



REPORTE DE CASO

Reconstrucción de gran defecto perineal con colgajos musculocutáneos de grácilis. A propósito de un caso

Amanda Alfonso^{a,*} y Marino Cardona

^aGrupo de Cirugía Reconstructiva, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia

Recibido el 29 de agosto de 2012; aceptado el 20 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Procedimientos
quirúrgicos
reconstructivos;
Colgajo perforante;
Neoplasias

KEYWORDS

Reconstructive
surgical procedures;
Perforator flap;
Neoplasms

Resumen En la actualidad, el manejo de las enfermedades oncológicas del periné está directamente ligado con su reconstrucción funcional. Existen casos en los cuales la extensión de la enfermedad se asocia con grandes defectos, en los cuales la posibilidad de dar una adecuada cobertura se convierte en el factor determinante de resecabilidad de determinadas lesiones. Se presenta un caso clínico de carcinoma escamocelular in situ recidivante, manejado con gran defecto posterior a su resección, reconstruido con colgajos musculocutáneos de grácilis.

© 2012 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Reconstruction of large perineal defect with gracilis musculocutaneous flaps. A case study

Abstract Treatment of perineal oncologic disease is currently directly related to functional reconstruction. There are cases in which the spread of the disease is associated with large defects, thus the possibility of achieving adequate coverage becomes the determining factor for the resectability of certain lesions. We describe a clinical case study on a recurrence of squamous cell in situ carcinoma managed with a large posterior defect at resection and reconstructed with gracilis musculocutaneous flaps.

© 2012 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amandalfonsog@hotmail.com (A. Alfonso).

Introducción

El cáncer pélvico y perineal puede originarse de diferentes estructuras, como la piel, el sistema genitourinario y el sistema gastrointestinal. Por esta razón, su manejo es complejo y requiere un abordaje multidisciplinario, que incluye los equipos de cirugía gastrointestinal, urología, ginecología, cirugía plástica, radioterapia y oncología¹.

De acuerdo con la extensión de la enfermedad, las técnicas de preservación de la función con su respectiva reconstrucción serán las preferidas. A pesar de esto, existen casos en los cuales el estado avanzado de la enfermedad y el manejo previo quirúrgico y de radioterapia hace que la preservación funcional no sea posible. Estos son los casos en que la resección abdominoperineal y la exenteración pélvica tienen su papel en el manejo quirúrgico terapéutico, y los grandes defectos residuales constituyen un reto reconstructivo para el cirujano. Además, la posibilidad de cobertura puede ser determinante para definir la resecabilidad de grandes lesiones. Por esta razón, el equipo oncológico y reconstructivo debe tener presente las diferentes opciones disponibles de cobertura para un adecuado planeamiento del manejo quirúrgico¹.

Se presenta un caso de un paciente con enfermedad perineal extensa, con gran defecto posterior a su resección, manejado con 2 colgajos pediculados musculocutáneos de grácilis.

Caso clínico

Paciente de 54 años con carcinoma escamocelular recidivante en periné previamente sometida a vulvectomía, radioterapia y ampliación de la resección por falta de control de la enfermedad. Adicionalmente, presentó carcinoma adenoide quístico de cúpula vaginal, por lo que recibió braquiterapia. La paciente es valorada en conjunto por servicios de cirugía gastrointestinal, urología y oncología clínica, considerando cirugía de rescate. Es llevada a exenteración pélvica anterior y posterior, con resección en bloque de recto, vejiga, vagina y anexos, y segmento de piel afectado, que incluye meato uretral, introito vaginal y ano. Queda



Figura 1 Foto preoperatoria.

gran defecto de piel de 10 × 6 cm, con defecto a 10 cm de profundidad aproximadamente en contacto con malla que soporta contenido abdominal. En el mismo tiempo quirúrgico, se realiza derivación de sistema urinario con ureterostomía (figs. 1 y 2).

Descripción de la técnica quirúrgica

El músculo grácilis se origina del tubérculo del pubis y se inserta en la tibia. Su irrigación principal se da en el 83% de los pacientes por la circunfleja femoral medial, rama de la arteria femoral profunda. Esta entra al músculo entre 6 a 8 cm del tubérculo del pubis. Tiene, además, una suplencia accesoria generada por ramas de la arteria femoral superficial para el tercio inferior del músculo. Los vasos perforantes de estos sistemas irrigan de forma axial la isla de piel suprayacente².

El colgajo se diseña con el paciente en posición de litotomía. Se identifica la prominencia correspondiente al *adductor longus*, y posterior a este se ubica el eje del músculo grácilis, sobre el cual se dibuja la isla de piel en forma de elipse. Su amplitud va de 6 a 12 cm, permitiendo el cierre primario con una longitud variable de acuerdo con el tamaño del defecto^{2,3}.

Se realiza una incisión distal sobre el eje del colgajo, se diseña por planos y se identifica el sartorio, y posterior a este, el grácilis. Se secciona el grácilis a nivel distal y se inicia su liberación de distal a proximal. A medida que progresa la disección, se completa la incisión del borde anterior y posterior de la isla de piel, dejando la fascia adherida al músculo para asegurar así la integridad de las perforantes. Al llegar a la unión entre el tercio proximal y medio del grácilis, se debe identificar el pedículo, momento en el que se considera completa la disección. Se realiza un túnel subcutáneo al defecto a través del cual se transpone el colgajo. Se procede al cierre por planos de la zona donante, dejando un drenaje cerrado, y posteriormente, se fija el colgajo al defecto de acuerdo con el caso (figs. 3 y 4).

En esta paciente en particular, se utilizaron ambos colgajos musculocutáneos de grácilis. El izquierdo se desepitelizó y se dispuso obliterando la profundidad del defecto, con lo



Figura 2 Defecto inmediato posresección. En el fondo del defecto, se aprecia malla que sostiene contenido de cavidad abdominal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3997089>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3997089>

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