

COLGAJOS DE AVANCE EN PAROTIDECTOMÍAS AMPLIADAS. NUESTRA EXPERIENCIA.

Patricia VIVEROS-DÍEZ¹, Luis Miguel TORRES-MORIENTES¹, Marta JUSTEL-NUEVO¹, Marta ALONSO-MESONERO¹, Juan LOSADA-CAMPA¹, Jaime SANTOS-PÉREZ¹.

1. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Existe una gran variedad de colgajos cutáneos empleados en la reconstrucción de defectos quirúrgicos faciales tras la extirpación de grandes tumores, sin embargo la elección del más adecuado debe ser cuidadosa para lograr una buena recuperación estética y funcional. Se pueden clasificar según el método de transferencia o por su vascularización, sin embargo, hay autores que los clasifican en función de su utilidad en cada una de las distintas unidades estéticas faciales. De esta forma, podremos disponer de colgajos giratorios (rotación, transposición o interpolación), de avance (con pedículo único, bipediculado o en Y-V) o colgajos en bisagra. Dentro de las unidades estéticas faciales, nos centraremos en la mejilla, en concreto en la parótida. Los defectos en esta zona pueden variar en profundidad y hacerlos coincidir con el contorno del tejido circundante supone un desafío. El cierre de primera intención a través de las líneas de tensión con la piel relajada es la opción reconstructiva más simple para defectos pequeños, sin embargo, defectos medianos y grandes requieren la cobertura de un colgajo local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos tres casos de reconstrucción con colgajos de avance tras parotidectomías ampliadas. Se tratan de tres pacientes con edades comprendidas entre los 78 y 84 años, dos de sexo femenino y un varón. En dos de ellos el tumor presentó una evolución agresiva con infiltración de estructuras circundantes con un diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica de carcinoma epidermoide de parótida. La otra paciente tenía antecedente de parotidectomía superficial izquierda por carcinoma adenoide quístico hace 30 años, con diagnóstico anatomopatológico posterior de recidiva de carcinoma adenoide quístico.

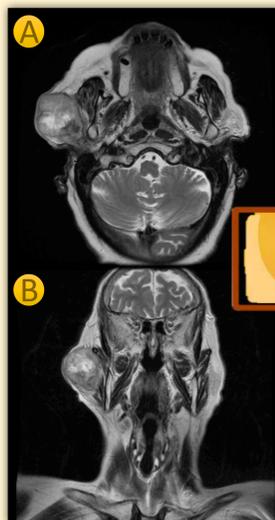


Imagen 1: Corte axial (A) y coronal (B) de RM, donde se observa tumoración parotídea derecha de 7 cm

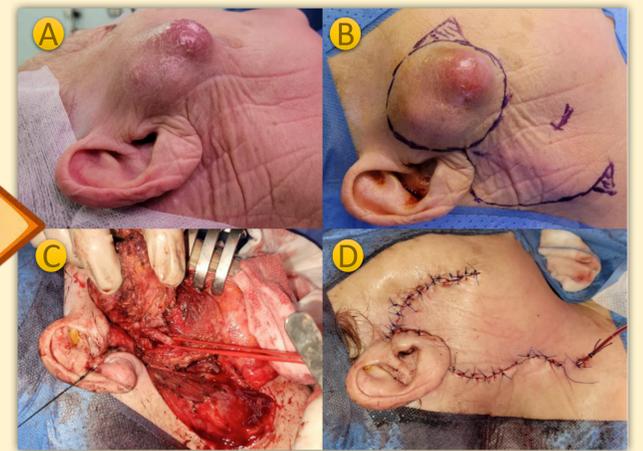


Imagen 2: A: Tumoración con infiltración del tejido celular subcutáneo y piel. B: Diseño de colgajo de avance. C: Infiltración de A. Carótida externa por el tumor (vessel), que precisa ser ligada. D: Resultado del colgajo de avance.

RESULTADOS

En todos los casos se realizaron parotidectomías ampliadas, con vaciamiento cervical funcional ganglionar izquierdo y exéresis de CAE cartilaginosa en el segundo caso. Debido a la extensión del tumor, en este caso, fue necesaria la desperiostización de la apófisis cigomática llegando casi hasta la fosa infratemporal, donde se comprobó la infiltración tumoral de periostio cigomático-temporal. Los dos primeros casos precisaron la ligadura de la arteria carótida externa, maxilar interna y temporal superficial. La reconstrucción del defecto facial se llevó a cabo con colgajos de rotación. El postoperatorio fue favorable, manteniendo el colgajo buen aspecto. Los dos primeros casos fueron tratados con radioterapia adyuvante con buen control de la enfermedad.



Imagen 3: Corte coronal (A) y axial (B) con tumoración parotídea izquierda, que infiltra CAE cartilaginosa, VII par craneal izquierdo, músculo temporal, apófisis cigomática izquierda, carótida y hueso timpánico ipsilateral

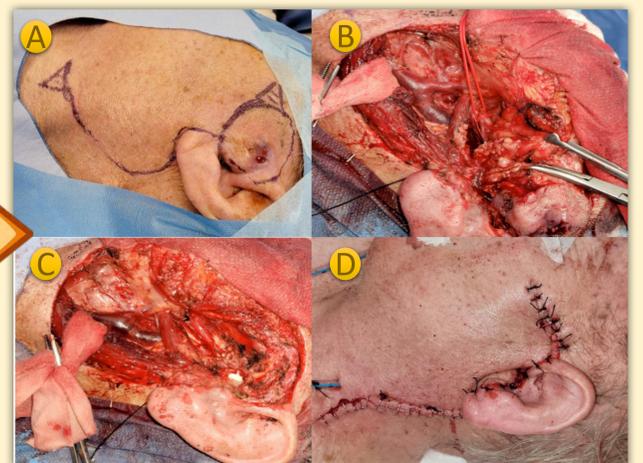


Imagen 4: A: Diseño del colgajo de avance. B: Tumoración que infiltra CAE cartilaginosa y A. Carótida externa (vessel) que precisa ser ligada. C: Resultado tras exéresis completa del tumor D: Resultado del colgajo de avance.

CONCLUSIONES

Debemos conocer las opciones de reconstrucción facial con colgajos locales para resecciones de lesiones amplias en las que no sea posible estética o funcionalmente un cierre directo; además de tener en cuenta las características de la piel donde se encuentra el defecto y de la región donante.



Imagen 5: Corte axial (A) y coronal (B), en los que se observan cambios postquirúrgicos a nivel de parótida izquierda (parotidectomía superficial previa por carcinoma adenoide quístico) y nueva tumoración parotídea de 2 cm



Imagen 6: Imagen preoperatoria (A) y tras el resultado de la reconstrucción con colgajo de rotación (B)

BIBLIOGRAFÍA

- Huentequeo C, Siso S, Unibazo A, Pino D, Alister JP, Mayer C, Olate S. Colgajos locales en reconstrucción facial. Alternativas de tratamiento. Int. J. Odontostomat., 15(2):538-550, 2021.
- Pérez S, Marengo R, González-Beato MJ, García P, Bueno C, Lázaro P. Colgajos de avance con triángulo de Burrow en la cara. Actas Dermosifiliogr 2002;93(10):602-6
- Gutiérrez M, Ulloa J, Ulloa P. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2012; 72: 39-48