lo apuntado precedentemente, en función de que su ejecución es más sencilla por no exigir cambio de posición del enfermo, ni conservación del pedículo vascular en las inmediaciones de la zona de vaciamento cervical.

Tenemos la impresión que el colgajo cutáneo trapecial se ha mostrado más fino y adecuado para las reconstrucciones totales de faringe, así como en aquellas circunstancias en que debíamos realizar reconstrucciones muy altas (paladar), donde el colgajo pectoral no llega fácilmente.

Si bien en los resultados, exhibimos un porcentaje de fracasos mucho más elevado para el colgajo trapecial que para el pectoral, debe considerarse que el primero lo hemos reservado para los casos más difíciles y asociados a reparaciones óseas y que estamos menos familiarizados con su técnica.

CONCLUSIONES

Los colgajos miocutáneos en su versión pectoral o trapecial constituyen invaluables procedimientos en la cirugía reparadora de cabeza y cuello.

Su aplicación permite la reconstrucción en una sola etapa; amplía las indicaciones resecivas, curativas y paliativas; permite la irradiación postoperatoria y brinda aceptables resultados funcionales y estéticos.

El colgajo osteomio-cutáneo trapecial, constituye para nosotros el procedimiento de elección para reconstrucción inmediata del sector mandibular anterior, en resecciones oncológicas.

El colgajo pectoral, por lo sencillo y rápido de su tratamiento es el procedimiento reconstructivo de elección en las pérdidas de sustancia cutánea mucosa de cabeza y cuello hasta el nivel del arco cigomático.
BIBLIOGRAFÍA


DISCUSIÓN

Dr. Osvaldo González Aguilar * MAAC: Coincido con lo expresado; nuestra experiencia es bastante parecida; estamos utilizando desde hace 6 años en el Hospital Municipal de Oncología, 3 tipos de colgajos miocutáneos del pectoral mayor, del trapézio lateral y del trapézio posterior; no tenemos experiencia con el del esternocleidomastoideo, que si mal no recuerdo, el Dr. Moirano señaló sólo un caso. Con esas 3 variedades de colgajos que prácticamente revolucionaron la cirugía reconstructiva, estamos resolviendo la mayoría de los problemas de la especialidad. Habremos realizado en este último período alrededor de 100 colgajos miocutáneos, siendo el más frecuente el del pectoral mayor por su fácil confección y manejo quirúrgico, siguiendo el del trapézio lateral que tiene 3 indicaciones muy precisas: la reconstrucción circunferencial de la faringe, del paladar blando, y fundamentalmente aquellos con hueso en los que resulta insustituible; el trapézio posterior lo estamos utilizando a menudo para resolver algunos casos en los que se han usado otros anteriormente (proyección).

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. Juan J. Moirano MAAC: Coincidiemos con el Dr. González Aguilar prácticamente en todas las consideraciones. Expresamos en nuestro trabajo que la indicación de este colgajo traepical nos ha parecido fundamental en las reparaciones óseas y en las ubicadas a nivel o por encima del arco cigomático. Coincidiemos plenamente en que las reparaciones circunferenciales de faringe se realizan mucho mejor con este tipo de colgajo.

A PROPOSITO DEL ACTA **

Dr. Jorge A. Decoud * MAAC: En el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Sanatorio Gümnes - Hospital Privado a cargo del Dr. David Simkin, se han utilizado con preferencia los colgajos miocutáneos del pectoral mayor y del trapézio lateral. Sin embargo son de primera elección los del pectoral mayor por considerarlos más sencillos, rápidos y de menos morbabilidad. Con ellos se resuelve satisfactoriamente el aspecto estético mientras que para el problema funcional de la mandíbula se recurre en primera instancia a prótesis en plano inclinado que evita la desviación de la misma.

* Miembro Asociado Titular.
** Leído en la Sesión del 18 de junio de 1986.