

Reconstrucción con colgajo de trapecio: una alternativa para coberturas difíciles

Reconstruction with trapezia flap: alternative for difficult coverage

Jose Sandoval¹, Rodrigo Hamuy^{1,2}, Elvio Méndez¹, Celso Aldana

RESUMEN

La reconstrucción en cabeza y cuello secundarios a resección tumoral o trauma son un desafío para el cirujano reconstructivo. Actualmente los colgajos libres son usados para la reconstrucción de defectos complejos dejando a los colgajos locales como segunda opción, sin embargo, no siempre se dispone de las condiciones ideales. Presentamos el caso de un paciente adulto con pérdida de sustancia en región auriculomastoidea izquierda y su reconstrucción con colgajo de trapecio.

Palabras clave: colgajo de trapecio, colgajos regionales.

ABSTRACT

Head and neck reconstruction secondary to tumor resection or trauma are a challenge for the reconstructive surgeon. Currently free flaps are used for the reconstruction of complex defects leaving local flaps as a second option, however, ideal conditions are not always available. We present the case of an adult patient with loss of substance in the left auriculomastoid region and its reconstruction with a trapezius flap.

Keywords: trapezium flap, regional flaps.

INTRODUCCIÓN

El colgajo fasciomusculo cutáneo de trapecio extendido, basado en la arteria dorsal escapular, puede ser una buena opción de reconstrucción para la cabeza y el cuello. La utilización de este colgajo no predispone a secuelas funcionales del hombro.

REPORTE DE CASO

El paciente se presentó a nuestro consultorio con antecedente 5 años de evolución de lesión en piel que inició en pabellón auricular, con extensión posterior a toda la oreja izquierda y al conducto auditivo externo e interno, cuya biopsia indicaba carcinoma escamoso pobremente diferenciado, al examen físico no se palpaban ganglios y la TAC no informaba secundarismo ni ganglios cervicales afectados, fue sometida a exéresis amplia con margen de seguridad de 1cm y se decidió diferir la reconstrucción una vez asegurado los márgenes libres (*Figura 1*).

En el postoperatorio, delimitamos los bordes del músculo trapecio utilizando como puntos de referencia la protuberan-

cia superior occipital en el límite craneal, el borde medial de la escápula en su límite lateral, las apófisis espinosas en su límite medial y las apófisis espinosas de T8 a T12 en su borde inferior. Se dibuja la isla cutánea sobre un área distal al borde inferior del músculo trapecio de 16 cm de largo por 7 cm de ancho. Con anestesia general colocamos al paciente en una posición de decúbito lateral derecho y dejamos el miembro superior ipsilateral sobre un dispositivo de sujeción (*Figura 2*).

La disección comienza en sentido caudo-craneal, en dirección al pedículo del colgajo, empezando con la elevación de la fascia adyacente del músculo dorsal ancho y evitando la disección muscular. Es importante incluir la fascia profunda, ya que posee los vasos que irrigan la piel de la isla cutánea. La disección continúa en sentido craneal. Cuando encontramos el borde inferior del músculo trapecio, debemos incluirlo en el colgajo, pero evitando la elevación del dorsal ancho y de los músculos romboidales a fin de preservar la función del hombro y evitar su caída. No debemos separar el músculo trapecio de sus inserciones en la escápula, acromion y clavícula.

El pedículo del colgajo emerge entre los músculos romboidales, medial al borde vertebral de la escápula. Realizamos una incisión en la piel hasta encontrar el área receptora. Finalmente, se cierra por planos el área donante y se deja un drenaje a presión negativa (*Figura 3*).

El postoperatorio transcurrió sin incidencias; el drenaje de la región receptora fue retirada a las 48 hs y la del donante fue retirada a los 5 días; finalmente el paciente fue dado de alta al 3° DPO.

CONCLUSIONES

El colgajo de trapecio extendido basado en la arteria dorsal escapular es una opción apropiada y fiable para cubrir defectos de cabeza y cuello, especialmente en casos donde otras opciones reconstructivas ya han sido agotadas o cuando existen problemas de comorbilidad en el paciente que impiden procedimientos más invasivos, como puede ser el uso de colgajos libres.

1 Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. San Lorenzo, Paraguay

2 Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Asunción, Paraguay

Autor correspondiente: Dr. José Sandoval, sandovalperez@hotmail.com

Recibido: 09 diciembre 2019 - Aceptado: 31 enero 2020

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 1: Pérdida de sustancia a nivel auriculotemporal lado izquierdo.

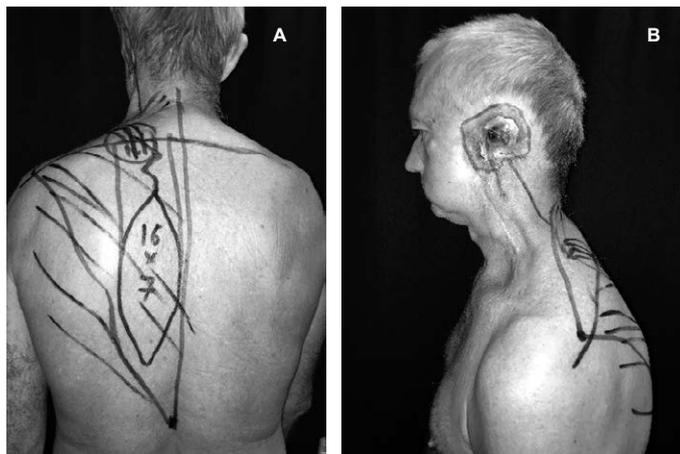


Figura 2: Marcación pre-operatoria.



Figura 3: Post-operatorio inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baek, SM, Biller HF, Krespi YP, Lawson W. The lower trapezius island myocutaneous flap. *Surg. Annals of Plast. Surg.* 1980, 5 (2):108.
2. Urken ML, Naidu RK, Lawson W, Biller HF. The lower trapezius island musculocutaneous flap revisited. Report of 45 cases and a unifying concept of the vascular supply. *Arch. of Otolaryngology-- head & neck Surg.* 1991, 117 (5):502.