

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TRAS LA RESECCIÓN DE UN CARCINOMA BASOCELULAR

Dr. Ángel Sarduy Borges. Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro. Cuba.

Dra. Ana María Rodríguez Díaz. Policlínico Universitario Chiqui Gómez. Cuba. amrd@nauta.cu

Dr. Kendry González Duardo. Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro. Cuba.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude a consulta externa del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro un paciente masculino de 71 años, de piel blanca con antecedentes de hipertensión arterial controlada y cardiopatía isquémica, refirió una lesión localizada en ala nasal izquierda, asintomática, de 8 meses de evolución y de crecimiento progresivo; ha estado expuesto durante su vida útil a la exposición prolongada al sol debido a su oficio de constructor.

Al examen físico regional se detecta asimetría facial por alteración del contorno del ala nasal izquierda por lesión de aproximadamente 1,2 cm de diámetro, centro ulcerado y bordes irregulares, con base sésil, forma redondeada, color rosáceo, consistencia indurada, superficie rugosa y no dolorosa a la palpación.

El examen del cuello resultó negativo. Se establece la impresión diagnóstica de carcinoma basocelular y como diagnósticos diferenciales se tienen en cuenta el carcinoma epidermoide y queratoacantoma, que solo puede corroborarse mediante estudio histopatológico.

Se indicó el chequeo preoperatorio con todos los resultados dentro de parámetros de normalidad:

Hemograma

Hemoglobina:13,2 g/L

Hematocrito:40 %

Leucograma:6 x 10⁹/L

Coagulograma

Tiempo de sangramiento:1s

Tiempo de coagulación:7s

Conteo de plaquetas:234 x 10⁹/L

Coágulo retráctil.

Hemoquímica

Glicemia: 5,6 mmol/L

Creatinina: 86 mmol/L

Ácido úrico: 250 μ mol/L

TGP: 23 U/L

TGO: 27 U/L

LDH: 301 U/L

Lipidograma

Colesterol: 4,2 mmol/L

Triglicéridos: 0,90 mmol/L

Se realizó la planificación del tratamiento quirúrgico, bajo anestesia local se procedió a la exéresis de la lesión con márgenes de seguridad de 5 mm trazándose un colgajo de transposición lobulado (Figura 1). Se disecó y rotó el colgajo hacia la zona receptora y se fijó con puntos clave en sus planos profundos con material reabsorbible assufile calibre 5,0 y se sutura la piel con nylon calibre 6,0, observándose buen llenado capilar.

Se indicó el análisis anatomopatológico de la pieza obtenida, que informó la presencia de un carcinoma basocelular ulcerado con bordes de sección quirúrgica libres de tumor. Los puntos de sutura fueron retirados tras 7 días de la intervención y en el control postoperatorio no presentó complicaciones.



Fig1. Aspecto del colgajo trazado.

Obsérvese que debe contar con una base ancha para asegurar irrigación adecuada.

El paciente refirió estar satisfecho con los resultados estéticos y funcionales obtenidos, además no presenta signos de recidiva tumoral a los 3 meses en la consulta evolutiva correspondiente (Figura 2).



Fig. 2. Se observa la simetría de las alas nasales y la normocoloración del área reconstruida.

DISCUSIÓN

El paciente que se presenta coincide con la mayoría de los casos reportados en la literatura,^{1,2,3} en cuanto a criterio diagnóstico, los factores predisponentes del mismo, el sexo y la localización de la lesión, aunque otras publicaciones exponen casos de pacientes más jóvenes⁴ y la mayor incidencia en mujeres.^{5,6}

En cuanto a la clasificación, este caso corresponde a un tumor de alto riesgo según las normas que establece la National Comprehensive Cancer Network (NCCN),⁷ las mismas plantean como variante terapéutica más recomendable la cirugía micrográfica de Mohs, la cual no fue viable por no contar con un Patólogo adiestrado para este fin, además es costosa y se reserva para casos seleccionados.

Se recomienda tener en cuenta criterios como los de Piña Rodríguez⁶ quienes señalan que se debe realizar la exéresis con adecuados márgenes oncológicos. Según normas del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) se toma como margen de resección de piel supuestamente sana, como mínimo, el radio de la lesión (el cual oscila en una media de 0,3-0,5 mm).

La nariz supone un reto quirúrgico debido a que el contorno de la zona es compleja, con áreas cóncavas y convexas, la piel presenta diferencias de color y textura según la región, y

además, cuando se extirpa una tumoración, en ocasiones la pérdida de sustancia no solo afecta a la piel, sino también el cartílago, los músculos y la mucosa endonasal.¹ La mayoría de los autores coinciden en que se debe tratar, por todos los medios, de ubicar la cicatriz que pueda aparecer en un área de poca visibilidad, utilizando como referencia las unidades y subunidades estéticas de la cara, y teniendo en cuenta las líneas de Langer.⁸ Los colgajos originados de estos sitios pueden comúnmente ocasionar asimetría de la nariz distal. Al elegir un colgajo para realizar la reconstrucción, se debe considerar la disponibilidad de tejido en la nariz, el diámetro de la lesión, la orientación de la cicatriz respecto a las líneas de tensión, entre otros factores. Se debe considerar además la estabilidad arquitectural del ala nasal antes de realizar un colgajo a nivel nasal distal. Si el ala lateral carece de soporte, el peso adicional del colgajo causará colapso alar con consiguiente compromiso funcional.⁹

En el presente caso se cumplió con las metas del tratamiento seleccionado, asegurando una remoción completa del tumor, los márgenes quirúrgicos se planificaron cuidadosamente, para la reconstrucción se utilizó un colgajo cutáneo transposicional lobulado con excelente vascularización y estética, elaborado con cualidades muy similares a las de la piel de la zona con defecto, con buena evolución, sin estenosis ni distorsión de la nariz y preservando la función, similar al caso presentado por Vera Navarro.¹

Se considera, al igual que Jardón Caballero⁸ que el colgajo transposicional empleado es adecuado para su uso en la reparación de defectos en el ala nasal circulares u ovalados, además los vectores del colgajo se orientan de modo que no traccionen la piel palpebral, permite realizar una cirugía ambulatoria, bajo anestesia local, presenta poca morbilidad y el resultado es estéticamente superior al de un injerto de espesor total, es un colgajo seguro y eficiente. La principal ventaja de los colgajos locales es la similitud de las propiedades de la piel del sitio del defecto y el sitio donante. Además, la contracción de la herida se observa con menos frecuencia durante la cicatrización.²

A pesar de que existen varias técnicas para su reparación, fue difícil en la cirugía encontrar el tratamiento ideal para la reparación del defecto, no existe un colgajo ideal, para cada paciente debe planificarse la opción reconstructiva más acorde a sus características propias, así como a las del defecto quirúrgico residual, individualizando el caso. Así, poder alcanzar un resultado exitoso en cuanto a funcionalidad y estética, garantizando calidad de vida, lo cual es objetivo primordial de la oncología moderna.

CONCLUSIONES

El caso evidencia que dicha técnica es recomendable en el tratamiento de lesiones que comprometen el ala nasal tales como un carcinoma basocelular, obteniéndose un resultado resolutivo, estético y funcional satisfactorio, combinado con la aprobación del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Vera Navarro L. COLGAJOS CUTÁNEOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA NASAL INVADIDA POR CARCINOMAS BASOCELULARES. Rev Med La Paz[Internet]. 2015[citado abril 10 2021];21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100006
- 2- Morales Navarro D, Barreto Orozco V. Reconstrucción nasal alar tridimensional por exéresis de carcinoma basocelular en paciente geriátrico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019[citado abril 10 2021];56(2):198-206. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n2/1561-297X-est-56-02-e2021.pdf>
- 3-Sánchez Wals L, Aguilar La Rosa J, Gálvez Chávez JC, Acosta Vaillant R, Vázquez González CL. Reconstrucción de defectos totales del ala nasal en pacientes oncológicos. Revista Cubana de Cirugía[Internet]. 2018 [citado abril 10 2021];57(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v57n3/1561-2945-cir-57-03-e680.pdf>
- 4- Sánchez Wals L, García García D.Reconstrucción de defectos totales del ala nasal utilizando el colgajo frontal.Medisur[Internet]. 2017[citado abril 10 2021];15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300014
- 5- Jaramillo P, Loor G, Wong P, Arévalo A, Almeida V, Chiquito C. Reconstrucción nasal con colgajos locales: Manejo según unidades estéticas. Rev. Oncol. Ecu [Internet]. 2017[citado abril 10 2021];27(3):195-205. Disponible en: <https://doi.org/10.33821/196>
- 6- Piña Rodríguez Y, Piña Russinyol JJ, Piña Rodríguez JJ, Castro Morillo AM, Darías Domínguez C. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. Rev.Med.Electrón [Internet]. 2018[citado abril 15 2021];40(1):110-9. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000100012&lng=es
- 7- National Comprehensive Cancer Network(NCCN)Guidelines for Basal Cell Skin Cancer V.1.2020;2019. [citado abril 15 2021]. Disponible en: <https://www.nccn.org>

8- José Jardón Caballero y Dr. Otto Alemán Miranda. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular. MEDISAN[Internet]. 2017[citado abril 10 2021]; 21(1):96. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1035/html>

9-Brenes Leñero E, Piccolo Johanning L. Técnicas de reconstrucción nasal tras resección de un carcinoma basocelular. Rev CI EMed UCR [Internet]. 2016[citado 8 abril 2021]; (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr1611.pdf>