

USO DEL MÚSCULO TEMPORAL EN RECONSTRUCCIÓN PERIORBITARIA POST EXÉRISIS DE CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO DEL GLOBO OCULAR IZQUIERDO

Dr. Aldo Ronquillo Soxo ¹, Dr. Luis Cedeño Velásquez ².

*Cirujano Plástico Adscrito al servicio de Cirugía Plástica del Hospital Abel Gilbert 1
Jefe de Cirugía Plástica del Hospital Abel Gilbert 2*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: CEC es la segunda neoplasia cutánea más frecuente después de carcinoma basocelular. La incidencia del CEC ha aumentado de forma considerable durante los últimos 20 años y predicen un incremento en la próxima década. La mayoría de los CEC están localizados y se resuelven habitualmente mediante la extirpación quirúrgica u otros procedimientos locales.

El uso del músculo temporal es una alternativa quirúrgica para corregir el defecto periorbitario tras la extirpación del CEC.

OBJETIVO: Evaluar el resultado de la cobertura del músculo temporal en la corrección del defecto periorbitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso quirúrgico de un paciente masculino, 62 años, que presenta una gran lesión tumoral que compromete el globo ocular, región orbitaria y periorbitaria izquierda. Acompañado de dolor, anemia, astenia, y pérdida ponderal aproximadamente 20 libras. Con una evolución de 6 años.

CONCLUSIÓN: El uso del músculo temporal es una alternativa eficaz en la reconstrucción de lesiones craneofaciales que ha sido utilizado por más de 100 años.

PALABRAS CLAVE: CEC, Carcinoma Epidemoide Cutáneo. Músculo Temporal

ABSTRAC

INTRODUCTION

CEC is the second most common skin neoplasm after cell vessel carcinoma. The incidence of CEC has increased considerably over the past 20 years and an increase is predicted over the next decade. Most CSCs are localized and usually resolved by surgical removal or other local procedures.

The use of the temporal muscle is a surgical alternative to correct the peri-orbital defect after removal of the CEC.

OBJECTIVE: Evaluate the result of temporal muscle coverage in the correction of the peri-orbital defect.

MATERIAL AND METHODS: This is a surgical case of a 62 years old male patient, who has a large tumor that compromises the eyeball, orbital region and left peri-orbital region. Accompanied by pain, anemia, asthenia, and weight loss of approximately 20 pounds. With an evolution of 6 years.

CONCLUSION: The use of the temporary muscle is an effective alternative in the reconstruction of craniofacial lesions that has been used for more than 100 years.

KEYWORDS: CEC Skin Epidemoid Carcinoma. Temporary Muscle

INTRODUCCIÓN

El CEC es la segunda neoplasia cutánea más frecuente después del carcinoma basocelular. La incidencia de CEC ha aumentado de forma considerable los últimos 20 años. En España se estima una tasa anual de entre 72 por 100.000 habitantes para mujeres y 100.8 por 100.000 habitantes para varones. En nuestro país, como es costumbre, no tenemos referencia de esta neoplasia, la mayoría de los CEC están localizados y se resuelven por extirpación quirúrgica u otros procedimientos locales (1). Existe un subgrupo de CEC con un comportamiento biológico más agresivo que muestra tendencia a la recidiva local, a la diseminación linfática y en ocasiones a la invasión de órganos distantes. Debido al aumento de la incidencia de este tipo de cáncer y el mal pronóstico en un subgrupo de pacientes, es importante el conocimiento de los factores de riesgos de los CEC para el desarrollo de recidivas locales y metástasis. Recientemente se ha publicado la séptima edición de la clasificación TNM de la AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER de los carcinomas cutáneos no melanomas. Actualmente, además del tamaño tumoral mayor de 2cm se consideran otros factores como la profundidad de invasión superior a 2 mm, el nivel de CLARK IV o superior.

El objetivo de presentar este caso es evaluar el resultado de la cobertura del músculo temporal en la corrección del defecto periorbitario.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta un caso intervenido quirúrgicamente en el año 2010 en el Hospital Abel Gilbert de un paciente de sexo masculino, de 62 años, con una gran tumoración orbitaria y periorbitaria izquierda, de evolución de 6 años. (Figura 1) Según la clasificación de Broders, se clasifican de grado 1 a grado 4, es decir, de bien diferenciados a pobremente diferenciados; son estos últimos los que presentan este comportamiento más agresivo.



Figura 1 Localización Pabellón orbicular.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Después de las evaluaciones preoperatorias correspondientes, se planteó la cirugía, la misma que fue realizada bajo anestesia general, se marca la lesión tumoral con azul de metileno. Se planteó el uso del colgajo del músculo temporal para corregir el defecto creado tras la extirpación de dicha lesión. Figura 2

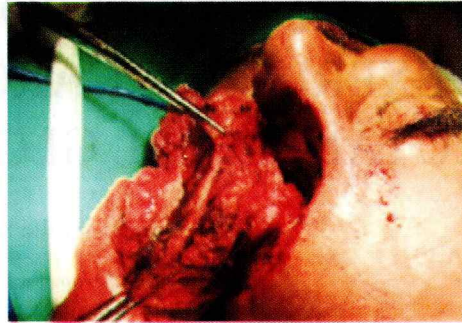


Figura 2 hidrostomía desecante de una solución de adrenalina al 1 x 50.000, con bisturí número 15

Se realiza la extirpación de la tumoración que llega hasta la región ósea periorbitaria. Hacemos meticulosa hemostasia con electrocauterio. Luego marcamos con azul de metileno en la región temporal izquierda en zigzag, incidimos con bisturí 15 hasta localizar el músculo temporal luego dividimos para encontrar su inserción superior del músculo temporal al cual lo liberamos de la fosa temporal, con mucho cuidado de no lesionar el paquete vasculonervioso de dicho músculo. (Figura 3, 4, 5, 6, 7, 8)

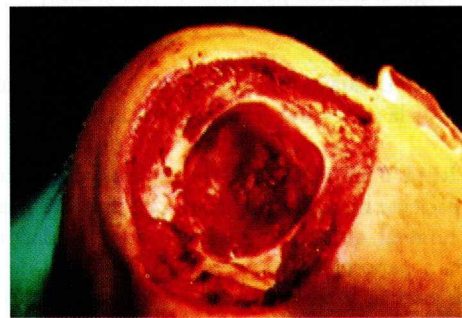


Figura 3 Secuelas tras la extirpación de la tumoración orbitaria y periorbitaria.



Figura 4 Marcación en sien izquierda con azul de metileno

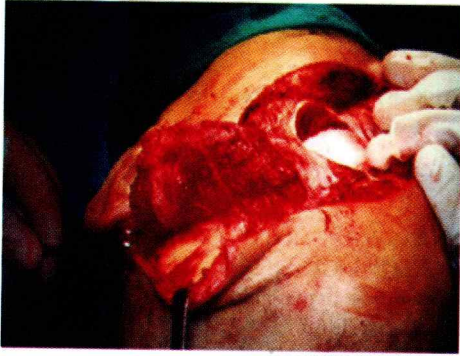


Figura 5 Liberación del músculo temporal izquierdo.



Figura 6 Extensión del colgajo muscular sobre la secuela de la lesión.

Se realizó osteotomía del reborde óseo orbitario y se rotó el músculo temporal para cubrir el efecto orbitario y periorbitario, se fijó con nylon 4/0 puntos interrumpidos. Posteriormente obtenemos un injerto de espesor parcial de piel tomado del músculo izquierdo para cubrir al músculo temporal. Se fijó con Nylon 4/0, se cubrió la lesión con curativo de BROWN. Se envía muestra del tumor para el estudio histológico.



Figura 7 Injerto parcial de piel que cubre el colgajo muscular temporal

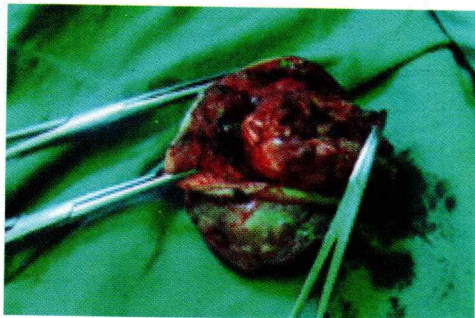


Figura 8 Tumoración reseca de región orbitaria y periorbitaria izquierda

Postoperatorio a los 5 días sin novedad y una sobrevida del injerto del 95%. A los 11 días retiramos los puntos quirúrgicos de la lesión. Paciente es dado de alta a los 12 días en condiciones estables tanto generales como quirúrgicas y su posterior control por consulta externa.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 3 horas sin ninguna complicación postquirúrgica y controles hasta los 3 meses que acudió a la consulta, posteriormente seguimos controles a domicilio por 11 y 25 meses. Tiempo en que no hubo complicaciones ni recidivas de la lesión. (Figura 9) 5 días postoperatorio, figura 10 a 11 meses postoperatorio, figura 11 a 25 meses postoperatorio.



Figura 9 5 días del postoperatorio inmediato.



Figura 10 Postoperatorio 11 meses

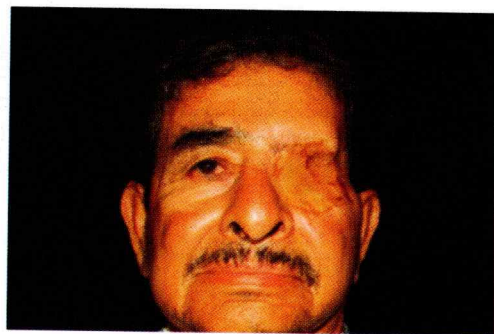


Figura 11 Paciente a 25 meses de evolución.

CONCLUSIÓN

El uso del colgajo del músculo temporal es una alternativa eficiente en las reconstrucciones de las cirugías craneofaciales (2)

El colgajo del músculo temporal es un músculo tipo 3 de acuerdo a la clasificación de Mathes y Nahai, que está dado de acuerdo al tipo de pedículo vascular. (3) Aporta tejido muscular tanto en volumen cuantitativo y cualitativo tanto en partes blandas y bien vascularizadas. Útil en la cobertura de injertos óseos empleados en reconstrucción del tercio medio facial susceptible de tratamientos con radioterapia coadyuvante.

La decepción traumática de dicho colgajo y su sutura a tensión predispone la aparición de complicaciones, necrosis o dehiscencia de sutura.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. GARCIA/ZUAZAGA S.M. Olbricht Cutaneous squamous cell carcinoma Adv Dermatol, 24 (2008), pp. Medline.
2. GOLOVINE SS. Procède de cloture plastique de lorbite apres lexenteration. Arch. Ophtalmol 1898, 18: 679.
3. MATHES SJ, Nahai F Classification of the vascular anatomy of muscle. Experimental and clinical correlation. Plast Reconstr surg 1981, 67: 177-87.
4. BAKER Colgajos locales en la reconstrucción facial segunda edición
5. COIFFMAN Cirugía Estética y reconstructiva de la cara y cuello Tomo 2.
6. GRABB Cirugía plástica tercera edición VASCONEZ Colgajos musculares y músculo cutáneo
7. WOLFF Elevación de colgajos micro vasculares.
8. ALONSO DEL HOYO. J. FER, GRUSS NANDEZ SANRRROMAN J. GIL DIEZ JL. DIAZ GONZLEZ FJ. The temporalis muscle flap. An evaluation and review of 38 cases. J Oral maxillofac Surg 1994; 52 (2) 143-147.
9. COLMERO C, MARTORELL V, COLMENERO B, SIERRA I. Temporales myofascial flap for maxilofacial reconstruction. J Oral Maxillofac Surg 1991; 49 : 1063-1067.
10. ANTONYSHYN O, GRUSS JS, Birt BD. Versatility of temporal muscle and fascial flaps. Br J Plast surg 1988, 41: 118.
11. CAMPEBELL HH. Reconstruction of the left maxilla. Plast Reconstr. Surg. 1948. 3:66.
12. GUILLES HD, H. Frede(ed) . Plastic surgery of the face. London: Oxford University Press 1920, 40: 54 - 55.

Correspondencia:

Dr. Aldo Ronquillo Soxo

Email: aldoronquillosoxo@yahoo.es