

RECONSTRUCCIÓN DE PERINÉ Y GENITALES

PERINEUM AND GENITALIA RECONSTRUCTION

DR. KENNETH GULER G. (1)

(1) Fellow Cirugía Plástica Universidad de Miami. Profesor Asociado Cirugía. Universidad de Chile. Santiago, Chile

Email: kennethguler@gmail.com

RESUMEN

Los defectos perineales y genitales ocurren habitualmente luego de infecciones o resecciones extensas como consecuencia de patología oncológica. Esta zona está compuesta por estructuras especializadas, las cuales una vez comprometidas no pueden ser completamente restauradas. Los defectos pueden ser reconstruidos primariamente con colgajos locales o regionales para lograr el cierre de la herida y darle una buena apariencia. La reconstrucción debe realizarse cuando el paciente esté médicamente estable, luego de traumas o infecciones graves. En cambio, en el caso de tumores malignos, se puede hacer de forma inmediata si se extirpa la lesión con márgenes negativos. En este capítulo se presentan los colgajos más útiles para la reconstrucción de esta área tan particular.

Palabras clave: Reconstrucción de periné, vulva, reconstrucción vulvovaginal, colgajos locales para periné, herida perineal, reconstrucción de pene.

SUMMARY

Perineal defects usually occur after significant infection or extensive resection of malignancy. This area is comprised of specialized structures which once compromised cannot be completely restored. Tissue defects here can be reconstructed primarily with local and regional flaps to provide healing and improve appearance. Timing of reconstruction after severe infection or trauma is often delayed until the patient is medically stable. In contrast, malignant defects with free margins are best reconstructed at the time of ablation. This chapter presents the most useful reconstructive flaps for this special area.

Key words: Perineal reconstruction, vulva, vulvovaginal reconstruction, local flaps for perineum, perineal wound, penis reconstruction.

PRINCIPIOS ANATÓMICOS

El periné incluye los genitales, el cuerpo perineal y el ano. Este segmento está comprendido entre el aspecto inferior de la sínfisis del pubis hasta el coxis y hacia lateral por la cara medial de ambos muslos. Tiene forma de rombo el que a su vez se divide en un triángulo anterior o urogenital y en otro triángulo posterior o anal.

Las estructuras profundas perineales están irrigadas por la arteria pudenda interna y las estructuras superficiales por la pudenda externa. Las opciones reconstructivas dependerán de la profundidad (en algunos casos puede alcanzar el abdomen), de la extensión lateral y de la indemnidad de la red vascular para la confección de los colgajos. Es importante hacer notar que esta zona además de contener estructuras funcionales importantes tiene propiedades erógenas, dadas por las estructuras presentes, y que en caso de defectos importantes esa sensibilidad erógena se puede perder y su recuperación tiene malos resultados.

PRINCIPIOS RECONSTRUCTIVOS

Objetivos

El principal objetivo es lograr el cierre y la cicatrización del defecto con una cobertura duradera y estable en el tiempo. Es necesario conversar con el paciente acerca de la sensibilidad erógena, ya que los resultados de las distintas formas de reconstrucción son pobres en este aspecto.

El manejo de estos defectos depende de las co-morbilidades, de las terapias adyuvante (principalmente la radioterapia), de la progresión de la enfermedad en patología oncológica y de la experiencia del equipo médico.

Una buena reconstrucción estética y funcional requiere de una adecuada cobertura cutánea y de un tejido bien irrigado (no

irradiado) para llenar el espacio muerto dejado habitualmente tras la resección.

1) RECONSTRUCCIÓN PERINEAL

Dentro de las alternativas para el manejo de los defectos perineales están el cierre por segunda intención, los injertos dermo-epidérmicos, los colgajos locales o regionales, los colgajos a distancia y los colgajos libres. Por ser una zona de mucha importancia funcional, el cierre del defecto no necesariamente debe cumplir con la clásica escalera reconstructiva (ir de la opción más simple de reconstrucción a la más compleja), sino que se debe tratar de elegir la mejor alternativa de cobertura, independiente de su complejidad, ya que las secuelas que se pueden generar son importantes (1). Las mejores alternativas son los colgajos. Dentro de éstos destacan los colgajos pudendos, colgajos de la cara interna del muslo, colgajo *gracilis* y colgajo recto abdominal. Los colgajos libres también puede ser una opción en caso de grandes defectos. La elección de qué técnica aplicar debe analizarse caso a caso y va a depender, fundamentalmente, de las características del defecto y del estado del paciente.

Describiremos algunos de estos colgajos con sus aplicaciones clínicas.

Colgajos Pudendos

Son colgajos que se basan en ramas de la arteria pudenda interna. Estos son: *Singapore flap* y el *Lotus petal flap*. El más conocido es el *Singapore flap* que fue descrito por Wee y Joseph en 1989 (2). Este colgajo se realiza con el tejido lateral a los labios mayores y al escroto, tiene base distal y se transpone medialmente (Figura 1).

FIGURA 1. SINGAPORE FLAP BASADO EN LA ARTERIA LABIAL POSTERIOR QUE ES RAMA DE LA ARTERIA PUDENDA INTERNA



Colgajo de la cara medial del muslo

Descrito por Baeck en 1983 (3). Se basa en ramas perforantes de la arteria circunfleja femoral lateral y la zona dadora por lo general se puede cerrar en forma primaria dejando la cicatriz oculta (Figura 2).

FIGURA 2. COLGAJO MEDIAL DE MUSLO



Colgajo *Gracilis*

Descrito por McGraw en 1976 (4). Está irrigado por la arteria circunfleja femoral medial e inervado por el nervio obturador. Se usa en reconstrucción de defectos vaginales, pélvicos y esfinterianos (5) (Figura 3).

FIGURA 3. MÚSCULO GRACILIS ELEVADO PARA RECONSTRUCCIÓN PÉLVICA



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829932>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829932>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)