

Reconstrucción de brazo afectado por tumor de células de Merkel, con colgajo gran dorsal pediculado.

BARDALES LASTEROS Alberto*, HUIMAN LAZO Víctor**, SULLON OLAYA José***

SUMMARY

Latissimus dorsi flap is versatile to cover local defects as at distance. The tumor of cells of Merkel is not very frequent and it appears in exposed areas in the sun. Case Report: Patient female 55 years with tumoracion in left arm. Tumoracion is dried up and it is carried out reconstruction of the area with a ipsilateral. latissimus dorsi flap. Conclusion: The tumor of Merkel involves an extensive area of the left arm, creating a great defect in the resection. Latissimus dorsi flap contributes muscular and cutaneous to cover the great and deep defects. for the reconstruction. (Rev. Med. Hered. 2003; 14: 150-153)

INTRODUCCIÓN

El uso de la cirugía reconstructiva es de gran utilidad en la cirugía oncológica, sobretudo si involucra la resección de grandes lesiones tumorales que comprometen extensas áreas corporales, las cuales deben reconstruirse de preferencia en forma inmediata para restablecer los aspectos anatómicos, funcionales y estéticos de la zona afectada y disminuir la morbilidad física y emocional que involucra un procedimiento de resección oncológico amplio (1,2,3).

El colgajo dorsal ancho es uno de los más versátiles y funcionales, convirtiéndose una alternativa útil para la reconstrucción de las extremidades. Puede usarse para cubrir defectos pequeños y de grandes extensiones, utilizarse como colgajo local o a distancia en la reconstrucción de diferentes áreas corporales (4,5).

El tumor de células de Merkel descrito por primera vez por Toker en 1972, es un tumor cutáneo no frecuente que aparece en zonas de piel expuesta al sol preferentemente de cabeza y cuello, en personas ancianas. Este tumor es conocido también como

carcinoma trabecular de la piel o carcinoma neuroendocrino primario de la piel (6,7).

El presente caso reporta la excisión del carcinoma de células de Merkel de gran tamaño en miembro superior izquierdo y la realización de una cirugía reconstructiva con colgajo miocutáneo del gran dorsal.

Caso Clínico:

Paciente mujer de 55 años de edad, que acude al Hospital Nacional Cayetano Heredia en junio del 2000 por presentar una tumoración de 6 meses de evolución en borde externo de brazo izquierdo, asintomática. Masa incrementa progresivamente de tamaño y refiere eritema 2 semanas antes de su ingreso lo que, motivó la consulta. Se le realizó biopsia por excisión, cuyo resultado fue carcinoma de células de Merkel.

No presentaba antecedentes personales ni familiares contributorios.

Al examen físico se evidenció una masa en borde externo de brazo izquierdo a 5 cm por debajo de

* Cirujano Plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

** Cirujano General, Médico Residente 2do año de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

*** Cirujano Oncólogo, Jefe del Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

articulación acromio clavicular, de 10 x 8 cm, multinodular, congestiva, eritematosa, dolor a la palpación en zona de biopsia, empastada, indurada, bordes no definidos, sin vello (Figura N°1). Además, conglomerado ganglionar en axila de 6 cm de diámetro aproximadamente.

El examen anatomopatológico concluyó como una neoplasia maligna de células redondas pequeñas con un alto índice mitótico, ricamente vascularizado, parcialmente delimitado por trabéculas delgadas y gruesas de tejido conectivo que le confieren un patrón organoide. La neoplasia presenta extensas áreas de necrosis tumorales infiltra la piel hasta la dermis superficial, existiendo un área de ulceración y necrosis en contacto con el tumor. Los bordes de sección laterales estaban libres de neoplasia, pero el borde profundo, comprometido. El conglomerado ganglionar fue positivo para neoplasia, el tejido muscular también presentaba compromiso. Los hallazgos descritos son consistentes con carcinoma de células de Merkel.

Técnica Quirúrgica: Se realizó una resección amplia de la tumoración, con un margen de seguridad de 3 cm y en profundidad, se resecó triceps braquial hasta la fascia del vasto interno, se complementó la cirugía oncológica con una resección ganglionar axilar. La

reconstrucción del área cruenta se realizó en forma inmediata, para ello se planificó el uso del dorsal ancho, por ser un colgajo que ofrece una cubierta de piel y músculo necesaria para cubrir defectos extensos y profundos. Se diseñó la isla de piel necesaria para cubrir el área afectada sobre la región paraescapular ipsilateral al defecto. La incisión sigue el diseño cutáneo hasta la fascia del músculo, el cual se disecciona de forma distal hacia proximal, donde se encuentra su pedículo tratando de conservar su fascia. Se identifica el pedículo de la arteria toracodorsal, acompañado de su vena y nervio y se disecciona lo más proximal posible con el propósito de permitir un mayor arco de rotación del colgajo. Una vez diseccionado la isla de piel con el músculo y su pedículo neurovascular, se rota el colgajo tunelizado en forma subcutánea a manera de isla hasta el lecho cruento receptor y se fija a sus bordes, observando siempre su viabilidad. La zona dadora del colgajo se cierra en forma primaria, dejando un drenaje al vacío. (Figuras N°2 y 3).

La evolución fue favorable, manteniéndose el colgajo de gran dorsal viable, no presentando complicaciones postoperatorias. Se evidenció un buen recubrimiento de la zona, viabilidad del colgajo sin limitación funcional de área comprometida y la zona dadora evolucionó en forma favorable.

Figura N°1. Vista de la lesión antes de la cirugía.



Figura N°2. Zona de resección del tumor en brazo izquierdo.





Figura N°3. Postoperatorio inmediato. Colgajo miocutáneo de dorsal ancho.

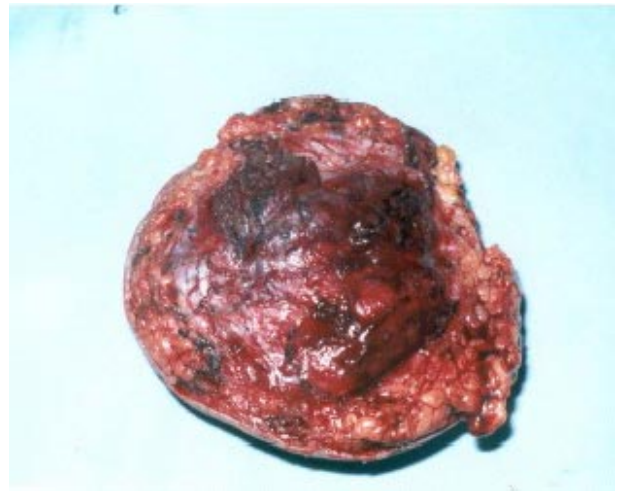


Figura N°4. Tumor de células de Merkel.

La paciente acude en forma periódica para su control en el consultorio externo de cirugía plástica y de oncología y continua con radioterapia por el compromiso del plano profundo (Figuras N°5 y N°6).

DISCUSIÓN

En la reconstrucción de defectos de grandes dimensiones post resección oncológica que involucran diferentes áreas corporales pueden utilizarse diversas técnicas reparadoras, ya sea en forma inmediata o tardía, tales como injertos de piel, colgajos locales y/o colgajos a distancia (10,1). En nuestro caso reporte la resección del tumor de Merkel dejó una lesión de 10 x 8 x cm en cara externa de brazo y se utilizó un colgajo local, musculocutáneo como el gran dorsal.

El gran dorsal es un colgajo músculo cutáneo que sirve de opción para cubrir defectos en tercio superior de brazo, localizados tanto en región anterior y posterior. La circulación del colgajo se basa en pedículo toracodorsal para cubrir el brazo (4,5).

El colgajo es elevado desde el borde distal hacia el proximal, como en la reconstrucción de mama, pero la disección debe realizarse lo más proximal posible para que el músculo este libre dentro de la axila. Esta disección es esencial para que el músculo pueda ser

transferido hasta el brazo. Se debe realizar un túnel ya sea anterior o posterior en la axila para aproximar el colgajo al defecto en el brazo.

El colgajo del gran dorsal por su componente miocutáneo se ha convertido en uno de los mejores recursos de la cirugía reconstructiva debido a su versatilidad, tamaño y disección que permite que sea utilizado para cubrir defectos tanto en forma local como a distancia (4,5).

El carcinoma de células de Merkel tiene presentación cutánea con evidencias de metástasis regional y a distancia. La lesión primaria de piel es asintomática, los pacientes con enfermedad diseminada presentan sintomatología generalizada (fatiga, malestar), signos localizados (hemoptisis, adenopatías) o ambos.

El tamaño de la lesión generalmente es de menos de 2 cm pero se han presentado casos de hasta mas de 15 cm de diámetro (2,11,12).

Se prefiere la escisión quirúrgica, recomendando un margen de resección de 3 cm. La radioterapia sirve de coadyuvante post resección de la lesión cutánea y para tratar el plano profundo muscular comprometido. El tratamiento médico con quimioterapia ha dado escasos buenos resultados (6,7,8).



Figura N°5. Postoperatorio después de 1 año.



Figura N°6. Postoperatorio después de 01 año.

Correspondencia :

Victor Huiman Lazo
Jirón Libertad N° 1474 Dpto 303 – A.
Magdalena del Mar Lima Perú
Teléfono: 98092670
e-mail : victorhuiman@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quillen CG. Latissimus dorsi myocutaneous flap in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1979;63: 664.
2. Capanna R, Manfrini M, Briccoli A, Gherinzoni, F, Lauri, G, Caldoni P. Latissimus dorsi pedicled flap applications in shoulder and chest wall reconstructions after extracompartmental sarcoma resections. *Tumori* 1995;81:56.
3. Maxwell GP, McGibbon BM, Hoopes JE. Vascular considerations in the use of latissimus dorsi myocutaneous flap after mastectomy with axillary dissection. *Plast Reconstr Surg* 1979;64:771.

4. Mathes S, Nahai F. Clinical atlas of muscle and musculocutaneous flaps. Mosby Co 1979. pp:369-389.
5. Mathes S, Nahai F. Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps. Mosby Co 1979. pp:620-623.
6. Toker C. Trabecular carcinoma of the skin. *Arch Dermatol* 1972;195:107-10.
7. Shea C, Prieto V. Merkel cell carcinoma. *Medicine Journal* 2001;12:17.
8. O'Connor W, Broadland D. Merkel cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1996;22:262-7.
9. Queirolo P, Gipponi M., Peressini A., et al. Merkel cell carcinoma of the skin. Treatment of primary, recurrent and metastatic disease: review of clinical cases. *Anticancer Res* 1997; 17:673-8.
10. Gritten JM. Latissimus dorsi myocutaneous flap. In B. Strauch LO, Vasconez and E. J. Hall-Findlay (Eds), *Grabb's Encyclopedia of Flaps*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1998.
11. Hanke CW, Conner AC, Teenofeew RK, et al. Merkel cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1989;125:1096-100.
12. Chiarelli T., Grant-Kels J., Sporn J., et al. Unusual presentation of a Merkel cell carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2000;42:2.