

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cierre de periné con colgajo miocutáneo de glúteo mayor en amputación abdominoperineal de recto postradioterapia

Drs. EDITH GREZ, DENNIS VALENZUELA, PATRICIO ANDRADES, RODRIGO GURIDI,
JORGE VILLAFRANCA, CÉSAR VÉLIZ, ANDREA HASBÚN

Equipo de Cirugía Plástica y Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

RESUMEN

Se presenta una técnica de cierre de periné mediante un colgajo miocutáneo de transposición de glúteo mayor en 7 pacientes portadores de un cáncer de recto inferior sometidos a resección abdominoperineal (RAP) y radioterapia preoperatoria. La muestra está constituida por 3 mujeres y 4 hombres con una edad promedio de 61 años (56-66). En sólo 2 pacientes se realizó el colgajo en forma diferida a la RAP. Todos los colgajos evolucionan adecuadamente en el postoperatorio inmediato excepto un paciente que presentó infección superficial y que requirió de posteriores injertos. El tiempo de drenaje y la estadía postoperatoria promedio fueron de 11,7 y 16,4 días respectivamente. Al momento del corte del seguimiento 2 pacientes habían fallecido por otra causa y otros 2 lo había hecho por su enfermedad de base, todos con el colgajo en perfectas condiciones. Dos pacientes se pierden del control al mes de ser operados, sin complicaciones. El único paciente en control actual se encuentra libre de enfermedad y con su colgajo en perfecto estado. Concluimos que esta técnica permite un período de cicatrización más breve, con escasa morbilidad y corta estadía postoperatoria lo que sin duda mejora la calidad de vida de nuestros enfermos.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer de recto, radioterapia, colgajo miocutáneo**

SUMMARY

We present a technique for closing the perineum using a gluteus major transposition myocutaneous flap in 7 seven patients with lower rectal cancer submitted to abdomino perineal resection (APR) and preoperative radiotherapy. The series is composed of 3 females and 4 males with an average age of 61 years (56-66). Only in 2 patients the flap was performed at a later time after the APR. All the flaps showed an uneventful immediate postoperative period, except for 1 patient who presented a superficial infection requiring subsequent grafts. Average drainage time and postoperative hospital stay were 11.7 and 16.4 days, respectively. Follow-up showed that 2 patients had died for unrelated causes and 2 patients had died of the disease: all of them with the flap in good condition. Two patients were lost to follow-up 1 month after surgery, without complications. Currently, one patient is being followed, disease free, with the flap in perfect state. In conclusion, the technique allows for brief healing time, with negligible morbidity and short hospital stay, which improves the patient's quality of life.

KEY WORDS: **Rectal cancer, radiotherapy, myocutaneous flap**

INTRODUCCIÓN

La Resección abdominoperineal (RAP), descrita por Miles en 1908, es una técnica que tiene alta morbilidad, dado, entre otras cosas, por la herida perineal. Rothemberger y cols,¹ afirman que la falta de curación de la herida perineal se observa entre el 8 y 69% de los pacientes sometidos a RAP. Por esta razón y con la posibilidad de realizar cirugía conservadora de esfínter, en la actualidad está reservada para el tratamiento del cáncer de recto inferior.² Por otro lado, con el advenimiento de la terapia adyuvante, en especial la radioterapia preoperatoria, las complicaciones perineales han aumentado. Page y cols,³ comunicaron que se producía curación primaria en 4 de 5 pacientes (80%) sometidos a RAP sin radioterapia, pero tan sólo en 6 de 11 (55%) cuando se realizó la RAP después de la radioterapia.

La radioterapia preoperatoria produce vascularización deficiente, densa fibrosis inducida por vasculitis, tendencia a la exudación, barrera de acceso a antibióticos, infecciones refractarias y retardo de la cicatrización. Todo esto lleva frecuentemente a la dehiscencia de la sutura perineal, quedando una cavidad muy exudativa, por la abundancia de linfáticos seccionados y a la cual no acceden los antibióticos por vía general, ya que se forma una barrera de tejido fibroso y de granulación. Debido a esta situación la infección se mantiene por períodos prolongados, siendo en algunos casos punto de origen de una sepsis y en la mayoría retardando la cicatrización por períodos de 4 a 6 meses.⁴

El objetivo del presente trabajo es evaluar la técnica de cierre de periné con el colgajo miocutáneo de glúteo mayor en pacientes sometidos a resección abdominoperineal de recto y que recibieron radioterapia preoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre febrero de 1991 y octubre de 1997, a 7 pacientes portadores de un cáncer de recto inferior sometidos a radioterapia preoperatoria, se les realizó una RAP y un colgajo miocutáneo de glúteo mayor en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau.

Se revisaron las fichas clínicas para tabular la edad, sexo, tiempo de hospitalización, retiro del drenaje, momento en que se realizó el colgajo (inmediato o diferido) y las complicaciones. Se efectuó seguimiento de los pacientes mediante control en policlínico para determinar el estado de su cáncer y del colgajo.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general y con el paciente en decúbito prono se talla un losanjo transversal de piel en la zona inferior del glúteo, de aproximadamente 14 cm de longitud y 6 cm de ancho en su porción central. El tercio medio de este losanjo lleva parte del músculo glúteo mayor para mantener la irrigación de esta isla de piel mediante los vasos perforantes que van del músculo a la piel. Estos haces de glúteo mayor se disecan hasta su inserción en el trocánter donde se seccionan. De esta forma el músculo sobrepasa en más o menos 5 cm el límite inferior del losanjo. Se levanta el colgajo musculocutáneo como una unidad y se transpone al periné a través de un túnel subcutáneo amplio. El extremo del músculo se lleva al fondo de la cavidad perineal fijándolo al cóccix. La zona receptora se cierra en dos planos y la zona dadora se cierra por aproximación de los bordes también en dos planos. Se dejan drenajes aspirativos tanto en el periné como en la zona dadora, que se mantienen por un lapso de 10 a 12 días. Se mantiene al paciente en reposo en decúbito prono y se permite la deambulación desde el segundo día postoperatorio (Figuras 1A, B, C, D y F).

RESULTADOS

La muestra está constituida por 7 enfermos, 3 mujeres y 4 hombres con una edad promedio de 61 años y rango entre 56 y 66 años (Tabla 1). En sólo 2 pacientes se realizó el colgajo en forma diferida a la RAP y en el resto la reconstrucción fue inmediata. No hubo mortalidad postoperatoria. Todos los colgajos evolucionan adecuadamente en el postoperatorio inmediato excepto un paciente que presentó una pequeña dehiscencia e infección superficial y que requirió de posteriores injertos. El drenaje se retiró en promedio a los 11,7 días. La estadía postoperatoria promedio fue de 16,4 días. El seguimiento promedio fue de 23 meses. Al momento del corte del seguimiento 2 pacientes habían fallecido por otra causa a los 11 y 96 meses postoperatorios respectivamente, y otros 2 lo habían hecho por su enfermedad de base a los 9 y 5 meses postoperatorios respectivamente. Todos con el colgajo en perfectas condiciones, excepto uno de ellos con recidiva perineal que afectó el colgajo. Dos pacientes se pierden del control al mes de ser operados, sin complicaciones. El único paciente en control actual se encuentra libre de enfermedad y con su colgajo en perfecto estado después de 41 meses de seguimiento (Figura 2).

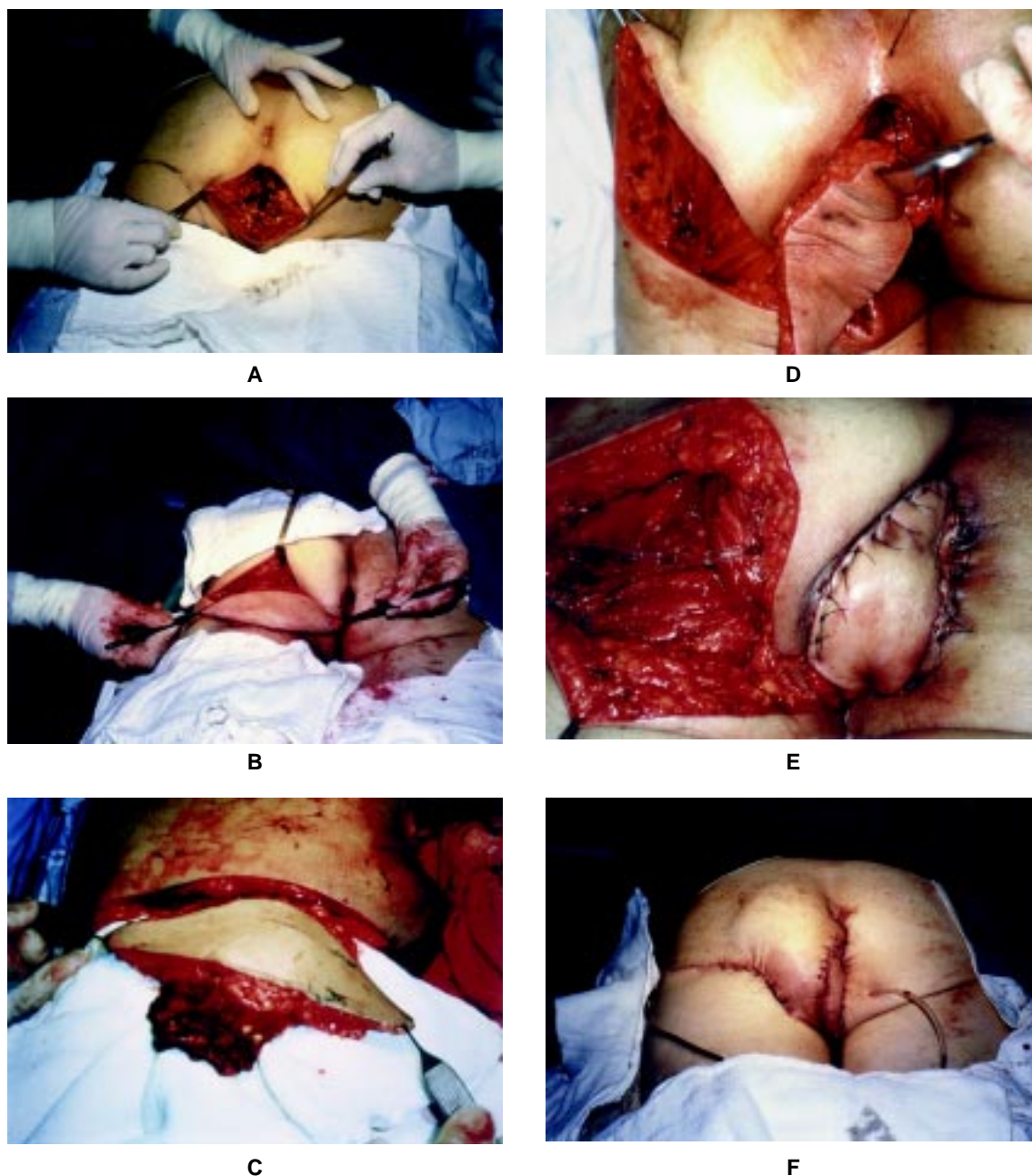


Figura 1. Técnica de colgajo de glúteo mayor.

DISCUSIÓN

Existen muchas formas descritas para el cierre del defecto perineal posterior a RAP, entre las que destacan el cierre primario, el taponamiento abierto y el taponamiento epiploico, todas con un alto porcentaje de complicaciones.⁵ Por otro lado, existen varios factores de mal pronóstico demost-

trados para el cierre de la herida perineal dentro de los cuales destacan: la cirugía para un cáncer recidivante, la coexistencia de una enfermedad inflamatoria intestinal y la radioterapia pre y postoperatoria.⁶ Es por esto, que sobre todo en pacientes irradiados, es de vital importancia llevar a la herida tejido sano, bien vascularizado, no irradiado, que permita un adecuado aporte de oxígeno, facto-

Tabla 1
CASOS CLÍNICOS

<i>n</i> ^o	Edad	RT	QT	Tpo. reconstr.	Días drenaje	Días postop.	Colgajo	Control (meses)	Seguimiento
1	56	Sí	Sí	Diferido	10	15	Bien	11	Muerto por otra causa
2	61	Sí	No	Diferido	12	13	Bien	96	Muerto por otra causa
3	59	Sí	Sí	Inmediato	11	15	Bien	9	Muerto por cáncer*
4	66	Sí	Sí	Inmediato	10	30	Infección	5	Muerto por cáncer**
5	63	Sí	No	Inmediato	11	13	Bien	1	Perdido
6	63	Sí	Sí	Inmediato	17	17	Bien	1	Perdido
7	57	Sí	Sí	Inmediato	11	12	Bien	41	Sano
					60,71	11,71	16,43	23,43	

*: Metástasis inguinal y peritoneales.

** : Recidiva perineal.



Figura 2. Resultado a largo plazo en un paciente.

res humorales, celulares y una buena llegada de antibióticos que favorezcan una mejor cicatrización. En el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau entre los años 1980 y 1985 se realizaron 11 RAP en pacientes irradiados, de los cuales 9 presentaron dehiscencia de sutura e infección de la herida perineal.⁷ Por otro lado, Radice y cols,⁸ al comparar el cierre primario, el cierre con taponamiento epiploico y el cierre con colgajo miocutáneo de la herida perineal en 57 pacientes con cáncer pélvico irradiados, demuestra en forma estadísticamente significativa, que el grupo de pacientes en que se utilizó un colgajo miocutáneo presenta menos complicaciones y menor estadía intrahospitalaria. Debido a esto, en nuestro servicio, en pacientes con cáncer de recto incluidos en el protocolo de radioterapia y quimioterapia preoperatoria previa a la RAP se decidió completar el cierre de periné con un colgajo musculocutáneo de glúteo mayor.

En la actualidad existen a disposición del cirujano numerosos colgajos musculares, musculocu-

táneos y fasciocutáneos para el cierre de defectos perineales. El colgajo Transpélvico de músculo recto abdominal ha sido utilizado con éxito en la cobertura de grandes defectos perineales logrando cerrar el espacio pélvico y excluir las asas intestinales.⁹⁻¹⁰ El colgajo musculocutáneo utilizando músculo Gracilis uni o bilateral también tiene buenos resultados, aunque los trabajos muestran un mayor porcentaje de complicaciones menores como dehiscencia e infecciones leves.¹¹ El colgajo fasciocutáneo de muslo posterior es otra alternativa que tiene la gran ventaja de llevar piel innervada pero que, sin embargo, es muy delgada y deja orejas de perro al rotarlo que pueden molestar para caminar y sentarse.¹² Otros colgajos como el Bíceps Femoris, Rectus Femoris, Tensor de la fascia lata y Vasto lateral, también han sido utilizados para la cobertura de defectos perineales más pequeños y para lesiones suprapúbicas e inguinales.¹²

El músculo glúteo mayor tiene un doble aporte sanguíneo dado por los vasos glúteos superior e inferior, ramas de la arteria iliaca interna (Figura 3, A y B). El colgajo musculocutáneo puede elevarse de cualquiera de los dos vasos y ser utilizado para la cobertura de defectos isquiáticos, sacros y perineales. El colgajo musculocutáneo de transposición en isla de glúteo mayor, que es la técnica usada por nosotros y que se basa en el pedículo inferior, fue descrito por Schefflan y cols¹³ en 1981, para pacientes con úlceras por presión. Posteriormente, por su gran versatilidad ha sido utilizado en lesiones perineales con buenos resultados, e incluso, con extensión hacia cara posterior de muslo.¹⁴ Tiene la ventaja de permitir un llene adecuado de la cavidad perineal sobre todo en el defecto resultante de la RAP.¹²

En nuestra serie, esta técnica de cierre de periné ha demostrado tener una baja morbilidad,

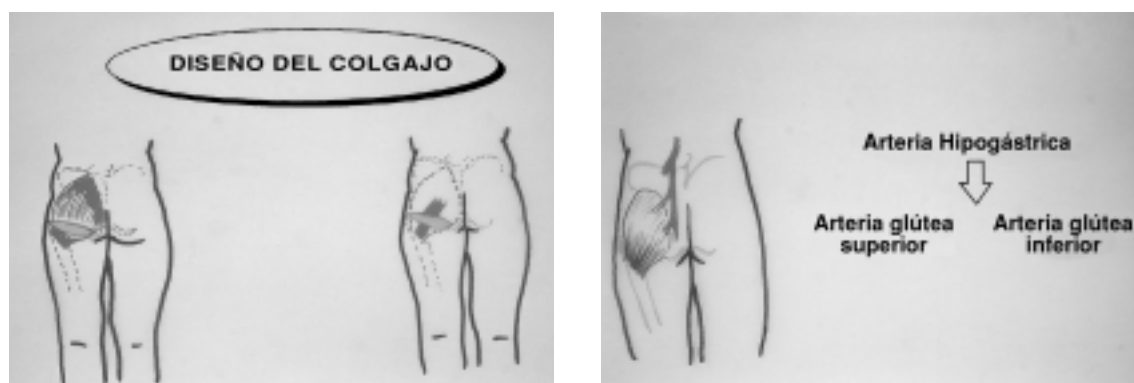


Figura 3. Irrigación del músculo glúteo mayor.

consiguiendo la cicatrización total del periné en un lapso de 16 días y el paciente deambula desde el segundo día postoperatorio sin dificultad. Comparando esta favorable evolución postoperatoria con la que presentaban los pacientes irradiados previamente y cuyo periné se cerraba en forma tradicional por aproximación de los bordes, se concluye que la técnica presentada es una buena alternativa, por ser de muy baja morbilidad, disminuir el período de hospitalización y mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothemberger D, Wong W: Abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the low rectum. *World J Surg* 1992; 16: 478-85.
2. Valenzuela D, Hermansen C, Stevens P y cols: Tratamiento del cáncer rectal. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 342-52.
3. Page C, Carlton PK, Becker D: Closure of the perineal wound after removal of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 2-9.
4. Fix RJ, Terkonda SP, Zinser J, Vasconez LO: Reconstruction of the abdomen and perineum in cancer surgery. *Surg Oncol Clin North Am* 1997; 6: 115-32.
5. McKeigan J, Cataldo P: Resección abdominoperineal. En: Hicks T, Beck D (eds). *Complicaciones en Cirugía Colorrectal*. España: Williams & Wilkins 1998; Cap. 21; 331
6. Anthony JP, Mathes SJ: The recalcitrant perineal wound after rectal extirpación. Application of muscle flap closure. *Arch Surg* 1990; 120: 1371-6.
7. Valenzuela D: Tratamiento del carcinoma rectal. Experiencia de una década. *Rev Chil Cir* 1985; 37: 309-20.
8. Radice E, Nelson H, Mercill S: Primary myocutaneous flap closure following resection of locally advanced pelvic malignancies. *Br J Surg* 1999; 86: 349-54.
9. Ooi B, Nyam D, Cheng C: Transpelvic rectus abdominis flap for perineal reconstruction following abdominal perineal resection with en bloc partial cystectomy and prosectomy for locally advanced rectal cancer. *Singapore Med J* 1999; 40: 654-5.
10. McAllister E, Well K, Chaet M: Perineal reconstruction after surgical extirpation of pelvic malignancies using the transpelvic rectus abdominal myocutaneous flap. *Ann Surg Oncol* 1994; 1: 164-8.
11. Whetzel T, Lechtman A: The myofasciocutaneous flap: vascular anatomy and clinical application. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 1642-52.
12. McCraw J, Papp C, Ye Z, Huang V: Reconstruction of the perineum after tumor surgery. *Surg Oncol Clin North Am* 1997; 6: 177-89.
13. Schefflan M, Nahai F, Bostwick J: Gluteus maximus island musculocutaneous flap for closure of sacral and ischial ulcers. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68: 533-8.
14. Hurwitz D, Swartz W, Mathes SJ: The gluteal thigh flap: A reliable, sensate flap for closure of buttock and perineal wounds. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68: 521-32.