

Caso Clínico

Petrosectomía subtotal extendida, enfoque multidisciplinario. *Extended Subtotal Petrosectomy: Multidisciplinary Approach.*

*Dr. Abel N. Monzón Fernández** *Dra. Felicia Montes de Oca Fernández ***
*Dr. Julio César Gálvez Chávez**** *Dr. Pedro Pablo Morales Hechavarría *****
*Dr. Gerardo López Autores Flores****** *Dra. Roxana Morales Tirado ******

* Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana - Cuba.

** Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Quirúrgico: Hermanos Ameijeiras.

*** Servicio de Cirugía Reconstructiva. Hospital Clínico Quirúrgico: Hermanos Ameijeiras.

**** Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

***** Centro internacional de Restauración Neurológica

***** Servicio de Cirugía Reconstructiva. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

RESUMEN

Se presenta un caso clínico oncológico complejo, que acudió al Instituto Nacional de Oncología y Radio biología de La Habana (Cuba), con diagnóstico clínico-histológico de recidiva de carcinoma epidermoide en región preauricular izquierda, tras cirugía y radioterapia. Posterior a su estudio y discusión colectiva, se creó un equipo multidisciplinario y se decidió intentar cirugía de rescate. Se realizó resección en bloque del tumor y tejidos blandos adyacentes, incluyendo hueso temporal mediante craneotomía basal extendida, y Petrosectomía. Se reconstruyó el defecto resultante con colgajo musculocutáneo pediculado del Trapecio. Se obtuvieron buenos resultados quirúrgicos y una evolución satisfactoria, quedando como secuela parálisis facial izquierda, limitación parcial de la masticación que no impidió la alimentación y deformidad estética con ausencia del pabellón auricular. Tres años después de la cirugía, el paciente mantiene buen estado de salud y ausencia de recidiva local-regional.

Palabras claves: *Carcinoma epidermoide, Petrosectomía, Colgajo miocutáneo.*

ABSTRACT

We present a complex oncological clinical case treated in the National Oncology and Radiobiology Institute of La Habana (Cuba). A patient with clinical and histological diagnosis of relapse of epidermoid carcinoma in left preauricular region, posterior to surgery and radiotherapy. After study and collective discussion of the case, we decided to attempt rescue surgery with a multidisciplinary team. We performed block resection of tumor and adjacent soft tissues including temporary bone with extended basal craniotomy, and petrosectomy. The resulting defect was reconstructed with myocutaneous pedicle flap from Trapezium. Good operative results and a satisfactory evolution were obtained, being as sequel facial left paralysis, partial limitation of the mastication and local aesthetic deformity. After three years of follow up, patient is in good state of health and without local-regional relapse.

Key words: *Epidermoid Carcinoma , Petrosectomy, Myocutaneous flap.*

Introducción.

El carcinoma de piel no melanoma, a pesar de ser la neoplasia maligna de mayor incidencia en el ser humano, representa menos del 0.1% de las muertes debidas a cáncer, sin embargo en las etapas avanzadas puede tener una alta

morbilidad ^(1,2). El perfeccionamiento en las técnicas de resección y reconstrucción han permitido que tumores de gran magnitud que invaden estructuras profundas extradermales, que eran difícilmente abordables, puedan hoy intervenirse eficientemente ⁽³⁾.

Caso clínico.

Paciente masculino de 75 años de edad, tratado en otro centro por carcinoma epidermoide poco diferenciado, infiltrante en región pre-auricular izquierda, incompletamente extirpado. Acude a nuestra institución y se reinterviene, reseándose la piel afectada con el polo superficial de parótida. La biopsia confirma el diagnóstico.

Correspondencia:

Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández Calle 13 No 454 entre E y F Vedado. Ciudad de la Habana. Cuba. Cod. Postal 10400.
Teléfono: 832-5497.
Correo electrónico: anmonzon@infomed.sld.cu

Presentado en:

- VIII Congreso Cubano de Neurocirugía. Cuba, nov. del 2006.
- VII Congreso de Otorrinolaringología. Cuba, mayo del 2007.

© Los Derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.



La exéresis se realizó cerca del borde de sección quirúrgico lateral, por lo que se asocia Radio Terapia adyuvante con Cobalto 60. Al finalizar la misma presenta una zona de radiodermatitis que se comprueba por biopsia. En el seguimiento se concluye la evidencia de una recidiva.

Examen físico y complementarios positivos.

Gran lesión ulcerada pre, infra y retroauricular separadas por pequeñas bandas de piel con bordes irregulares, indurados, eritematosos y edema perilesional, de aproximadamente 70 por 30 mm de diámetro, fija a planos profundos. Fondo sucio, desvitalizado y secreción purulenta fétida. Pabellón auricular deformado y edematoso con ausencia del lóbulo y de la raíz del hélix; obstrucción del conducto auditivo externo.

T.A.C de base de cráneo muestra una lesión tumoral de partes blandas en región preauricular izquierda que se extiende en profundidad hacia el canal auditivo externo, infiltra la cavidad glenoidea provoca osteolisis de la raíz del cigoma y porción mastoidea del hueso temporal (figura 1). Se crea un equipo multidisciplinario integrado por cirujanos oncólogos, neurocirujanos y cirujanos reconstructivos y se decide, con el consentimiento del paciente, realizar resección tumoral de rescate.

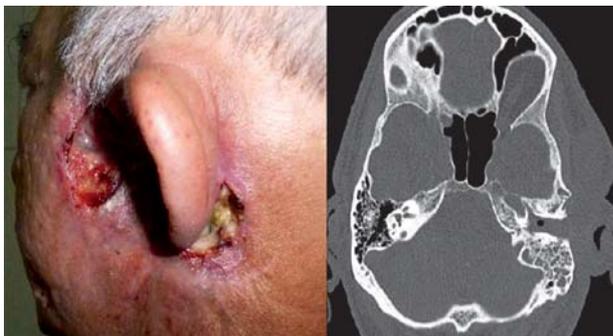


Fig. 1. Panel izquierdo: fotografía de la lesión inicial. Panel derecho: Tomografía en la que se observa la afectación de partes blandas y óseas.

Operación realizada.

Incisión perilesional con margen de seguridad en piel de 3cms, que se extiende a región cervicolateral izquierda. Se realiza vaciamiento supraomohiideo del cuello con

parótidectomía total, y petrosectomía subtotal extendida, previa mastoidectomía, según la técnica de Ugo Fisch ⁽⁴⁾ a través de una craneotomía temporal basal. Se practica osteotomía del arco cigomático y del ángulo de la mandíbula con desarticulación de la misma por infiltración de dichas estructuras y con el objetivo de poder disecar carótida interna intrapetrosa. Se efectúa la exéresis en bloque de toda la lesión. Para dar cobertura a la zona cruenta resultante, se utiliza colgajo musculocutáneo pediculado del Trapecio. (Figura 2).



Fig. 2. A. Lecho quirúrgico, una vez realizada la exéresis completa de la lesión. B: Planeación del colgajo para cubrir el defecto.

Se logró una cubierta cutánea estable, de coloración similar a la piel periférica, con buen espesor, ausencia de fístulas y retracciones cicatrizales (figura 3).



Fig. 3. A. Resultado final, una vez cicatrizado el colgajo. B: Tomografía que muestra la extensión de la exéresis ósea y confirma la ausencia de lesión residual.

El paciente quedó con secuela permanente de parálisis facial periférica ipsilateral, así como con dificultad temporal para la masticación. La TAC postoperatoria (a los 7 meses): Muestra la extensión de la petrosectomía subtotal que tuvo como límites mediales la cápsula ótica y el canal carotídeo intrapetroso. En tres años de seguimiento, no se ha evidenciado recidiva tumoral.

Discusión.

La Petrosectomía y Disección radical de la fosa retromandibular han sido expuestas por Ugo Fisch en su libro *Microsurgery of the Skull* ⁽⁴⁾. El objetivo de este abordaje es la resección en bloque de la fosa retro mandibular con la base del cráneo adyacente. El cáncer pre-auricular que escapa a la detección precoz y crece en profundidad, dentro de esta área constituye una indicación frecuente de esta técnica. La “cirugía de rescate” para estos casos es una alternativa esperanzadora. Dependiendo de la localización y extensión del comprometimiento óseo del tumor, variará el grado de resección ósea, desde una Mastoideo-Timpanectomía Parcial o total hasta una Petrosectomía subtotal extendida ^(5,6).

Para la cobertura de la región temporoccipital, el colgajo vertical del trapecio es la elección, siempre que se conserve el pedículo vascular, que pudiera ser dañado en las disecciones radicales de cuello. En este paciente el cierre primario fue posible, sin producirse dehiscencia de la herida, ni limitaciones funcionales del hombro, la isla cutánea sobrevivió íntegramente y fue suficiente para dar cobertura estable a la zona operada, por lo que confirmamos la utilidad de dicho colgajo en este tipo de lesiones ^(7,8,9).

A modo de conclusión, podemos comentar que en el caso que se presenta se obtuvieron buenos resultados, dados por la exéresis total de la lesión con suficiente margen oncológico, la cobertura cutánea total y estable de la gran zona cruenta resultante, los resultados funcionales aceptables y la ausencia de complicaciones, teniendo en cuenta la complejidad de la intervención por la vecindad de estructuras anatómicas vitales y potencialmente lesionables. El éxito de esta intervención se debió al trabajo en equipo, donde cada especialidad aportó sus conocimientos, habilidades y experiencia profesional.

Bibliografía:

1. Wagner RF, Casciato DA: Skin cancers. In: Casciato DA, Lowitz BB, eds.: *Manual of Clinical Oncology*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams, and Wilkins, 2000, pp 336-373.
2. Safai B. Management of skin cancer. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: principles and practice of oncology*, ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2005.
3. Issing PR, Kempf HG, Schönermark M, Lenarz T. Carcinoma of the temporal bone--current diagnostic and therapeutic aspects *Laryngorhinootologie*. 1995; 74 (11): 666-72.
4. Fisch U, Mattox D.: *Microsurgery of the skull base*. ed Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Germany. Thieme Medical Publishers, Inc., New York, 1988, Capítulo 8, pp:582-625.
5. Bibas AG, Ward V, Gleeson MJ Squamous cell carcinoma of the temporal bone. *J Laryngol Otol*. 2008; 7:1-6
6. Okada T, Saito K, Takahashi M, Hasegawa Y, Fujimoto Y, Terada A, Kamei Y, Yoshida J. En bloc petrosectomy for malignant tumors involving the external auditory canal and middle ear: surgical methods and long-term outcome *J Neurosurg*. 2008; 108(1):97-104
7. McCarthy. “*Plastic Surgery. Vol. I. General Principles*”. W. B. Saunders Company, 1990. Pp. 379-411.
8. Mathes S.J., Nahai F. “*Reconstructive Surgery. Principles, Anatomy and Technique*”. Churchill Livingstone Inc, 1997.
9. Mc Craw JB and Arnold PG.: *Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps*. Hampton Press Publishing Company, Inc. Norfolk, Virginia. Copyright 1987.

