

COLGAJO TIPO MUSTARDÉ: CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO.

Mustarde flap: locally advanced basal cell carcinoma.

Isaías Duque¹

Resumen

El Carcinoma Basocelular es el tumor maligno más frecuente de la piel, existen casos en los que su agresividad local es muy importante, llegando a invadir estructuras profundas y provocando deformidades del mosaico facial. Presentamos el caso de una paciente de 64 años de edad, que cursa con carcinoma localmente avanzado. Describimos el caso clínico y el tratamiento quirúrgico realizado por nuestro Servicio de Cirugía Plástica.

Palabras clave: Cáncer de piel, Carcinoma Basocelular, Colgajo local, Colgajo Mustardé.

Abstract

Basal Cell Carcinoma is the most common malignant tumor of the skin, there are cases in which local aggressiveness is very important, coming to invade deep structures and causing facial deformities. We report the case of a 64-year-old who presents with locally advanced carcinoma. We describe the clinical case and surgical treatment carried by our Department of Plastic Surgery.

Key Words: Skin Cancer, Basal Cell Carcinoma, Local flap, Mustardé flap.

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Basocelular también llamado epiteloma Basocelular, se trata de una lesión maligna del tejido epidérmico que posee factores comunes predisponentes comunes con el espinocelular y juntos solo causan el 1,5% de los fallecimientos por Cáncer. Se presenta en su mayor proporción en la cabeza y el cuello afectando principalmente los dos tercios superiores de la región facial, siendo en orden decreciente la nariz, mejilla, peri orbita,

cuero cabelludo y región frontal las áreas más afectas; el mismo no se presenta en mucosas. Desde el punto de vista histológico se encuentra constituido por células ovoides pericidas a las basales inmaduras de la epidermis y anexos cutáneos, aunque raramente este tipo de cáncer produce metástasis puede llegar a ser muy agresivo localmente causando verdaderos efectos deformantes en el paciente¹.

Representa el tumor cutáneo más frecuente siendo aproximadamente el 75% de los casos, predomina en el sexo masculino de piel blanca, su máxima incidencia entre los 40 y 70 años de edad, no presentándose en niños ni en sujetos de piel oscura pues en este último grupo la melanina ejerce un efecto protector, como principal agente etiológico tenemos que la exposición directa e indirecta prolongada a la luz solar que predispone al daño tisular y aparición de alteraciones en el ADN celular lo que favorece a las mutaciones e instauración del cáncer³.

Su clasificación se puede hacer tanto clínica como histológicamente, siendo la clínica la principalmente utilizada en nuestro servicio donde tenemos las variedades: Nodular, Nódulo ulcerativo, Superficial, Pigmentado, Cicatrizal, Fibroepiteloma pre maligno, Epitelioma lineal folicular generalizado y Síndrome de Nevus basocelulares múltiples. Su diagnóstico diferencial debe realizarse del Carcinoma espinocelular principalmente³.

Para su tratamiento en casos localmente avanzados y el lograr un buen resultado es necesario hacer un diagnóstico correcto y un manejo quirúrgico radical, definitivo y oportuno. Se debe tener en cuenta su tamaño, localización, forma clínica, y si se trata de una lesión primaria o recurrente; La cirugía es la mejor opción terapéutica con curaciones del 95 al 100% de los casos, los márgenes que se deben extirpar varían de 0,5cm a 3cm para los tumores localmente avanzados o recidivantes. En los casos donde la lesión se encuentra localmente avanzada que ameritaran resecciones amplias se sugiere el manejo con injertos y

Recibido: 24/04/2015 Aceptado: 10/06/2015

Declaración de conflicto de interés de los autores: el autor declara no tener conflicto de intereses.

1. Médico Cirujano, Residente del 3er año de Postgrado Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. Correo electrónico: isaiasduquemora@gmail.com

colgajos locales con la finalidad de dejar el mínimo de secuelas tanto funcionales como estéticas⁵.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente Masculino de 64 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien acude a la consulta especializada, en el Servicio de Cirugía Plástica por presentar una tumoración sintomática de crecimiento progresivo en la región malar (mejilla) izquierda con aproximadamente 09 meses de evolución por lo cual se decide ingresar e inicialmente se realizó Biopsia incisional de la lesión descrita.

Al examen físico facial se observó una lesión nódulo ulcerativa en forma de cráter de aproximadamente 6x6 cm de diámetro, con presencia de exudado sero-sanguinolento en su interior. Figura 1.



Figura 1. Fotografía. Aspecto Externo de la lesión (Duque 2013)

Paraclínicos dentro de límites normales, valoraciones preoperatorias normales, resultado de la Biopsia inicial: Carcinoma Basocelular Noduloulcerativo infiltrante.

Bajo el diagnóstico descrito, previa discusión del caso en revista de servicio, se plantea intervención quirúrgica bajo anestesia general, en la cual se realiza, en el área afectada una resección amplia de la lesión con márgenes de seguridad de $\pm 1,5$ cm. Más reconstrucción mediante colgajo local de avance de mejilla tipo Mustardé. Figura 2.



Figura 2. Fotografía. Post Operatorio Mediató (Duque 2013)

Se obtiene el resultado de la biopsia corroborándose el diagnóstico histológico de Carcinoma Basocelular, con márgenes negativos para malignidad lo cual es sinónimo de curación de la enfermedad; Al Examen físico control en el Post operatorio tardío al mes se aprecia un excelente resultado funcional y estético sin compromiso de las ramas del Nervio Facial, con presencia de una cicatriz aceptable la cual irá mejorando conforme ocurra la maduración de la misma. Se realizaran controles periódicos en la consulta externa para verificar la evolución de mismo. Figura 3.



Figura 3. Fotografía. Post Operatorio Tardío (Duque 2013)

DISCUSIÓN

El pronóstico del Carcinoma Basocelular, en general, es bueno si se realiza un tratamiento adecuado; Los principios básicos que seguimos para el tratamiento de estos pacientes incluyen: la remoción completa de las lesiones tumorales, el uso de tejidos de características similares en cuanto al color y grosor de la piel, el respeto a las unidades y subunidades estéticas de la cara y la realización de una técnica quirúrgica minuciosa³.

Existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas para reconstruir la cubierta cutánea. En este caso clínico se describe el uso de un colgajo cérvico-facial, el cual fue propuesto por Mustardé para la reconstrucción de defectos de la mejilla. Se trata de un colgajo de piel de patrón aleatorio irrigado por el sistema de la arteria facial y perforante del sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS). Tradicionalmente se realiza a través de una incisión que rodea la unidad estética de la mejilla en su unión con la unidad estética del párpado inferior, extendiéndose hasta la región preauricular y prolongándose verticalmente incluso hasta el cuello, de acuerdo con el tamaño del defecto a reconstruir².

Sus principales ventajas son: la confiabilidad en su perfusión, el uso de tejidos adyacentes a la lesión y la localización de la cicatrices en los bordes de las unidades estéticas. Por lo anterior, se propone su utilización como una de las principales opciones para el manejo de defectos oncológicos de la mejilla en nuestros pacientes².

Cada caso debe ser analizado individualmente y meticulosamente; En el plan de tratamiento se debe incluir la rehabilitación del paciente para devolverle la capacidad funcional, anatómica y estética. Para este fin se utiliza la fisioterapia local en caso de afectación de las ramas nerviosas motoras y sensitivas que discurren por la zona⁵.

CONCLUSIÓN

El caso presentado, correspondiente a Carcinoma de piel basocelular localmente avanzado, el protocolo quirúrgico empleado para el tratamiento es la resección completa de la lesión con márgenes de seguridad y reconstrucción mediante colgajo local de avance tipo Mustardé, previa revisión de las partes blandas adyacentes para realizar la remoción de cualquier área infiltrada, evitando así recidivas y obteniendo un resultado funcional y estético favorable para el paciente.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. José Daniel de Barcia, Cirujano Plástico y Reconstructivo, Docente invitado del Postgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IAHULA, por su aporte científico y la orientación prestada al momento de realizar este caso clínico.

REFERENCIAS

1. Kurzer Schall A. Cirugía Plástica, Ed. Universidad de Antioquia; Vol. 1. 1997: 266-272.
2. Baker Shan R. Colgajos Locales en la Reconstrucción Facial; Vol. 2. 2013: 525-534.
3. Diepgen TL., Mahler, V. The epidemiology of skin cancer. Br J Dermatology 2002; 146 (Suppl): 1-6.
4. Goldberg, DP. Assessment and surgical treatment of basal cell skin cancer, Clin Plast Surg 1997; 24: 673-686.
5. Gueressi, J. Tácticas y Técnicas Quirúrgicas en Cirugía Plástica Reconstructiva, Amolca, 2011: 103-113.