

Colgajo temporal como alternativa reconstructiva en un carcinoma epidermoide cutáneo de la región parotídea

Temporal flap as a reconstructive alternative for cutaneous squamous cell carcinoma of the parotid region

Rafael Michel Coca Granado, Yuniesky Jiménez Rodríguez

Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara.

RESUMEN

El carcinoma epidermoide de piel posee una elevada incidencia en países pertenecientes al cinturón ecuatorial o con climas muy secos y soleados. Se relaciona con la exposición prolongada a las radiaciones ultravioletas, enfermedades como el Xeroderma Pigmentoso, dermatosis de larga evolución, infecciones e inmunosupresiones. Aparece con mucha frecuencia en la piel del territorio de cabeza y cuello, lo cual complejiza las posibilidades reconstructivas en muchos pacientes. Se presenta el caso de un paciente masculino de 66 años con diagnóstico de carcinoma epidermoide cutáneo en la región parotídea. Se efectuó una parotidectomía subtotal extendida a piel y se utilizó un colgajo miofascial temporal ipsilateral para la reconstrucción del defecto creado. El paciente se ha mantenido en seguimiento clínico por tres años y medio, no ha presentado recaídas, se encuentra controlado de su enfermedad y mantiene una buena apariencia estética. Esto refuerza la gran versatilidad de este colgajo dentro del arsenal reconstructivo.

Palabras clave: carcinoma cutáneo; parótida; colgajo temporal.

ABSTRACT

Epidermoid carcinoma of the skin has a high incidence in very dry and sunny countries or those belonging to the equatorial belt. It is related to lengthened

exposure to ultraviolet radiation, diseases such as pigmentous xeroderma, long evolution dermatosis, infections and immunosuppression. It appears frequently to the skin of the head and neck areas, which complicates reconstructive possibilities in many patients. The case of a 66-year-old male patient is presented, with a diagnosis of cutaneous squamous cell carcinoma in the parotid region. An extended subtotal parotidectomy was performed to the skin and ipsilateral temporal myofascial flap was used for reconstruction of the occurring defect. The patient has remained in clinical follow-up for three years and a half, he has not presented relapses, his disease is under control and he maintain good aesthetic appearance. This reinforces the versatility of this flap within the reconstructive spectrum.

Key words: skin cancer; parotid; temporal flap.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide, espinocelular o escamoso es un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos. Es el segundo tumor maligno más frecuente en dermatología y dermatopatología, con predominio de 2,1: 1 en la relación hombre: mujer. Solo en Estados Unidos, alrededor de 1 millón de personas desarrollan cada año un cáncer de piel no melanoma; y de estos, un 20 % son carcinomas epidermoides.^{1,2}

En Cuba, la incidencia del carcinoma epidermoide cutáneo primario es de 51,9 (hombres) y 42,1 (mujeres) por cada 100 000 habitantes.³

En relación con su etiología, varios factores poseen importancia relevante; dentro de estos:

- la exposición solar ocupacional o recreativa con efectos acumulativos que provoca mutaciones del gen supresor tumoral p53 en el 90 % de los pacientes,
- pigmentación clara de la piel,
- antecedentes familiares,
- enfermedades generales como el xeroderma pigmentoso y síndrome de Gorlin-Goltz,
- exposición al arsénico,
- radiaciones ionizantes,
- calor mantenido aplicado localmente,
- cicatrices de cualquier origen,
- dermatosis de larga evolución,

- antiguas marcas de vacunación,
- infecciones crónicas por virus del papiloma humano (VPH),
- la inmunosupresión inducida por fármacos y en pacientes con SIDA.⁴

Cuando el carcinoma cutáneo se desarrolla en el territorio de cabeza y cuello, lo hace más frecuentemente sobre la piel de las regiones geniana, malar, nasal, frontal, preauricular y cervical, conformando zonas de alto y medio riesgo.⁵

La cirugía es una de las vías terapéuticas más eficaces para lograr el control de esta enfermedad, siendo la reconstrucción tras la resección frecuente y necesaria.⁶

El colgajo miofascial del músculo temporal ha sido una de las formas de reconstrucción empleadas con este fin. Fue descrito por primera vez por Golovine en 1898 para la reconstrucción tras exanteriorización orbitaria como colgajo pediculado de relleno para el espacio muerto. Bakamjian y Souther, en 1975, también describieron su utilidad en la reparación de defectos órbito-maxilares y Brockbank en 1981 para la reconstrucción del suelo de boca. Otros autores como Koranda, Shagets, Huttenbrink y Colmenero han reportado su uso para el cierre de defectos en cavidad oral, faringe y otras partes del complejo buco-maxilofacial.⁷

PRESENTACION DE CASO

Se presenta un paciente masculino de 66 años, procedente del área rural, obrero agrícola, con antecedentes de exposición prolongada al sol durante toda su vida. Acudió a consulta de cirugía maxilofacial por presentar molestias en la piel de la región lateral de la cara debido a una "úlceración" que no sanaba y que presentaba una evolución de 5 meses aproximadamente. Al examen físico se observó una lesión con una forma clínica úlcero-infiltrante, de 5,7 cm de diámetro, consistencia duroleñosa, fija a piel y planos profundos, formando cuerpo con la parte más superficial de la glándula parótida. Se comprobó que no existía extensión clínica de la lesión al conducto auditivo externo, hueso mandibular, cigomático ni paresia o parálisis de ninguna de las ramas del VII par de ese lado. (Fig. 1)



Fig. 1. Apariencia clínica de la lesión epitelial en la región parotidea del paciente.
A: vista lateral derecha.
B: vista frontal.

Se indicaron estudios imaginológicos, hematológicos y se realizó una biopsia incisional para completar el diagnóstico y estadiamiento de la lesión. El estudio anatomopatológico informó como resultado un carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se clasificó según la VII edición del TNM, vigente en la actualidad, como un T2N0M0, etapa II.

Se llevó a consulta multidisciplinaria de cabeza y cuello donde se propuso la cirugía como tratamiento oncoespecífico de primera elección y radioterapia adyuvante en dependencia de factores pronósticos adversos.

Se realizó una parotidectomía subtotal extendida a piel y arco cigomático, dejándose un lecho quirúrgico cruento de 8 cm de extensión, provocado por dicha resección a demanda. Posteriormente en el mismo acto se efectuó una reconstrucción con un colgajo miofascial temporal ipsilateral, que llevó a cubrir todo el defecto creado por la exéresis. Se suturó a la piel adyacente y se dejó cicatrizar su superficie por segunda intención. (Fig. 2 y 3)



Fig. 2. Pre y transoperatorio. A: planificación de la incisión. B: vista del lecho quirúrgico antes de completar la paroidectomía subtotal extendida a piel (VII P: nervio facial; ECM: musculo estemodomaioideo; VPD: vientre posterior del digástrico; VR: vena retromandibular; LSP: lóbulo superficial de la parótida en la plaza quirúrgica.)

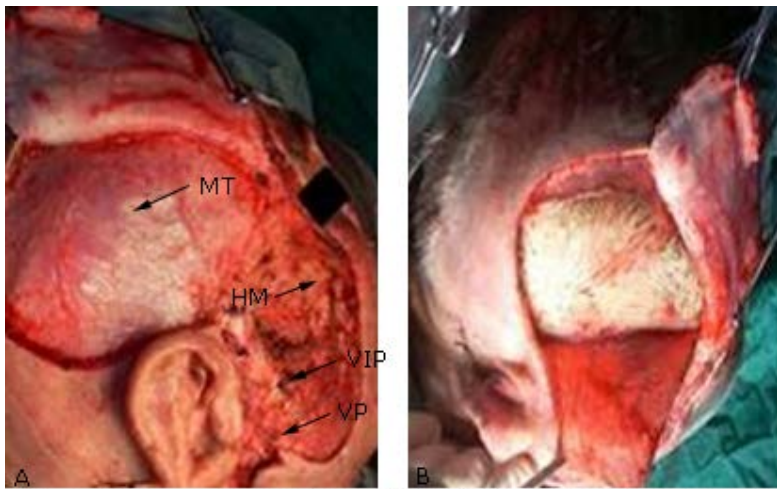


Fig. 3. Lecho quirúrgico posablación y disección del colgajo para la reconstitución. A: vista del defecto creado, disección del colgajo pericraneal y exposición del musculo temporal (MT: musculo temporal; HM: humo malar; VIP: nervio facial; VR: vena retromandibular). B: elevación del musculo de la fosa temporal.

Se consolidó el tratamiento con Radioterapia adyuvante antes de las 6 semanas debido a la presencia de factores pronósticos adversos de alto riesgo de recurrencia: localización en zona "M" o máscara facial, diámetro mayor a 10 mm, profundidad tumoral mayor a 2 mm e invasión perineural, vascular y linfática. (Fig. 4)



Fig. 4. Apariencia clínica luego de la reconstrucción con colgajo temporal. **A:** vista lateral derecha en el posoperatorio inmediato. **B:** vista lateral derecha a los tres años y medio de la cirugía.

El paciente ha recibido seguimiento en consulta por espacio de 3^{1/2} años sin presentarse ninguna recaída. En este momento se encuentra controlado y mantiene una buena apariencia estética.

DISCUSIÓN

El carcinoma cutáneo es uno de los cánceres más frecuentes actualmente, sobre todo en pacientes con pieles claras que viven en países localizados cerca o dentro de la faja ecuatorial; su asociación con la exposición a las radiaciones solares es un hecho ineludible. Sin lugar a dudas, en este paciente, este factor etiológico fue el causante de los daños estructurales y mutacionales que provocaron la neoplasia.

La prevención de esta enfermedad a través del uso de medios de protección como pantallas y filtros solares, ropas encubridoras, paraguas, sombreros y muy especialmente la educación de los pacientes en evitar la exposición prolongada al sol en horarios donde las radiaciones son más perpendiculares, juegan un papel importante en la disminución de su alta incidencia.

El tratamiento quirúrgico de este tipo de tumores es en general la resección amplia con márgenes libres de enfermedad. La elección de la técnica quirúrgica dependerá de las características histológicas del tumor, tamaño, profundidad y localización.

La asociación entre la exéresis de un tumor maligno de piel y una parotidectomía es un proceder quirúrgico no muy frecuente. La parotidectomía, es una técnica quirúrgica donde habitualmente se remueve parcial o totalmente la glándula parótida, glándula salival mayor localizada en el 1/3 medio lateral de la cara. Las indicaciones oncológicas más comunes para este procedimiento son la presencia de neoplasias benignas o malignas propias de la parótida, metástasis intraparenquimatosas o a los grupos linfonodulares parotídeos y por extensión o relación de contigüidad entre algunos tumores y dicha glándula como fue en este caso. Es una operación compleja debido a la anatomía regional y a la íntima relación que posee la parótida con el nervio facial, siendo la clave de la misma la preservación funcional de este nervio a través de una correcta identificación durante la cirugía.

La reconstrucción con el colgajo temporal es siempre una solución perfectamente viable y con una alta tasa de éxito. Su uso deriva de una buena elección y selección del paciente por parte del cirujano y de un tratamiento delicado a dicho colgajo, sobre todo cuando el músculo temporal se mueve desde su lecho como una unidad independiente, sin exceder nunca el punto o fulcrum de su pivote o rotación a nivel del espacio infratemporal en la inserción a la coronoides mandibular.

Gracias a su proximidad anatómica a la región mediofacial y a su fácil transferencia, este colgajo se convierte en una excelente elección para la reconstrucción tras la exéresis de tumores en estas regiones con muchas ventajas frente a otros actualmente utilizados. Este colgajo tiene diversas ventajas: es delgado, flexible, la fascia epiteliza en 3 semanas aproximadamente, es capaz de soportar injertos de piel y de nutrir injertos óseos.

La anatomía y técnica quirúrgica del colgajo miofascial del temporal ha sido bien documentada. El músculo se inserta en la línea temporal superior y fosa temporal y desciende en profundidad al arco cigomático hasta la apófisis coronoides y cara anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Tiene un tamaño sagital de 9-10 cm y se extiende 10-12 cm desde la apófisis coronoides a la cresta temporal superior. El grosor es de 0,5 cm en la línea temporal y de 1,5 cm en el arco cigomático. La irrigación proviene de las ramas temporales profundas de la arteria maxilar interna, que llegan en la profundidad del músculo, en contacto estrecho con el hueso de la fosa temporal. El despegamiento subperióstico del colgajo es esencial para evitar daño al pedículo vascular. Estos vasos se ramifican de tal forma que permite la disección del músculo coronalmente en un segmento anterior y otro posterior. También recibe una irrigación suplementaria de la arteria temporal superficial vía la arteria temporal media que penetra a través de la fascia temporal. Esta arteria no es necesaria para la supervivencia del colgajo.⁷

Generalmente, el abordaje para utilizar el músculo temporal como una unidad independiente se inicia con una incisión hemicoronal que incluye la piel, tejido celular subcutáneo, galea, fascia temporo-parietal, fascia innominada y las ramas temporal y frontal del nervio facial. La elevación del periostio se realiza en continuidad con el colgajo miofascial en toda la fosa temporal, manteniéndose en estrecho contacto con el hueso para preservar los vasos. La fascia temporal se libera de sus inserciones cigomáticas y se realiza un despegamiento subperióstico sobre el arco. Esto incrementa el arco de rotación del colgajo y disminuye la posibilidad de estrangulación del pedículo.⁸

Seccionando la apófisis coronoides el colgajo asciende como una isla, con lo que se incrementa el arco de rotación y la longitud del colgajo, frecuentemente necesarios para la reconstrucción intraoral. Si es necesario, el colgajo puede dividirse en una porción anterior y otra posterior, la anterior se usará para la reconstrucción y la posterior se colocará anteriormente para rellenar el defecto.⁹

El músculo puede ser pediculado solamente en las arterias temporales profundas después de su salida de la fosa temporal seccionando el arco cigomático y la apófisis coronoides; estas maniobras aumentan la morbilidad del colgajo, existiendo mayor peligro de necrosis; pero también aumentan el arco de rotación por lo que se puede utilizar en resecciones amplias o laterales.¹⁰

La gran versatilidad de este colgajo y su gran capacidad para epitelizar secundariamente hacen que sea óptimo, principalmente en pacientes donde para ofrecer una reconstrucción adecuada son necesarias varias reintervenciones, recorriéndose, por tanto un camino tórpido hacia la completa recuperación. Por todas estas razones, debe formar parte habitual del arsenal quirúrgico-reconstrutivo en los tumores cutáneos faciales.

Conflicto de intereses

El autor no declara conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S. Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *Am Acad Dermatol*. 2012 Apr; 66(4):589-97.
2. Karia PS, Han J, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Jun; 68(6):957-66.
3. Mercadillo Pérez P, Moreno López LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex*. 2013 Mar-Abr; 57(2): 118-27.
4. Ratushny V, Gober MD, Hick R, Ridky TW, Seykora JT. From keratinocyte to cancer: the pathogenesis and modeling of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Clin Invest*. 2012 Feb; 122(2):464-72.
5. Pérez-Paredes MG, González-Sixto B, Otero-Rivas MM, Rodríguez-Prieto MA. Reconstructive surgery of the medial zygomatic region of the cheek: presentation of 5 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2014 May; 105(4): 27-31.
6. Colletti G, Autelitano L, Tewfik K, Rabbiosi D, Biglioli F. Autonomized flaps in secondary head and neck reconstructions. *Act Otorhinolaryngol Ital*. 2012 Oct; 32(5): 329-35.
7. McLaughlin N, Cutler A, Martin NA. Technical nuances of temporal muscle dissection and reconstruction for the pterional keyhole craniotomy. *J Neurosurg*. 2013 Feb; 118(2): 309-14.
8. Collar RM, Zopf D, Brown D, Fung K, Kim J. The versatility of the temporoparietal fascia flap in head and neck reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012 Feb; 65(2): 141-8.

9. Nduka C, Hallam MJ, Labbe D. Refinements in smile reanimation: 10-year experience with the lengthening Temporalis Myoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Jul;65(7):851-6.

10. Yamauchi M, Yotsuyanagi T, Yamashita K, Ikeda K, Urushidate S, Mikami M. The reverse superficial temporal artery flap from the preauricular region, for the small facial defects. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Feb;65(2):149-55.

Recibido: 13 de noviembre de 2014.

Aprobado: 15 de diciembre de 2014.

Rafael Michel Coca Granado. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara

Correo electrónico: rafaelgc@hamc.vcl.sld.cu