

Reconstrucciones quirúrgicas en tumores cráneo-máximo-orbitarios

Luis Ferbeyre Binelfa^a, Tamara Correa Pablos^b y Jorge Luis Arteaga Gattorno^c

^a Instituto de Enfermedades de la Mama, México DF, ^b Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear, Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba, ^c Servicio ORL, Hospital Provincial Camilo Cienfuegos, Sancti Spiritus, Cuba.

Resumen

Introducción

Las reconstrucciones de defectos producidos por la cirugía ablativa y mutilante de tumores cráneo-máximo-orbitarios se realizan gracias a los avances e introducción de técnicas quirúrgicas de alto nivel de complejidad. En nuestro trabajo se ejemplifica este argumento con la ilustración de casos representativos de este tipo de cirugía con el objetivo de actualizar el tema y exponer nuestra experiencia.

Material y Método

Se seleccionan tres casos operados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y en el Hospital Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus durante el periodo comprendido entre 1996 y 2002. Se recolectan en una encuesta los datos generales e información clínica útil a partir de la historia clínica y se realiza un análisis de los resultados oncológicos, estéticos y funcionales.

Resultados y Discusión

El éxito de la reconstrucción se logró en los tres casos a pesar de que hubo necrosis parcial en uno de ellos lográndose el cierre definitivo por otros medios. El control oncológico fue de 8 años en 2 casos y 4 años en el caso restante. Un paciente falleció de metástasis pulmonares a los 4 años de control de su enfermedad.

Conclusiones y Recomendaciones

En general es factible este tipo de cirugía dada la ganancia en el plano oncológico, estético y funcional.

Introducción

Los tumores cráneo orbitarios representan un gran espectro de situaciones clínicas que de una forma muy heterogénea pueden presentarse en este territorio anatómico. La gran cantidad de estructuras óseas y de partes blandas así como la variedad de tejidos existentes propicia la aparición de lesiones de diferente naturaleza tanto neoplásicas como pseudotumorales cuyo manejo constituyen un reto para los profesionales comprometidos en el tratamiento de estos procesos patológicos.

La exéresis de grandes tumores malignos en la región cráneo orbitaria deja muchas veces secuelas estéticas y funcionales con las cuales el cirujano debe enfrentarse y solucionar con un diseño reconstructivo particular en cada caso.

Las reconstrucciones de estos defectos deben garantizar una protección a la duramadre, una independización de los senos perinasales de la cavidad craneal y una cicatrización rápida y segura que permita el uso oportuno de la radioterapia postoperatoria, la cual es parte integral del tratamiento combinado que meritan estos pacientes.

Nuestro trabajo hace una revisión del tema e ilustra con tres casos la experiencia adquirida en este campo de la cirugía oncológica de cabeza y cuello.

Material y Método

Una revisión de la literatura en los últimos 20 años nos permitió actualizarnos en el tema y aplicar estos conocimientos a nuestra experiencia. Se encuestan los expedientes clínicos de tres pacientes sometidos a cirugía cráneo orbitaria en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y en el Hospital Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus, entre los años 1996 y 2002.

Se recolectan las variables relacionadas con datos generales y clínicos de los casos. Se ilustran los resultados con imágenes del diseño quirúrgico.

Resultados y Discusión

Los datos generales de los pacientes se ilustran en la tabla 1. Resulta significativo como en cáncer de la piel en su fase más avanzada puede provocar lesiones severas en las estructuras óseas del cráneo e incluso extenderse ya sea a través de los agujeros naturales de la base del cráneo o provocando osteólisis, hacia el interior del mismo.

Pacientes	Edad	Sexo	Diagnóstico	Localización	Radiaciones	Supervivencia
1	64	m	Carcinoma Epidermoide	Párpado	Previa	4 años (fallecido)
2	58	m	Carcinoma basal	Párpado	No	8 años (vivo) sin actividad tumoral
3	43	m	Carcinoma basal	Ala nasal	Previa	8 años (vivo) sin actividad tumoral

Tabla 1. Pacientes, diagnósticos, resultados.

Los carcinomas basales y epidermoides son tumores en general poco metastizantes de crecimiento lento cuyo manejo precoz y adecuado resulta en más del 90% de los casos. El abandono de los pacientes, o la iatrogenia pueden influir en la aparición de lesiones avanzadas recurrentes donde hay participación de los huesos del cráneo y resulta necesaria una exéresis amplia con reconstrucción por diferentes métodos.

Los métodos reconstructivos dependen de las estructuras resecaadas y expuestas y en general se dividen en tres grandes grupos:

- Materiales biocompatibles (Hidroxiapatita, Poliuretano, Titanio, Acrílico etc.)
- Injertos Libres (fascia lata, fascia tóporoparietal, costilla, cresta ilíaca, etc.)
- Colgajos:
 - Locales (frontal, temporal, retroauricular etc)
 - Miocutáneos pediculados (músculo temporal, pectoral mayor, gran dorsal)
 - Microvascularizados (recto abdominal, gran dorsal, radial, escapular etc.)

Nuestro trabajo hace énfasis en estos últimos.

En la cirugía grande del territorio de cabeza y cuello hay que contemplar tres aspectos fundamentales:

Aspecto Técnico

El tumor debe ser técnicamente resecaable sacrificar estructuras vitales ni dejar secuelas incompatibles con una calidad de vida razonable en un paciente que técnicamente es operable y que soporte no solo la agresión quirúrgica sino también el status postoperatorio, propenso a complicaciones después de una intervención de tal envergadura. De ahí que existan contraindicaciones absolutas y relativas que se deben tener en cuenta a la hora de tomar la decisión de operar.

Aspecto Oncológico

Los márgenes de la cirugía deben ser seguros, de manera que se realice una exéresis de calidad y se garantice un intervalo libre de enfermedad y una supervivencia razonable teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico al que se expone el paciente. No vale la pena realizar este tipo de operaciones cuando con seguridad la resección de la lesión será incompleta o cuando las probabilidades de metástasis distantes son muy altas. Debe existir, sobre todo en casos recurrentes, un control histopatológico de los márgenes de resección tumoral durante el trans-operatorio para ofrecer una exéresis con calidad oncológica.

Aspecto Ético

El paciente debe conocer los aspectos que el mismo pueda asimilar con respecto a su enfermedad, y tratamiento propuesto, así como los riesgos de morbilidad, mortalidad y recurrencia, las secuelas estéticas y funcionales que quedarán después de la intervención y también las opciones de rehabilitación. Esta información ayudará a pacientes y familiares a cooperar con la toma correcta de decisiones en conjunto y evitar conflictos. Es requisito indispensable que todo paciente que se someta este tipo de cirugía esté informado y de acuerdo con la conducta a seguir.

Casos Clínicos

Primer caso

Paciente masculino de 64 años operado en múltiples ocasiones de carcinoma epidermoide del párpado inferior izquierdo y ángulo externo del ojo; la última vez con radioterapia postoperatoria, que acude con recurrencia importante que invade el globo ocular y el piso de la órbita. Se le realiza en enero del 1996 una maxilarectomía parcial de supraestructura con exenteración orbitaria izquierda presentando nueva recurrencia en noviembre de 1997 a nivel del techo de la órbita con una metástasis parotídea, donde la Tomografía axial mostraba ruptura de la lámina orbitaria del frontal.

En esta ocasión se le realiza una resección cráneo facial que incluía piel de la región fronto temporal y techo de la órbita con parotidectomía total conservadora. Se reconstruye el defecto con un colgajo local de la región frontal y un injerto libre de piel de cara anterior del muslo. La recuperación postoperatoria fue satisfactoria y el paciente fallece en septiembre del 2000 de metástasis pulmonares.

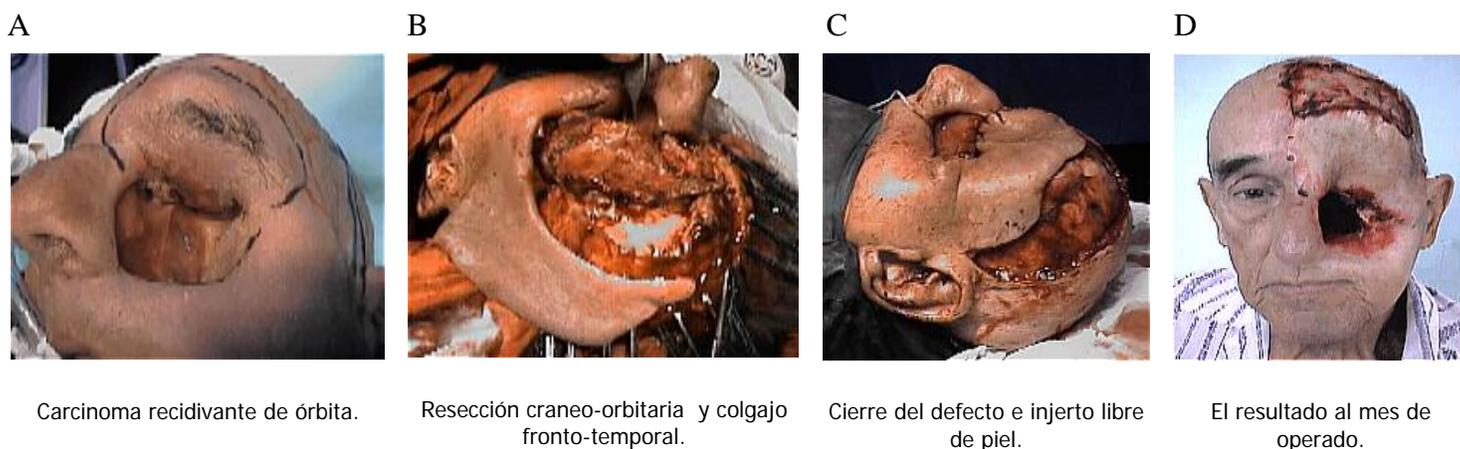


Figura 1.: Ilustración del primer caso

Segundo Caso

Paciente masculino de 57 años con antecedentes de epiteliomatosis múltiple que acude a nuestra consulta con un carcinoma basal recurrente de párpado bajo tratamiento con morfina a causa de los intensos dolores, según el TAC, con invasión importante de toda la órbita y erosión del piso y techo de la misma respetando el cono orbitario. En noviembre de 1998 se realizó maxilarectomía parcial de supraestructura con exenteración orbitaria extendida al techo, pared lateral y medial de la órbita con resección de la pared anterior del seno frontal. La duramadre expuesta se protegió con un colgajo pediculado del músculo temporal y el defecto de piel con un colgajo miocutáneo pediculado del gran dorsal. Durante la recuperación postoperatoria el colgajo dorsal sufrió necrosis parcial en su parte superior y medial resultando en una fístula del seno frontal la cual se cerró obliterando el seno con injerto libre granuloso de cresta iliaca y un colgajo frontal axial. Una pequeña área denudada se cerró con un injerto libre de piel de la misma región iliaca.

Después de 4 años de evolución el paciente esta vivo y controlado de su enfermedad.

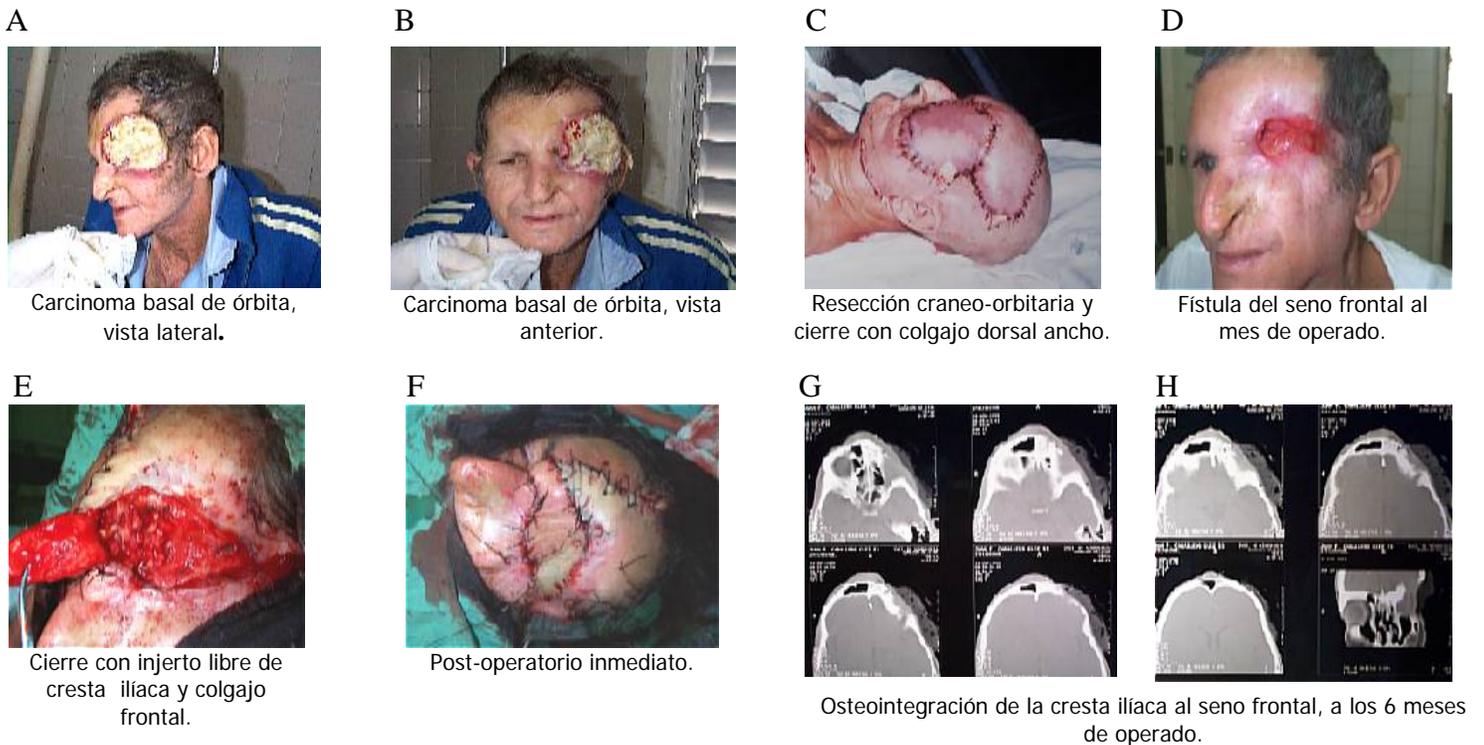


Figura 2.: Ilustración del segundo caso

Tercer Caso

Paciente masculino de 43 años multioperado por carcinoma basal de ala nasal sometido a múltiples reconstrucciones fracasadas, acude a nosotros con una lesión terebrante que destruía toda la mejilla izquierda, pirámide nasal casi totalmente, todo el labio superior y la comisura izquierda, párpado inferior, globo ocular y ángulo interno del ojo izquierdo. En la tomografía no se observó erosión ósea pero si una estrecha relación del tumor con los huesos propios y el hueso frontal en el reborde orbitario. El paciente fue sometido a una maxilarectomía subtotal extendida a piel con rinectomía total, con exenteración orbitaria y resección de la pared anterior del seno frontal y celdas etmoidales anteriores y medias izquierdas. En la operación si se comprobó invasión ósea de la pared anterior del maxilar y de la región fronto etmoidal izquierda. El defecto fue cerrado con un colgajo microvascularizado del músculo recto abdominal. Al mes de operado el paciente fue reintervenido para remodelación de la microstomía. Actualmente sin sonda de alimentación ni traqueostomía el paciente esta vivo y controlado después de siete años de operado.



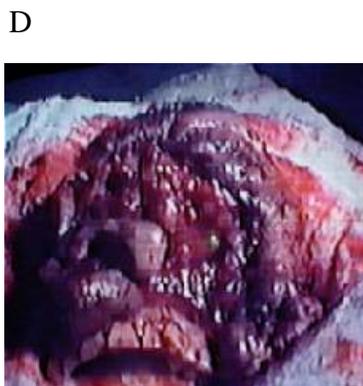
A
Carcinoma basal terebrante recurrente de ala nasal.



B
Diseño del colgajo microvascularizado del recto abdominal.



C
Defecto quirúrgico de rinomaxilarectomía con exenteración orbitaria y etmoidectomía anterior.



D
Pieza quirúrgica.



E
Resultado al mes del cierre con colgajo recto abdominal microvascularizado.



F
Figura 3.: Ilustración del tercer caso

Conclusiones

La cirugía reconstructiva de los defectos postquirúrgicos de la región cráneo-máxilo-orbitaria es un arma terapéutica imprescindible en el manejo de tumores avanzados del territorio. La reconstrucción permite una integración oportuna del paciente a su vida social y familiar, aumentando la calidad de vida y la supervivencia. El conocimiento y manejo de los colgajos locales, miocutáneos pediculados y microvascularizados permite un salto cualitativo en la atención médica al paciente oncológico garantizando una resección de calidad, un cierre rápido y oportuno, una radioterapia en tiempo y una calidad de vida comparativamente aceptable. La evaluación y tratamiento de estos casos debe realizarse por equipos multidisciplinarios de tratamiento.

Bibliografía

1. Ariyan S, Ross D, Sasaki CT. Reconstruction of the head and neck. *Surgical Clinics of North America* 1997, 6: 1-41.
2. VanBuren JM, Ommaya AK, Ketcham AS. Ten years experience with radical combined craneofacial resection of malignant tumors of the paranasal sinuses. *J Neurosurg* 1968, 28: 341.
3. Schramm VL, Myers EN, Maroon JL. Anterior skull base surgery for benign and malignant disease. *Laryngoscope* 1979, 89:1077.

Recibido el 9/12/2007. Aceptado el 2/01/2008

Correspondencia a:

Dr. Luis Ferbeyre Binelfa
Cirujano Oncólogo
Consultorio Medicina Especializada
Avenida División del Norte 421 6to piso
Colonia del Valle, México, DF 03100
luisferbeyre@yahoo.com.mx