

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Colgajo nasogeniano en isla para la reconstrucción oncológica del paladar duro*

Island nasolabial flap for the oncological reconstruction of the roof of the mouth

Drs. ALEXANDER ADAUY D¹, JAVIERA ROMÁN A², ALEJANDRO FIERRO H³

¹Cirujano de Cabeza, Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital San Juan de Dios. ²Interna de Medicina, Facultad de Medicina Campus Occidente, Universidad de Chile.

³Becario de Cirugía General, Facultad de Medicina Campus Occidente, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se describe una nueva aplicación del colgajo nasogeniano y una novedosa forma de levantamiento, evidenciando su aplicación mediante un caso clínico. Se expone el caso, la técnica quirúrgica, ventajas, desventajas y proyecciones futuras de la técnica desarrollada.

PALABRAS CLAVES: *Colgajo nasogeniano, reconstrucción palatina*

SUMMARY

A new application for the nasolabial local flap and a novelty raising technique is described, showing it with a clinical case. The case, surgical technique, advantages and disadvantages, and future projections of this new technique are exposed.

KEY WORDS: *Nasolabial flap, palate reconstruction*

INTRODUCCIÓN

El colgajo nasogeniano es uno de los colgajos locales para la reconstrucción en cirugía ablativa de cabeza y cuello más usados por su aplicabilidad en múltiples situaciones y defectos.

Se ha descrito su utilización exitosa para cubrir defectos cutáneos del ala nasal tanto vestibulares como externos, en los defectos del labio superior, en los de la mejilla e incluso para el piso de la boca, tunelizados a través de la mejilla^{1,2}.

A pesar de esta gran diversidad de aplicaciones, nunca se ha informado su uso en la reconstrucción del paladar, zona especialmente difí-

cil de suplir, y en la cual no existen muchas alternativas.

El siguiente informe tiene por objetivo mostrar una nueva aplicación del colgajo y una novedosa forma de levantamiento en isla a fin de ampliar el armamentario quirúrgico del cirujano reconstructivo de cabeza y cuello.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 69 años, tabáquico crónico y bebedor moderado, que refiere cuadro de aproximadamente 1 año de evolución previo a la consulta, de dolor en el hemi-paladar

*Recibido el 10 de Junio de 2005 y aceptado para publicación el 17 de Enero de 2006.

E-mail: aadauy@mi.cl

duro izquierdo en un comienzo en el contexto de una infección dental, pero que posteriormente persistió y empeoró.

En enero del 2005 consulta en nuestro policlínico, identificándose una extensa lesión ulcerada de la encía superior a ambos lados pero mayor a izquierda realizándosele biopsia del vestíbulo bucal superior y el paladar duro izquierdos que concluyó Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado queratinizante infiltrante.

En marzo fue hospitalizado en el Hospital San Juan de Dios para su etapificación, no mostrando evidencias de diseminación a distancia. El T.A.C. de cabeza y cuello mostraba destrucción ósea del reborde alveolar del maxilar izquierdo. No mostraba evidencia de adenopatías regionales metastásicas.

El 3 de mayo ingresa para resolución quirúrgica con el diagnóstico de Carcinoma espinocelular de encía superior bilateral T4 N0 M0.

El día 04 de mayo durante la cirugía se pesquiza una adenopatía submandibular ipsilateral que a la biopsia rápida se informa como metastásica, por lo que se decide vaciar el cuello.

Se realiza:

1. Vaciamiento cervical radical modificado con preservación de la vena Yugular Interna, el nervio Espinal y el músculo Esternocleidomastoideo.
2. Resección oral con maxilectomía parcial bilateral.
3. Reconstrucción con colgajos bilaterales nasogenianos en isla.

Desde el punto de vista quirúrgico evoluciona satisfactoriamente con ambos colgajos vitales, el izquierdo con una leve isquemia venosa inicial que se recuperó sin pérdida de tejido. Es dado de alta a los 7 días.



Figura 1. Diseño del colgajo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Una vez determinadas las características del defecto (uni o bilateral, tamaño, forma, etc.), se dibuja en el surco nasogeniano. Si se necesita cubrir a ambos lados como en el caso expuesto, se dibujará también el surco contralateral (Figura 1).

Luego se talla el colgajo en toda su circunferencia incluyendo el celular subcutáneo y el músculo, respetando el pedículo en su salida a través del orificio infraorbitario, el cual es fácil de ubicar por simple palpación. La disección debe ser extremadamente minuciosa a fin de evitar dañar los vasos y el nervio que conforman el pedículo. La manipulación del colgajo una vez que está totalmente preparado, debe ser delicada para no dañar los pequeños vasos que le brindan irrigación (Figura 2).

Se traslada el colgajo hacia la cavidad oral sin que haya tensión en la movilización y se sutura al paladar blando por atrás y a la mucosa vestibular por lateral y adelante. Se repite el procedimiento al otro lado suturando ambos colgajos en la línea media (Figura 3).

Dada la forma del surco nasogeniano es fácil tallarlo con la forma del hemi-paladar duro y adaptarlo a la concavidad propia de la zona.

Es importante notar que este colgajo necesita para su movilización sin tensión, la resección parcial del maxilar siendo riesgosa su aplicación si no se reseca la protuberancia maxilar.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Son similares a los de cualquier colgajo local en isla siendo imprescindible el monitoreo de su vitalidad (Figura 4).

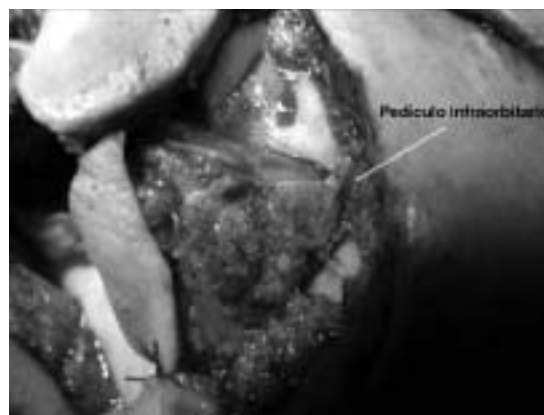


Figura 2. Tallado del colgajo.



Figura 3. Sutura del colgajo.



Figura 4. Vitalidad completa de ambos colgajos. Nótese la extensión hacia el paladar blando del colgajo izquierdo.

VENTAJAS

Es un colgajo bastante seguro, cuya irrigación otorgada por los vasos infraorbitarios es predecible y abundante.

Además tiene la ventaja de ser inervado sensitivamente por el nervio infraorbitario que acompaña a la irrigación, lo que permite llevar tejido sensible a la boca. Existe contundente evidencia de que la plasticidad cerebral modifica con el tiempo el reconocimiento espacial de las noxas detectadas por el tejido trasladado^{3,4}.

La abundancia de tejido existente en la región nasogeniana permite la cobertura adecuada de todo el paladar duro e incluso de parte del blando de ser necesario.

El defecto secundario creado es poco notorio pues la línea de sutura cae en pliegues normales.

DESVENTAJAS

La mayor desventaja de este colgajo es su corto pedículo, limitando su aplicación a casos de

maxilectomías parciales en que se ha resecado el reborde alveolar del maxilar, disminuyendo así la distancia que debe recorrer.

PROYECCIONES FUTURAS

Seguiremos aplicando este colgajo en casos similares al expuesto, a fin de consolidar la que a nuestro juicio constituye su mayor aplicación.

Sin embargo, parece atractiva la idea de aplicarlo en otras localizaciones como la cara lateral o el ala nasal y el párpado inferior, experiencias que quedan por probar.

REFERENCIAS

1. Colgajos Nasogenianos. En: Ian T. Jackson. ed. Colgajos Locales en la Reconstrucción de Cabeza y Cuello. The C. V. Mosby Company - St. Louis 1989; 118-31, 142-57, 234-44.
2. Nasolabial Flap. En: Watkinson JC. Head and Neck Surgery. 4th ed. Butterworth-Heinemann 2000; 311-12.
3. Behav Brain Res 1995; 23; 66: 7-12
4. Prog Brain Res 2002; 138: 177-88