

USOS DEL COLGAJO DERMOPLATISMAL EN FARINGOLARINGECTOMÍA

María Álvarez Álvarez, Luis Miguel Torres Morientes, Ana Fernández Rodríguez, Marta Alonso Mesonero, Marta Justel Nuevo, Jaime Santos Pérez

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del defecto primario es un componente esencial del tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello. El colgajo miocutáneo de platisma fue introducido en 1978. Sin embargo y pese a sus numerosas ventajas quedó eclipsado en un primer lugar por el colgajo de pectoral mayor (Ariyan, 1979) y posteriormente por los colgajos libres microvasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos los casos de cuatro pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio en los que se empleó el colgajo dermoplatismal para la reconstrucción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las ventajas del colgajo dermoplatismal incluyen la facilidad de acceso al sitio donante al encontrarse en el mismo campo quirúrgico, la mínima morbilidad y facilidad para el cierre primario del sitio donante, así como el tamaño apropiado del colgajo para la mayoría de los defectos (hasta 70cm²). Se ha demostrado que es una alternativa útil en el cierre de defectos de cabeza y cuello y debería formar parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano de cabeza y cuello que trabaje en el campo de la oncología.

CASO 1

Varón de 70 años, en seguimiento ORL por carcinoma epidermoide hipofaríngeo derecho tratado con radioterapia radical, con persistencia local. En hipofaringoscopia con biopsia se evidenció la presencia de carcinoma epidermoide infiltrante en la región de los tres pliegues derechos que se extendía a la vertiente anterior, interna y antero-externa del seno piriforme ipsilateral. Se realizó laringectomía total con faringectomía parcial derecha y colgajo dermoplatismal izquierdo en noviembre de 2020.

CASO 2

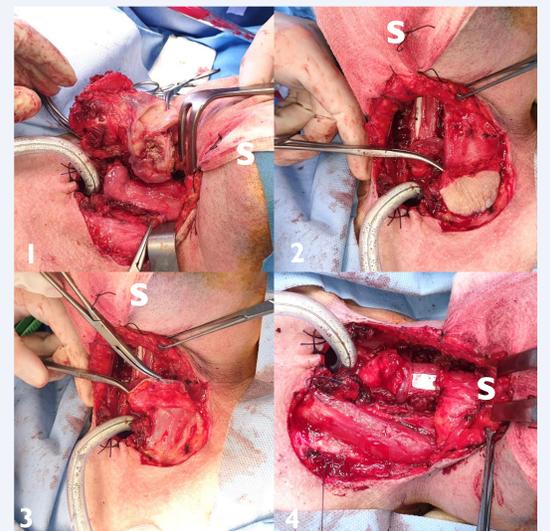
Varón de 69 años con antecedente de carcinoma epidermoide de faringe intervenido en 2015 y carcinoma epidermoide faringolaríngeo tratado con RT+QT. En 2021 se evidenció recidiva de carcinoma epidermoide de base de lengua izquierda, realizándose en febrero de 2021 faringectomía parcial izquierda con resección de base de lengua y reconstrucción con colgajo dermoplatismal.

CASO 3

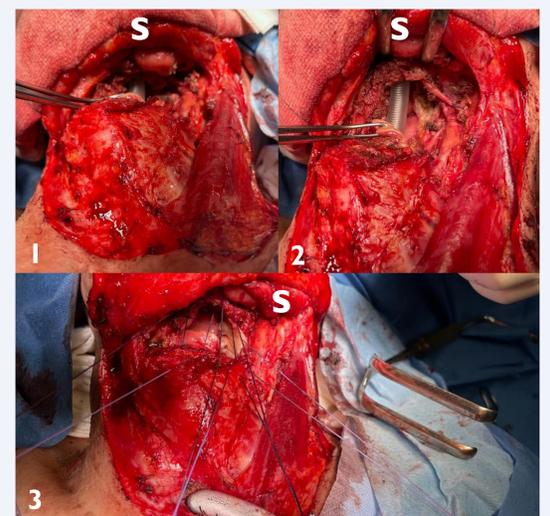
Varón de 54 años que presentaba tumoración infiltrante en región supraglótica izquierda que infiltraba base de lengua izquierda, vallécula, pliegue faringopiglótico izquierdo, músculo constrictor superior y fosa amigdalina izquierda y se exteriorizaba a través de membrana tirohioidea e infiltra yugular interna. Fue intervenido en junio de 2021 de laringectomía total ampliada a base de lengua con amigdalectomía izquierda ampliada y colgajo dermoplatismal derecho.

CASO 4

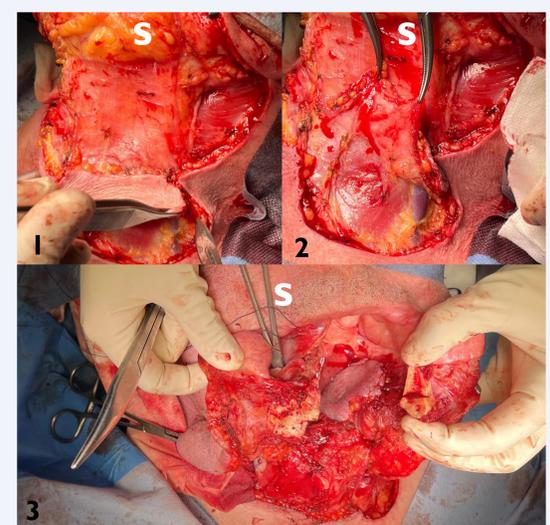
Varón de 59 años con carcinoma epidermoide de orofaringe tratado con RTQT en 2021. Presenta persistencia faríngea y adenopatías patológicas derechas e izquierdas pese al tratamiento, por lo que en mayo de 2022 es intervenido de glosectomía subtotal, orofaringectomía izquierda, parotidectomía total derecha, vaciamiento radical derecho y funcional izquierdo, con reconstrucción con colgajo dermoplatismal izquierdo y pectoral mayor derecho.



Caso 1: (S: Superior). Rescate local radical: Laringectomía total + faringectomía parcial derecha + colgajo dermoplatismal izquierdo sobre TDSM. 1: Laringectomía total + faringectomía parcial. 2 y 3: Preparación del colgajo. 4: Colgajo posicionado invertido hacia dentro + TDSM.



Caso 2: (S: Superior). Faringectomía parcial izquierda con resección de base de lengua + reconstrucción con colgajo dermoplatismal izquierdo. 1 y 2: Defecto faríngeo izquierdo. 3: Colgajo posicionado.



Caso 4: (S: Superior). Bucofaringectomía transmandibular de rescate + colgajo dermoplatismal izquierdo en lecho orofaríngeo izquierdo. 1 y 2: Preparación del colgajo. 3: Colgajo posicionado en lecho orofaríngeo izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruark DS, McClairn WC Jr, Schlehaider UK, Abdel-Misih RZ. Head and neck reconstruction using the platysma myocutaneous flap. Am J Surg. 1993 Jun;165(6):713-8; discussion 718-9. doi: 10.1016/s0002-9610(05)80794-9.
2. Koch WM. The platysma myocutaneous flap: underused alternative for head and neck reconstruction. Laryngoscope. 2002 Jul;112(7 Pt 1):1204-8. doi: 10.1097/00005537-200207000-00012.
3. Baur DA, Williams J, Alakaily X. The platysma myocutaneous flap. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2014 Aug;26(3):381-7. doi: 10.1016/j.coms.2014.05.006.
4. Calabrese L, Accorona R, Gazzini L, Giorgetti G, Tagliabue M, Bruschini R, Pietrobon G, Ansarin M. Platysma myocutaneous flap revised in the free flaps era: clinical experience in 61 patients. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2020 Jun;40(3):173-180. doi: 10.14639/0392-100X-N0538.