

339
2 E1

Actual



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RECONSTRUCCION DE CAVIDAD ORAL POSTERIOR A
RESECCION POR CANCER.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JOSE PABLO VILLAMIL GUTIERREZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

RECONSTRUCCION DE CAVIDAD ORAL POSTERIOR Y RESECCION POR CANCER...	1
OPCIONES PARA LA RECONSTRUCCION.....	3
PRINCIPIOS BASICOS DE RECONSTRUCCION INMEDIATA.....	7
MICROSTOMIA.....	8
CANCER DE CAVIDAD ORAL PRINCIPIOS.....	12
METAS.....	20
CIERRE PRIMARIO.....	21
INJERTOS DE PIEL ESPESOR PARCIAL/ESPESOR TOTAL.....	22
INJERTOS DE PIEL ESPESOR PARCIAL.....	24
COLGAJOS INTRAORALES.....	28
COLGAJOS DE PIEL/LOCAL.....	32
COLGAJOS DE PIEL/LOCAL/NASOGENIANO.....	33
COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL.....	34
COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL/FRENTE.....	35
COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL/HORIZONTAL.....	39
COLGAJOS DE PIEL/CERVICAL EN DELANTAL.....	41
COLGAJOS DE PIEL/CERVICAL DE NUCA.....	42
COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.....	44
COLGAJOS DE PIEL/DISTANCIA.....	47
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	63

I N T R O D U C C I O N

En los años de 1910 a 1950 el objetivo primordial de los cirujanos de cabeza y cuello era sólo extirpar el cáncer.

Sin embargo, no se preocupaban por la reconstrucción en la zona de la cirugía, al contrario, ya que tenían miedo de que el cáncer tuviera recurrencia y ocasionará una infección, sobre todo en la arteria carótida y que ésta se reventara, así como la presencia de fístulas.

Posteriormente se ha podido descubrir y comprobar la necesidad de reconstruir la zona de la extirpación del tumor, sobre todo en cabeza y cuello, ya que debemos tomar en cuenta que además de afectar físicamente al paciente también lo hace psíquica y moralmente, por lo tanto trataremos de que su apariencia física sea lo más normal posible.

En éste trabajo pretendo dar un panorama general sobre las técnicas de reconstrucción quirúrgicas para el área de cabeza y cuello, donde las empleadas son CIERRE PRIMARIO, MICROCIRUGIA A DISTANCIA, INJERTOS O COLGAJOS DE PIEL, COLGAJOS MUSCULARES, COLGAJOS MUSCULOCUTANEOS, COLGAJOS INTRAORALES, así como la utilización de los mismos, según las necesidades que el paciente presente, como son los casos de los Labios, Techos de boca, Lengua, Región bucal, Paladar y Mandíbula.

También, se debe mencionar la importancia sobre la necesidad primordial de reconstruir la zona, ya que como se mencionó ante

la apariencia física es tan o igual de importante que la resección del tumor, debemos enfatizar que no sólo debemos controlar el cáncer, sino además dar una adecuada reconstrucción, desde el punto de vista funcional y estático, para poder proporcionar una mejor opción y calidad de vida al paciente oncológico; para así reintegrarlo a su medio ambiente natural.

Esta es una forma de visualizar al paciente no como un enfermo más sino tratarlo bio-psico-socialmente.

P R O L O G O

En la práctica hospitalaria moderna, la atención de los pacientes con Reconstrucción Quirúrgica de cavidad oral posterior a resección por cáncer, frecuentemente es realizada por un equipo de trabajo multidisciplinario, donde participan varios profesionistas con diferentes niveles de preparación.

Esta característica del tratamiento, para el paciente oncológico y su reintegración al medio ambiente natural han hecho indispensable que la cirugía reconstructiva de cavidad oral sea también uno de los objetivos primordiales.

Por ello se ha logrado en los últimos años, el hecho de perfeccionar cada día más las técnicas quirúrgicas, por parte del equipo participante, como son cirujanos, protesistas, cirujanos maxilofaciales, dentistas, enfermeras, etc..

La utilidad de elaborar el presente trabajo es con la finalidad de dar a conocer lo que actualmente estamos haciendo en nuestro país, para mejorar cada día la calidad de vida del paciente, tanto funcionalmente como físicamente.

RECONSTRUCCION DE CAVIDAD ORAL
POSTERIOR A RESECCION POR CANCER

En el Instituto Nacional de Cancerología de nuestro país, el cáncer de cavidad oral, tiene una incidencia del 2.7% de todos los tumores (1); sin embargo por desgracia las más de las veces, los pacientes acuden para tratamiento oncológico, en etapas clínicas avanzadas (III y IV), de tal forma que pese a un tratamiento interdisciplinario (cirugía, radioterapia, quimioterapia), la supervivencia a 5 años a penas llega al 5%.

La cirugía oncológica tiene por objeto retirar la totalidad del tumor con márgenes amplios, así como la resección en bloque del drenaje linfático locorregional, afectando muchas veces y sobre en padecimientos avanzados, la función tan compleja de la cavidad oral como es el de la continencia de la saliva, la deglución, la articulación de las palabras y la forma o estética del paciente (2). También no es infrecuente que la reconstrucción sea todo un reto, misma que no siempre es posible y que requiere de la participación de otros especialistas, entre ellos el protesista (3, 4).

En la actualidad, existen una gran variedad de técnicas para la reconstrucción de la cavidad oral, desde las más sencillas a las más elaboradas. A continuación señalaremos las opciones, en ordne de complejidad: I.- Cierre primario, II.- Injertos de piel, III.- Colgajes intraorales, IV.- Colgajes de piel, V.- Colgajes musculares, VI.- Colgajes musculocutáneos y VII.- Colgajes a distancia con microcirugía.

Para optimizar los resultados funcionales y estéticos posterior a una cirugía ablativa por cáncer, deberemos de seleccionar el método o métodos de reconstrucción individualizando cada caso y tomando en cuenta el tamaño, la localización y naturaleza del defecto, la posible necesidad de proteger estructuras de tratamiento con radioterapia del área, presencia de infección local y/o sistemática, tipo y grado de cultura del paciente, deseo de colaboración del mismo, el estado general y la presencia de patología asociada (diabetes, hipertensión, etc.).

Es importante que el cirujano o los cirujanos, estén conscientes del nivel de sus conocimientos y la capacidad técnica para realizar los procedimientos, contar con un personal de enfermería motivado y adiestrado así como contar con una infraestructura hospitalaria adecuada donde se cuente con instrumental, suturas, terapia ventilatoria, anestesia, banco de sangre, microscopios y terapia intensiva.

Recordemos que la cavidad oral es un conjunto de estructuras con diferentes tipos de tejidos y con funciones muy complejas, variadas y que interactúan entre sí.

Por lo anterior al planear una reconstrucción deberemos de pensar de que además de controlar el cáncer, necesitamos ofrecer calidad de vida al paciente.

OPCIONES PARA LA RECONSTRUCCION

I.- Cierre primario

Esta técnica tiene un papel limitado en cirugía oncológica ya que habitualmente se resecan grandes volúmenes. Sin embargo puede emplearse en pequeños defectos especialmente a nivel de lengua móvil, mucosa oral, piso de boca anterior y defectos de encía inferior. (5).

II.- Injertos de piel

Es un método de los más antiguos y útil ya que se puede emplear en muchas áreas de la cavidad oral. Es técnicamente sencillo, las áreas donadoras son abundantes y la morbilidad del sitio donador es mínima (6). Se puede emplear para defectos del reborde alveolar, piso de boca, superficies dorsal y lateral de lengua, mucosa bucal y paladar. Sin embargo el inconveniente es que se retraen importantemente y pueden fistulizarse.

III.- Colgajos intraorales

El Colgajo más empleado ha sido el colgajo de lengua, el cual se puede rotar de diferentes formas, es muy seguro, es útil para trigono retromolar, pilar, paladar duro e inclusive labio (7). No es necesario hacer retardo y dá una morbilidad mínima del área donadora. También se puede emplear colgajos de mucosa, sin embargo no es lo más usual.

IV.- Colgajos de piel

Se han empleado a expensas de piel de regiones como la frontal (8), cervical (9), nasogeniana (10), y deltopectoral "Bakamjian" (11). Fueron empleados para la reconstrucción de defectos intraorales antes de la era de los colgajos musculocutáneos. Sin embargo en la actualidad se le dá énfasis a las desventajas ya que produce deformidad del área donadora, algunos requieren complementarse con injertos libres y habitualmente requieren de dos tiempos quirúrgicos. (Fotos 1 y 2)

V.- Colgajos musculares

Desde el descubrimiento de la vascularidad por unidad muscular con su patrón vascular predominante, los colgajos musculares como el del temporal han sido empleados más cada día (12). Sin embargo las más de las veces, estos colgajos son mixtos: musculocutáneos.

VI.- Colgajos musculocutáneos

Entre los colgajos mayormente empleados en la actualidad son los basados en los músculos pectoral mayor (13), dorsal ancho (14), trapecio (15) y plastisma (16). Sin embargo también se emplean los colgajos musculocutáneos a expensas de esternocleidomastoideo (17) y combinación de los ya descritos previamente.

El colgajo musculocutáneo de pectoral mayor se le conoce como el "caballo de batalla" de la mayoría de los cirujanos

de cabeza y cuello, ya que está próximo al cuello, tiene un gran arco de rotación, es de confección fácil, tiene piel abundante y viable, se puede diseñar en Islas o penínsulas y dá una morbilidad mínima al área donadora. Es sumamente útil por su grosor especialmente cuando se practican glosectomías totales, puede cubrir la mandíbula así como las placas en forma adecuada y protege a las estructuras del cuello. Por su piel es útil para que el mismo colgajo dé cobertura interna y externa. (fotos 3 y 4)

Sin embargo tiene también algunas desventajas: desde el punto de vista funcional, el grosor del colgajo, impide la movilidad de la lengua o curso de la saliva especialmente cuando es empleado para reconstruir piso anterior de boca o trigono retromolar con mandíbula intacta. El peso del colgajo y la fijación de su pedículo vascular limita su empleo para reparar defectos de paladar o de maxilares.

VII.- Colgajos a distancia con microcirugía

La microcirugía ha venido a revolucionar el concepto actual en muchos aspectos de la cirugía reconstructiva oncológica y especialmente en el área de cabeza y cuello (18). Con los colgajos libres anastomozados con microcirugía, se pueden obtener ventajas como: reconstrucción en un sólo tiempo, pueden ser disecados por otro grupo de cirujanos en forma simultánea a la resección, disponibilidad de múltiples sitios donadores que pueden ofrecer tejidos delgados, flexibles, piel sin cabello para las necesidades

específicas de reparación, con secuelas escasas de las áreas donadoras y se puedan emplear en forma única o combinadas como colgajos fasciocutáneos, osteomusculocutáneos, vísceras, eplión y piel (19, 20, 21, 22, 23).

De las opciones más comúnmente empleados en la reconstrucción de cavidad oral, destacan el colgajo radial de antebrazo, conocido como chino (24), el lateral de brazo (25), el dorsal pedio (26) y el escapular (27).

El colgajo radial o chino (20, se emplea para restaurar defectos de piso de boca y lengua, para reconstruir trigono retromolar y región palatina, así como para remodelar la hemi o blosectmia casi total. La piel de esta área está irrigada de las ramas de la arteria radial, por lo que es necesario verificar la patencia de las arterias ulnar y radial. Es un colgajo ideal para cavidad oral por lo delgado del mismo y lo flexible, de una superficie amplia y se puede emplear en lo irregular del contorno de la cavidad oral. Sin embargo, tiene una desventaja relativa ya que es necesario aplicar un injerto de piel de espesor parcial en la zona donadora y la apariencia pueden ser menos aceptable en la mujer.

El colgajo lateral de brazo puede dar una superficie de piel de 12 x 18 cm. es delgado, sin cabello y va acompañado del nervio cutáneo posterior del antebrazo, tiene un pedículo de 6 a 10 cm. de longitud y el diámetro externo de la arteria es

de 1.0 a 2.4 mm. Hay algunas especulaciones en cuanto a la "neurotización" misma que pudiera ser de utilidad para la regulación: sin embargo, aún por investigarse.

PRINCIPIOS BASICOS DE RECONSTRUCCION INMEDIATA.- Deben ser recordadas cuando se trata de reestructurar tejidos de cabeza y cuello.

1. Las técnicas usadas no deben interferir con los límites de operación extirpativa.
2. La función y forma deben ser restablecidas.
3. La incidencia de morbilidad y mortalidad consecuentes a los procedimientos extirpativos no deben verse aumentados por la magnitud de la masa reconstructiva.
4. Deformidades cosméticas secundarias no se deben reproducir a menos que no se tenga otro método positivo de reconstrucción.
5. La fase reconstructiva debe ser inmediata sobre todo si existe cura.
6. En procedimiento reconstructivo prolongado no debe existir en pacientes con aparatos protésicos, no se lograría rehabilitación con éxito.

MICROSTOMIA.- Puede originar una reconstrucción labial adecuada y puede producir un aumento de cicatrización debido al uso múltiple de capas, este problema puede ser resuelto usando un aparato que aplique continua presión de estiramiento de los labios empezando dos semanas después de la reparación del labio, el aparato es utilizado por el paciente 2-4 hrs. al día por 2 meses y después si es necesario en forma intermitente, el aparato produce relajación y suavización de la cicatriz, el aparato puede ser utilizado con éxito en casos de microstomía, por quemadura eléctrica o flama en labios; las comisuras presentan un problema especial en la reconstrucción de los labios y deben ser preservados lo más posible con tejido original ya que es un punto primario del aseguramiento de los elevadores depresores y retractores de los labios; una vez que las comisuras han sido desgarradas, el adecuado alineamiento, el desempeño oral o un suficiente ancho en la apertura oral son difíciles de realizar, varias técnicas quirúrgicas están disponibles para restaurar las comisuras y ampliar el stoma oral, las capas de mucosas orales y labiales son útiles en restaurar las comisuras, una lateralidad basada en capas velloved de la mucosa bucal pueden ser usadas para mantener la esquina de la boca; una capa bermillón basada en labio superior es elevado del labio inferior y la mucosa es abanzada de la parte interior de labio inferior al bermillón del labio superior, la capa bermillón es rotada y lateralmente suturada en posición a lo largo del labio superior.

Drooling, es el primer paciente al cual se le practicó esta exsición en el labio y no ha sido satisfactoriamente duplicada; restaurando la altura del labio manteniendo la continuidad orbicular, la posición de las comisuras y la inervación son consideraciones importantes cuando se establecen la recuperación oral, todas estas metas y las reconstrucciones inmediatas de defectos parciales de los labios superiores e inferiores se pueden cumplir utilizando las técnicas quirúrgicas desarrolladas por Karapanzic, los resultados funcionales son excelentes en esa técnica, preservan el movimiento total de los labios y los nervios sensores, la apariencia es buena a pesar de la cantidad del labio que se ha cortado varios grados de microstomía son producidos en el labio inferior en su totalidad, puede ser satisfactoriamente reconstruido en esta etapa; el concepto de utilizar capas labiales músculo cutáneas para la restauración de los defectos del labio superior, también son descritos por Karapanzic, sus procedimientos incluyen aumento en el tiempo de operación y el desarrollo de la microstomía, a todo esto sin embargo, gracias a los excelentes resultados funcionales que era un problema.

CIRUGIA ONCOLOGICA

CANCER DE CAVIDAD ORAL

C A V I D A D O R A L

R E C O N S T R U C C I O N

CIRUGIA ONCOLOGICA

CANCER DE CAVIDAD ORAL

PRINCIPIOS

I.-

VIDA

II.-

FUNCION

III.-

ESTETICA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

O P C I O N E S

- I.- CIERRE PRIMARIO
- II.- INJERTOS DE PIEL:
 - ESPESOR PARCIAL
 - ESPESOR TOTAL
- III.- COLGAJOS INTRAORALES:
 - MUCOSA
 - LENGUA
- IV.- COLGAJOS DE PIEL:
 - LOCAL
 - REGIONAL
 - DISTANCIA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

O P C I O N E S

- V.- COLGAJOS MUSCULARES
- LOCALES
 - REGIONALES
 - DISTANCIA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

O P C I O N E S

VI.- COLGAJOS MUSCULOCUTANEOS :

- LOCALES
- REGIONALES
- DISTANCIA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

O P C I O N E S

VII.- COLGAJOS A DISTANCIA (MICROCIRUGIA)

- FASCIOCUTANEOS
- MUSCULOCUTANEOS
- OSTEOMUSCULOCUTANEOS
- FASCIDOS CUTANEOS
- VISCERAS
- EPIPLON
- PIEL

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

E L E C C I O N D E L A O P C I O N

D E P E N D E D E :

- 1.- TAMANO DEL DEFECTO
- 2.- LOCALIZACION
- 3.- NATURALEZA
- 4.- NECESIDAD ESPECIFICA DE ESTRUCTURAS
- 5.- EXPOSICION DE ESTRUCTURAS VITALES
- 6.- ANTECEDENTES DE RADIOTERAPIA
- 7.- ANTECEDENTES DE INFECCION

E L E C C I O N D E L A O P C I O N

D E P E N D E D E :

8.- FACTORES DEL PACIENTE

- . CULTURA
- . DESEOS
- . STATUS PERFORMANCE
- . PATOLOGIA ASOCIADA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

E L E C C I O N D E L A O P C I O N

D E P E N D E D E :

- 9.- CIRUJANO (S)
- 10.- ENFERMERA (S)
- 11.- INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
 - MICROSCOPIO
 - INSTRUMENTAL
 - SUTURAS
 - APOYO VENTILATORIO
 - ANESTESIA
 - BANCO DE SANGRE
 - TERAPIA INTENSIVA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

M E T A S

- 1.- RESTAURAR LA FUNCION
- 2.- MANTENER LA FORMA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

I. - C I E R R E P R I M A R I O

1. - I N D I C A C I O N

- DEFECTOS PEQUENOS

. PISO DE BOCA

. MUCOSA ORAL

. LENGUA

2. - FRECUENTEMENTE DIFICIL EN CANCER

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL/ESPESOR TOTAL)

CARACTERISTICAS:

- TECNICAMENTE SENCILLOS
- SITIOS DONADORES ABUNDANTES
- AREAS DONADORAS / MORBILIDAD MINIMA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL/ESPESOR TOTAL)

INDICACIONES :

- 1 . - ENCIA
- 2 . - PISO DE BOCA
- 3 . - SUPERFICIE DE LENGUA (LATERAL / DORSAL)
- 4 . - MUCOSA ORAL
- 5 . - PALADAR

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL)

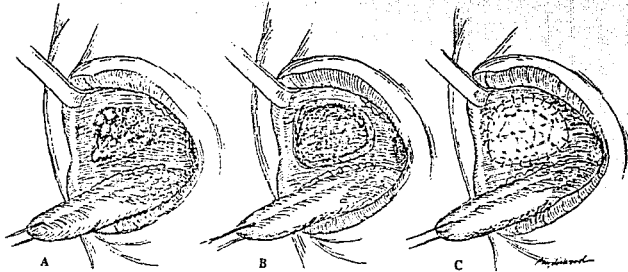
V E N T A J A S :

- DURABLE
- NO DESCAMA
- TOLERA RADIOTERAPIA
- TOLERA DENTADURA
- HABITUALMENTE NO SE RETRAE

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL)

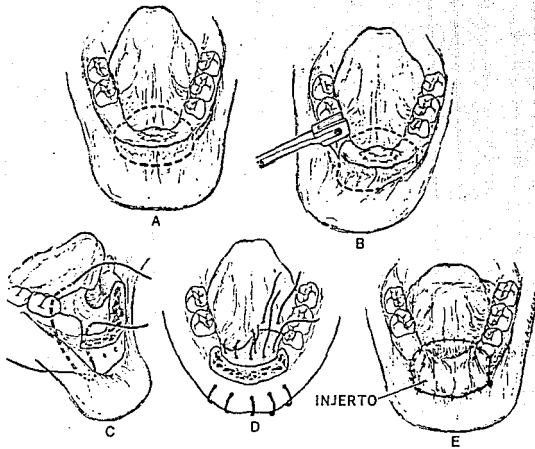
MUCOSA DE CAVIDAD ORAL



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL)

E N C I A



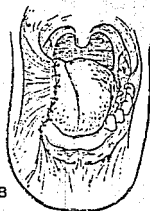
CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

II.- INJERTOS DE PIEL (ESPESOR PARCIAL)

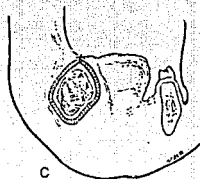
TRIGONO RETROMOLAR



A



B



C

III . - C O L G A J O S I N T R A O R A L E S

O P C I O N E S :

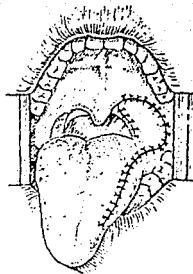
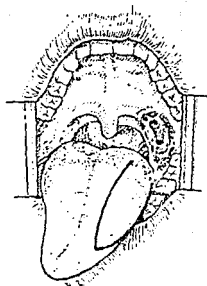
1.- LENGUA

2.- MUCOSA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

III.- COLGAJOS INTRA ORALES

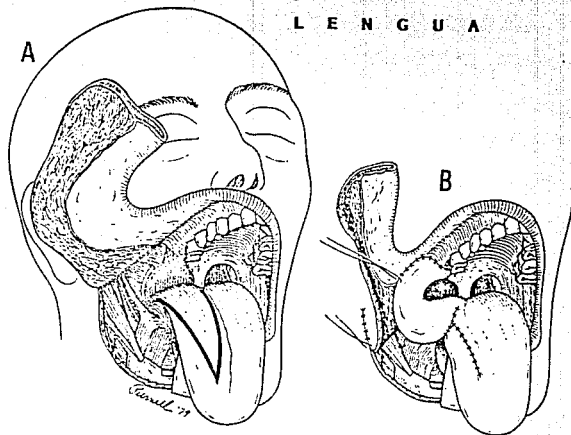
L E N G U A ,



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

III.- COLGAJOS INTRAORALES

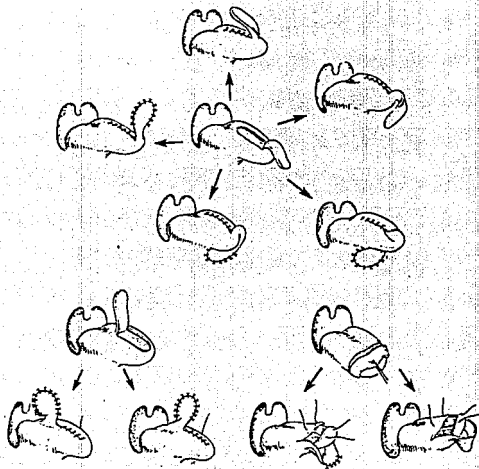
L E N G U A



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

III.- COLGAJOS INTRA ORALES

OPCIONES CON LENGUA



IV. - COLGAJOS DE PIEL / LOCAL

T I P O :

- N A S O G E N I A N O

. S U P E R I O R

. I N F E R I O R

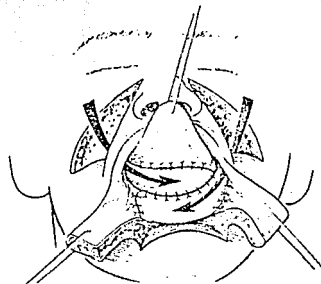
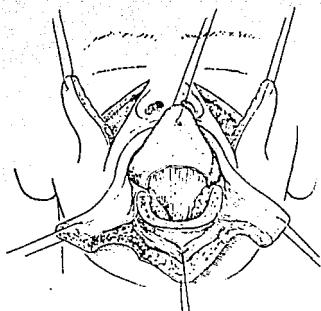
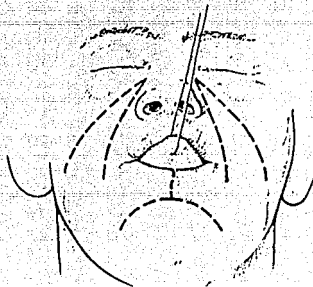
. U N I L A T E R A L

. B I L A T E R A L

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL LOCAL / NASOGENIANO

DISEÑO Y RUTA DE TRASLADO



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL

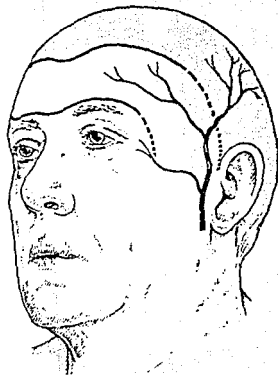
T I P O S

- F R E N T E

- C E R V I C A L

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

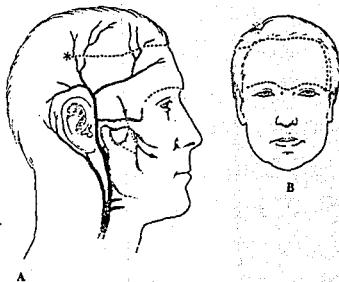
IV.- COLGAJO DE PIEL REGIONAL / FRENTE



LONGITUD / CIRCULACION

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCIÓN

IV.- COLGAJO DE PIEL REGIONAL / FRENTE

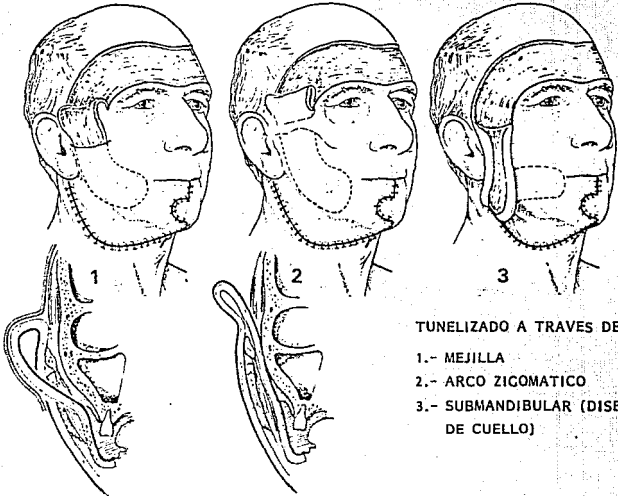


CIRCULACION Y EXTENSION

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJO DE PIEL REGIONAL / FRENTE

RUTAS DE TRASLADO DEL COLGAJO A CAVIDAD ORAL



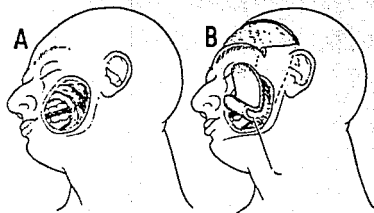
TUNELIZADO A TRAVES DE

- 1.- MEJILLA
- 2.- ARCO ZIGOMATICO
- 3.- SUBMANDIBULAR (DISECCION DE CUELLO)

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL

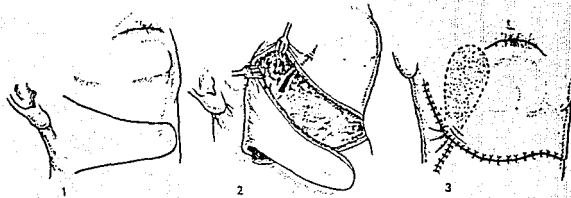
F R O N T A L



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL

CERVICAL HORIZONTAL



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL

C E R V I C A L

D I S E N O :

- H O R I Z O N T A L

. A N T E R I O R

. P O S T R I O R

- V E R T I C A L

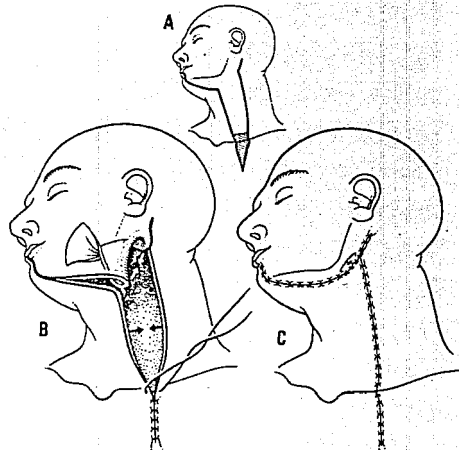
. O C C I P I T O - M A S T O I D E O

. D E L A N T A L

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL

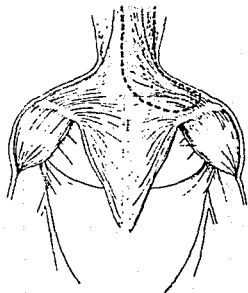
CERVICAL EN DELANTAL



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL

CERVICAL DE NUCA (MUTTER)*



* AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE 4:66, 1842

IV . COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL

CERVICAL DE NUCA (MUTTER)

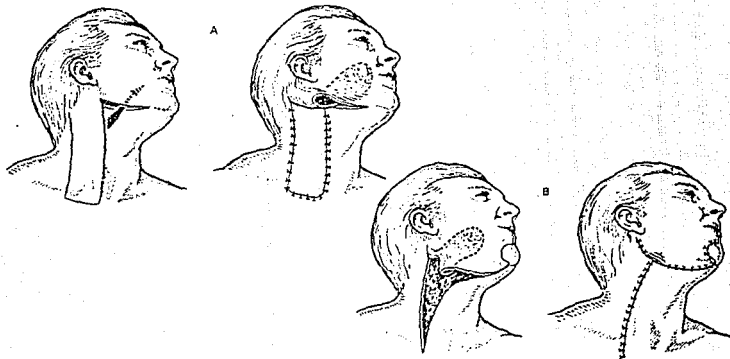
DESVENTAJAS :

- ALTA FRECUENCIA DE NECROSIS
(PRIMERA INTENCION)
- NECESARIO RETARDO
- NECESARIO INJERTO EN
AREA DONADORA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL

ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO (SOLO PIEL)*



* Bakamjian VY, Littlewood M.: BRITISH JOURNAL OF PLASTIC SURGERY
17:191, 1964

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL

ESTERNOCLÉIDOMASTOIDEO (SOLO PIEL)*

D E S V E N T A J A S :

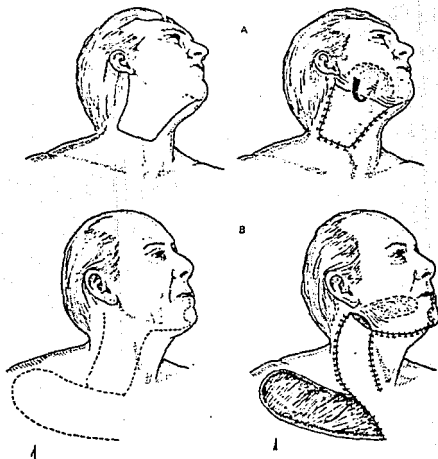
- 20% DE NECROSIS

* Bakamjian VY, Littlewod M. : BRITISH JOURNAL OF PLASTIC SURGERY
17:191,1964

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL/REGIONAL

CERVICAL EN DELANTAL (ZOVICKIAN)*



* PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY 21:433, 1958

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL / DISTANCIA

T I P O :

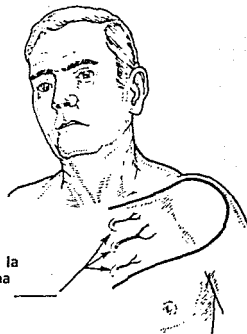
- D E L T O P E C T O R A L

(B A K A M J I A N)

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL/DISTANCIA

DELTOPECTORAL (BAKAMJIAN)*



Ramas perforantes de la
arteria mamaria interna

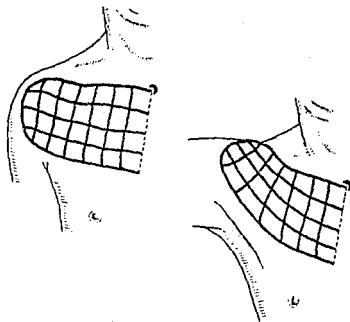
DIMENSION CONVENCIONAL Y VASCULARIDAD

* PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY 36:173, 1965

**CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION**

IV.- COLGAJOS DE PIEL/DISTANCIA

DELTOPECTORAL (BAKAMJIAN)

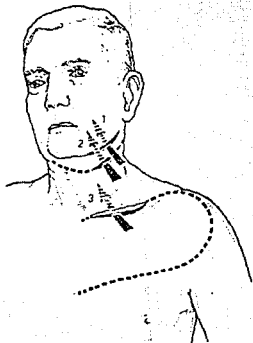


PUNTO DE ROTACION

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL / DISTANCIA

DELTOPECTORAL (BAKAMJIAN)



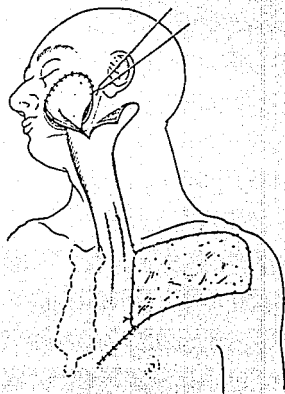
POSIBLES VIAS DE ASCENSO:

- 1.- PARALELO Y BORDE INFERIOR DE MANDIBULA
- 2.- INCISION SUBMANDIBULAR
- 3.- INCISION INFERIOR DE DISECCION DE CUELLO

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJO DE PIEL / DISTANCIA

DELTOPECTORAL (BAKAMJIAN)

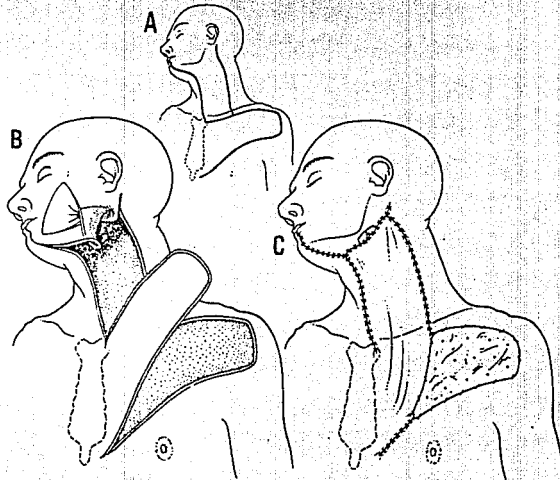


DIVIDIDO

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL Y A DISTANCIA

CERVICAL EN DELANTAL Y DELTOPECTORAL - BAKAMJIAN



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL / DISTANCIA

DEL T PECTORAL (BAKAMJIAN)

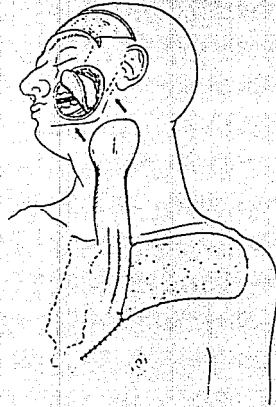
VENTAJAS :

- FACIL
- RAPIDO
- SEGURO

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJOS DE PIEL / REGIONAL Y A DISTANCIA

FRONTAL Y DELTROPECTORAL - BAKAMJIAN



CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV. - COLGAJOS DE PIEL / DISTANCIA

DEL TPECTORAL (BAKAMJIAN)

DESVENTAJAS:

- 2 TIEMPOS QUIRURGICOS
- INJERTO LIBRE
- SECUELAS EN AREA DONADORA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV . - COLGAJOS DE PIEL : LOCAL / REGIONAL / DISTANCIA

DESVENTAJAS :

- DEFORMIDAD AREA DONADORA
- NECESIDAD DE INJERTOS
- DOS TIEMPOS QUIRURGICOS

C O L G A J O S M U S C U L O C U T A N E O S

E N

R E C O N S T R U C C I O N

D E

C A V I D A D O R A L

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

VI.- COLGAJOS MUSCULOCUTANEOS

O P C I O N E S :

- PECTORAL MAYOR
- DORSAL ANCHO
- TRAPECIO

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

IV.- COLGAJO MUSCULOCUTANEO / PECTORAL MAYOR

VENTAJAS POR SU PIEL:

- VIABLE
- ISLA
- PENINSULA
- SUPERFICIE CONSIDERABLE
- CUBIERTA EXTERNA
- CUBIERTA INTERNA
- CUBIERTA MIXTA

ESTR
TIPS
NO
DE
LA
BIBLIOTECA

CAVIDAD ORAL
RECONSTRUCCION

VI.- COLGAJO MUSCULOCUTANEO / PECTORAL MAYOR

VENTAJAS POR SU GROSOR:

- GLOSECTOMIAS TOTALES
- CUBRE MANDIBULA
- CUBRE PLACAS
- PROTEGE ESTRUCTURAS
DEL CUELLO

VI.- COLGAJO MUSCULOCUTANEO / PECTORAL MAYOR

COMUNNMENTE EMPLEADO POR:

- PROXIMIDAD AL CUELLO
- ARCO DE ROTACION
- CONFECCION FACIL
- PIEL VIABLE
- PIEL VARIABLE (ISLA/PENINSULA)
- PIEL SUPERFICIE CONSIDERABLE
- MINIMA MORBILIDAD DEL AREA
DONADORA

CONCLUSION

Mediante el desarrollo de esta información pude percatarme que cada día cobra "afortunadamente", más importancia la reconstrucción de la Cavidad Oral, y que además, no sólo se debe realizar la reconstrucción como un factor de rutina para el paciente, sino que se debe ampliar la visión (a conciencia) para seleccionar adecuadamente el tipo de técnica, para reconstruir las zonas afectadas tratando de beneficiar en todos los aspectos al paciente.

Y sobre todo debemos saber, qué tipo de tumor canceroso es el que se va a tratar para efectuar la reconstrucción del trabajo, observando los siguientes puntos:

- 1.- Observar y controlar cualquier reincidencia.
- 2.- Efectuar la reconstrucción, posteriormente en el lugar afectado.
- 3.- Tratar de conservar la función de la zona dañada, así como su estética.

Y así sucesivamente, con estos tres puntos importantes proporcionar al paciente no sólo la reincorporación a su medio ambiente natural, sino también darle la mayor seguridad posible de como manejar su enfermedad, sin afectar en lo más mínimo sus actividades cotidianas como persona.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Mora Macías T. Ochoa Carrillo Francisco J.: Epidemiología del Cáncer en el Depto. de Cabeza y Cuello, del Instituto Nacional de Cancerología de México. Reportes anuales del Depto. de Archivo Clínico. 1991.
- 2.- Steele G. Jr.: Cady B.: General Surgical Oncology. W.B. Saunders Co. 1992, Pág. 34.
- 3.- Echevarría e.; Cedeña MY.: Protésis en mandibulectomizaods. *Práctica Odontológica* 12:15-19. 1991.
- 4.- Aramán MA, Myers E, Beery W.: Prosthetic rehabilitation of acquired defects of the cavity. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. The C.V. Mosby Co. 1986. Pág. 1531-1554.
- 5.- Sessions DG, Cummings CW, et. al.: Atlas of access and reconstruction in head and neck surgery. *Mosby Year Book* 1992. Pág. 22.
- 6.- Schramm VL, Myers EN.: Skin grafts in oral cavity reconstruction. *Arch Otolaryngol* 106: 528-532, 1980.
- 7.- Chambers RD, Jaques DA, Mahoney WD.: Tongue flaps for intraoral reconstruction. *Am J. Surg.* 118: 783-786, 1969.
- 8.- McGregor IA.: Reconstruction following excision of intraoral and mandibular tumors. In Converse JM (ed) *Reconstructive plastic surgery*, 2nd edn. Saunders, Ph. 1977, Pág. 2642.
- 9.- Bakamjian VY, Littlewood M.: Cervical skin flaps for intraoral and pharyngeal repair followings cancer surgery. *British Journal of Plastic Surgery* 17: 191-194, 1964.

- 10.- Cohen IK, Edgerton MT. Transbuccal flaps for reconstruction of the floor of the month. Plastic and Reconstructive Surgery. 48:8-12, 1971.
- 11.- Bakamjian VY.: The deltopectoral flpa. In Grabb WC, Myers MB. Eds. Skin Flaps. Little Brown, Boston 1975 Pâg. 225-230.
- 12.- Demaj PN, Sotereanos GC.: Transmaxillary temporalis tranfer for reconstruction of a large defect. Report of a case. J. Oral Maxillofacial Surg. 47: 197-202, 1989.
- 13.- Ariyan S.: The pectoralis major myocutaneous flap: a versatile flap for reconstruction of the head and neck. Plast Reconstr Surg. 63:73-81, 1979.
- 14.- Barton FE Jr.; Spicer TE, Byrd HS.: Head and Neck reconstruction with the latissimus dorsi myocutaneous flap: Anatomic observations and report of 60 cases. Plast Reconstr Surg. 71:199-204, 1983.
- 15.- Rosen HM.: The extended trapezius musculocutaneous flap for cranio-orbito-facial reconstruction. Plast Reconstr Surg. 75:319-324, 1985.
- 16.- Futrell JW, Johns ME, Edgerton MT, Cantrell RW, Fitz-Huges Gs.: Platysma Myocutaneous flap for intraoral reconstruction. American Journal of Surgery 136: 504-507, 1978.
- 17.- Owens N.: A compound neck pedicle designed for the repair of massive facial defects. Plastic and Reconstructive Surgery 15: 369, 1955.

- 18.- Daniel Rk, Taylor GI.: Distant transfer of an Island flap by microvascular anastomoses. *Plast Reconstr Surg.* 52: 111, 1973.
- 19.- Mc Craw JB, Furlow LT.: The dorsalis pedis arterialized flap. *Plastic and Reconstructive Surgery* 55: 177-182, 1975.
- 20.- Soutar DS, Scheker LR, Tanner NSB, Mc Gregor Ia.: The radial forearm flap: a versatile method for intra-oral reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery* 62: 462-467, 1978.
- 21.- Maxwell GP, Steuberk, Hoopes JE.: A free latissimus dorsi myocutaneous flap. *Plastic and Reconstructive Surgery* 62: 462-467, 1978.
- 22.- McGregor IA, Jackson IT.: The groin flap. *British Journal of Plastic Surgery* 25-3, 1972.
- 23.- Dos Santos LF.: The scapular flap, a new microsurgical free flap. *Bol Chir Plast* 70: 133-136, 1980.
- 24.- Yang G, Chen B, Gao Y.: Forearm free skin flap transplantation. *Natl Med J. China*, 61: 143-146, 1981.
- 25.- Matloub HS, Sanger JR, Godina M.: Lateral arm neurosensory flap. *Transactions of the uth International Congress of Plastic and Reconstructive Surgeons*. Montreal Canada. 1983.
- 26.- Man D, A. cland RD.: The microarterial anatomy of the dorsalis pedis flap and its clinical applications. *Plast Reconstr Surg.* 65: 419-423, 1980.
- 27.- Barwick WJ, Goodking D, Serafin D.: The free scapular flap. *Plast Reconstr Surg* 69: 779-785, 1982.