

Resección y plastia en dos enfermos con neoplasma de gran extensión local * **

Dres. ALBERTO R. AGUIAR,*** BOLIVAR DELGADO ****
y Br. MARIO LANZA *****

El tratamiento quirúrgico de lesiones tumorales con gran extensión local, exige exéresis amplias que luego de realizadas plantean grandes problemas de reparación y plastia.

Muchas veces estos problemas limitan al cirujano en la resección, limitando así también las posibilidades de curación.

Se ha dicho que el ideal lo constituyen dos equipos quirúrgicos: uno que reseca y otro que hace la reparación. Es posible que esto sea lo mejor en los casos más complejos. Pero creemos también que el cirujano general, en particular el oncólogo, debe conocer y manejarse con el recurso de plastias comunes (rotaciones de colgajos, injertos de piel libre y plastias musculares), pues podrá así resolver muchos casos en los que aún pudo no preverse la verdadera extensión de la exéresis que se tiene luego que realizar.

Presentamos dos casos de gran exéresis local por exigencias de la extensión lesional, seguidos de plastias comunes con excelentes resultados inmediatos, tanto del punto de vista oncológico como plástico.

PRIMER CASO.— G. F. Ficha: 650.099. Edad: 64 años. Está en tratamiento en el Instituto de Radiología desde el año 1939. La primera parte de esta historia no está documentada por haberse perdido los archivos por una inundación en el año 1955.

En 1939 consultó por tumoración cervical carotídea izquierda. Se le hizo Rø y un año después resección quirúrgica limitada.

Por los caracteres y la evolución ulterior presumimos que pudo tratarse de una T.B.C. ganglionar.

Luego de la exéresis quedó unos años bien, pero luego persistió una fistula lateral de cuello, en medio de zona de piel irradiada, y que con intermitencias persiste por casi 17 años.

Hace dos años consulta de nuevo en el Instituto (fig. 1).

Presenta gruesa tumoración de 6×4 cm. en región carotídea izquierda con fistula central, con bordes irregulares y elevados y por fuera zona de piel con radiodermatitis. La lesión infiltra en E.C.M. y por debajo de la misma se palpan gruesas adenopatías duras. Existe retracción lateral del cuello con imposibilidad de posición vertical de la cabeza.

Se le irradia con electrones acelerados y mejora, pero persiste la infiltración en profundidad.

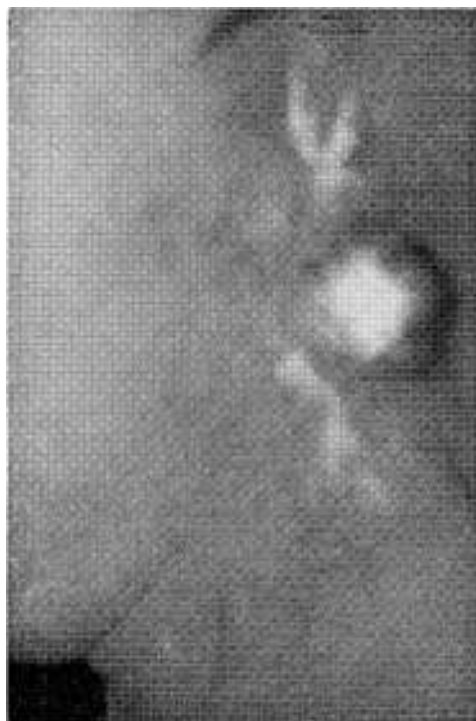


FIG. 1.

* Trabajo del Instituto de Radiología (Sección Cirugía) Dr. J. P. Otero.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de noviembre de 1966.

*** Profesor Adjunto de Cirugía.

**** Asistente de Clínica Quirúrgica.

***** Practicante Interno de Salud Pública.

En abril de 1966 está igual, con franco carácter tumoral infiltrante.

Es enviado a cirugía y en junio de 1966 lo operamos.

Se le practica amplia exéresis de toda la lesión incluyendo piel vecina con lesiones de radiodermatitis desde el lóbulo de la oreja arriba hasta la clavícula abajo, y desde unos 2 cm. de la línea media adelante hasta el borde del trapicio atrás.

Se estirpa en bloc la lesión, piel, E.C.M., vena yugular interna y tejido celuloganglionar del cuello con ganglios supraclaviculares omohioideo y aponeurosis media.

Quedan al descubierto los vasos carotídeos y el neumogástrico.

Se procede primero a hacer una plastia muscular para cubrir los vasos. Se desinserta abajo el angular del cmóplato y conservándole su pedículo superior se rota hacia adelante fijándolo a los bordes anterior e inferior de la herida, aquí a restos de la aponeurosis media.

Luego se traza, labra y rota un gran colgajo de piel con tejido celular subcutáneo, desde el hombro, a pedículo posterosuperior (colgajo en charretera) que se aplica a la pérdida de sustancia.

Sutura borde a borde. Queda pérdida de piel triangular, de unos 4 cm. de lado, sobre el hombro, que se cubre con injerto de piel libre tomado de muslo (fig. 2).

Excelente evolución postoperatoria. Cierre por primera. Recupera extensión completa de cabeza y cuello, y por primera vez en más de 17 años queda sin curación en el cuello.



FIG. 2.



FIG. 3.

El examen histológico muestra: carcinoma malpighiano espinocelular diferenciado, infiltrante (pensamos que desarrollado en zona de piel irradiada). Ganglios no colonizados, pero con fibrosis masiva y focos de necrosis (restos de la T.B.C. ganglionar?).

Lleva 4 meses de operado. Sin signos oncológicos.

SEGUNDO CASO.— M. S. de C. Ficha: 650.883. Edad: 57 años. Ingresa al Instituto de Radiología con un grueso neoplasma del cuadrante superoexterno de mama derecha, fijo al pectoral y a la piel, sin adenopatías palpables.

Se le hicieron electrones acelerados sobre el tumor y axila por tres campos. El tumor se ulceró y posteriormente se infectó y se abscedó: gran supuración retrotumoral en el espesor de la mama.

En febrero de 1966 se le practica, dada la situación, mamectomía simple de limpieza. Cierre de piel con drenaje.

Se sigue luego con electrones acelerados en región pectoral y axila, totalizando 5.100 r. Queda con tres zonas ulceradas y fistulizadas sobre la herida operatoria.

La biopsia de dos de ellas muestra su naturaleza tumoral (carcinoma nodular infiltrante) tipo recidiva local.

Resolvemos entonces operarla. Radiografía de tórax y costillas, normal.

Se le practica una operación de Halsted, con gran exéresis de piel, y en profundidad se incluye el periostio de cinco costillas que se ruginan en una extensión de unos 10 cm. junto con parte de músculos intercostales. No se abre pleura.

Luego se traza, labra y rota un gran colgajo de piel con tejido celular subcutáneo a expensas de piel de hipocondrio y flanco derecho hasta la vecindad de la E.I.A. superior (fig. 3).

Sutura borde a borde, cosa que se logra decolando piel lateralmente.

Excelente evolución con cierre completo por primera.

RESUMEN

Se presentan dos casos de pacientes con neoplasmas de gran extensión local (uno de cuello y otro de mama) que obligan a una gran exéresis local, seguida luego de la plastia correspondiente. Se insiste en la necesidad que tiene el cirujano oncólogo de poseer nociones y manejo de algunos elementos de cirugía plástica y reconstructiva.

Se presentan detalles de las técnicas empleadas en ambos casos.