

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, E.S.E.
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva Oncológica

**USO DEL COLGAJO SUPRACLAVICULAR EN
COBERTURAS DE CABEZA Y CUELLO**

PROTOCOLO

Autor:

Dr. Javier Martínez C.

Especialista en entrenamiento Cirugía Plástica y Reconstructiva
Oncológica

Director:

Dra. Gloria Ordoñez N.

Especialista Cirugía Plástica y Reconstructiva Oncológica

Codirector:

Dra. Teresa Martínez P.

Grupo de estudios Epidemiológicos

Santafé de Bogotá, julio 2001

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. Planteamiento del problema	1
2. Marco Teórico	2
3. Objetivos	3
4. Hipótesis	4
5. Variables	4
6. Diseño metodológico.	4
6.1. Tipo de Estudio.	
6.2. Criterios de inclusión.	
6.3. Criterios de exclusión.	
7. Procedimiento	4
8. Instrumento de recolección.	5
9. Factibilidad	6
10. Bibliografía	7
11. Anexo 1 FORMULARIO DE INCLUSION	8
12. Anexo 2 FORMULARIO DE CIRUGIA	9
13. Anexo 3 FORMULARIO DE CONTROL	10

USO DEL COLGAJO SUPRACLAVICULAR EN COBERTURAS DE CABEZA Y CUELLO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer de cabeza y cuello es responsable de aproximadamente el 5% del número total de pacientes con cáncer.

Según el Registro Institucional del Cáncer publicado por el Instituto Nacional de Cancerología, en el 1999 el cáncer de piel fue la tercera causa general de cáncer teniendo una distribución de acuerdo a casos nuevos (462) de: melanoma 22%, Carcinoma Escamocelular 30% y Carcinoma Basocelular 59.2%. Siendo el tratamiento distribuido de la siguiente manera: Cirugía 60.4%, radioterapia 7.4%, quimioterapia 2.2%, radio-quimioterapia 0.9%, cirugía-radioterapia 2.8%, cirugía-quimioterapia 1.3%, cirugía-radio-quimioterapia 0.2% y otros 1.7%. Esto nos muestra el problema al cual nos vemos enfrentados sobretodo en aquellos casos en los cuales el tumor es de gran tamaño en una patología y en la cual el tratamiento quirúrgico es de primera elección.

La reconstrucción de grandes defectos de tejido en el área de la cabeza y el cuello, generalmente impide la utilización de colgajos locales por la cantidad limitada de tejido que proveen y en otro extremo de los recursos se encuentran los colgajos libres, los cuales son una muy buena opción pero requieren una infraestructura especializada que implica mayores costos.

Los colgajos regionales ofrecen mayor cantidad de tejido que los colgajos locales sin requerir de técnicas microquirúrgicas y por ende implican menores costos, siendo el colgajo deltopectoral el más ampliamente utilizado de los colgajos regionales pero presenta limitaciones como son una alta tasa de complicaciones y deformidad de la zona donante.

El colgajo supraclavicular, es un colgajo fasciocutáneo regional que ha mostrado utilidad en la reconstrucción de secuelas de quemaduras en el área cervical. Nuestro propósito es investigar la aplicabilidad del colgajo supraclavicular en la reconstrucción de grandes defectos secundarios a tratamiento quirúrgico de patología tumoral en cabeza y cuello.

2. MARCO TEORICO:

La historia de la cirugía reconstructiva siempre ha ido ligada al estudio de la anatomía vascular del cuerpo humano motivo por el cual la utilización de nuevos colgajos ha progresado con el conocimiento de la circulación fasciocutánea.

De una manera abreviada se puede iniciar la historia de la reconstrucción del área de cabeza y cuello por los aportes de Edgerton en 1951 quien revolucionó la cirugía reconstructiva al introducir el concepto de reconstrucción primaria posterior a resecciones de tumores. En 1963 McGregor plantea el uso del colgajo frontal con pedículo lateral para

reconstrucciones inmediatas y en 1965 Bakamjian describe el colgajo deltopectoral el cual se convierte en el colgajo más usado durante décadas. En los años 70's se conoce e inicia el uso de los colgajos musculocutáneos, Ariyan en 1979 describe el colgajo pectoral, el cual es útil pero presenta limitantes como son la longitud del pedículo y la deformidad en la zona donante.

El advenimiento de los colgajos libres revolucionó la cirugía reconstructiva en cabeza y cuello por la versatilidad de tejidos, la menor morbilidad de zona donante y la disminución del número de procedimientos posteriores.

Pese a que el colgajo axial supraclavicular fue descrito desde el año 1979 por Lamberty⁽¹⁾ hay pocas publicaciones que describan sus aplicaciones. Se ha usado con éxito en pacientes quemados para la corrección de bridas cervicales ⁽²⁾ ⁽³⁾ lo cual lo hace la primera opción quirúrgica en este tipo de patología, pero su utilidad en defectos secundarios a tratamientos oncológicos no ha sido reportada.

El colgajo supraclavicular es un colgajo axial basado en la arteria supraclavicular la cual es rama de la arteria cervical transversa. La arteria supraclavicular emerge a 3 o 4 cm del origen de la arteria cervical transversa en el tronco tirocervical y sigue su curso hacia la región acromial sobre la fascia ⁽³⁾. Su territorio vascular lo conforma la piel supraclavicular y la piel del hombro donde se presentan anastomosis con ramas de la arteria circunfleja humeral posterior hasta la V deltoidea. Los estudios anatómicos han demostrado la presencia de la arteria supraclavicular en el 100 % de las disecciones ⁽¹⁾. El drenaje venoso es por 2 venas paralelas a la arteria siendo una tributaria de la vena cervical transversa y la otra de la vena yugular externa ⁽³⁾.

En el diseño se toman como puntos de reparo para la ubicación del pedículo el borde lateral del músculo esternocleidomastoideo, unión tercio interno de la clavícula con 2 tercios laterales y la palpación del músculo omohioideo. La isla cutánea debe seguir el eje hacia el acromion e incluyendo la piel hasta la V deltoidea de acuerdo a los requerimientos de tejido.

La disección del colgajo se realiza desde el extremo lateral incluyendo la fascia, una vez se pasa la clavícula se debe realizar una disección cuidadosa para no lesionar el pedículo se debe identificar el músculo omohioideo teniendo en cuenta que el pedículo pasa por debajo de este y emerge por su porción posterior. El colgajo posteriormente se rota 180 grados de acuerdo a la localización del defecto.

Presenta como ventajas que su disección es rápida, se tiene una adecuada cantidad de tejido de un aspecto muy parecido al de la zona donante y la zona donante se puede cerrar mediante cierre directo no requiriendo de otros procedimientos y quedando la cicatriz en un área de expuesta.

Posterior a la descripción de Lamberty ⁽¹⁾ hay publicaciones ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ en donde se toma la piel de esta área pero con otros colgajos como el del músculo trapecio o con el colgajo deltopectoral previo uno o más

diferimientos, utilizando esta piel no como colgajo axial, sino como territorio de choque.

En el 1997 Pallua y colaboradores (2) publican el uso del colgajo supraclavicular en isla para corrección de bridas cervicales secundarias a quemaduras en 8 pacientes, con éxito en todos los casos, utilizando como longitud máxima 30 cm. La innovación de estos autores fue realizar el diseño en isla, lo cual aumenta el arco de rotación. En el 2000, este mismo autor (3) publica el uso del colgajo tunelizado en reconstrucciones de pacientes quemados para coberturas de mejilla en 1 caso, mentón 2 casos y porción superior del tórax y cuello en 4 casos, con éxito en todos estos pacientes y sin complicaciones.

3. OBJETIVOS:

1. Determinar las indicaciones del uso del colgajo supraclavicular en la reconstrucción de pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos de cáncer de cabeza y cuello.
2. Identificar las complicaciones del uso del colgajo supraclavicular de acuerdo con la localización anatómica de la reconstrucción.
3. Cuantificar la tasa de complicaciones en la zona donante.

4. HIPÓTESIS:

El Colgajo axial supraclavicular es un colgajo seguro de gran utilidad en la cobertura de defectos localizados en el área de cabeza y cuello posteriores a tratamientos quirúrgicos de cáncer con una morbilidad mínima.

5. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL OPERATIVO
Edad	Años cumplidos día de la cirugía	Numérico	Años
Sexo	Genero	Nominal	Masculino Femenino
Factores de riesgo	Patologías asociadas que pueden afectar la viabilidad del colgajo	Nominal	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Enfermedad del colágeno Radioterapia Otras.
Diagnostico	Diagnostico de acuerdo al CIEO2	Nominal	Tipo diagnostico
Estadio	De acuerdo a la	Numérico	I,II,III,IV

	clasificación TNM		
Área defecto	Medida en centímetros cuadrados del área a cubrir	Numérico	Centímetros cuadrados
Localización defecto	Localización anatómica del defecto	Nominal	Párpado Temporal Mejilla Nasal Pared lateral boca Piso boca Cuello Otro
Area colgajo	Medida en centímetros cuadrados del área del colgajo	Numérico	Centímetros cuadrados
Duración Cirugía	Tiempo que transcurre desde el inicio de la incisión hasta el cierre de las heridas	Numérico	Minutos
Necrosis	Porcentaje de necrosis con respecto al área del colgajo	Numérico	Porcentaje
Complicaciones área donante	Morbilidad asociada al procedimiento	Nominal	Dehiscencia Infección Necrosis Seroma Hematoma Cicatriz Hipertrofica Dolor Otra

6. DISEÑO METODOLOGICO:

6.1. Tipo de Estudio: Se realizara un estudio experimental en Fase II.

6.2. Criterios de inclusión:

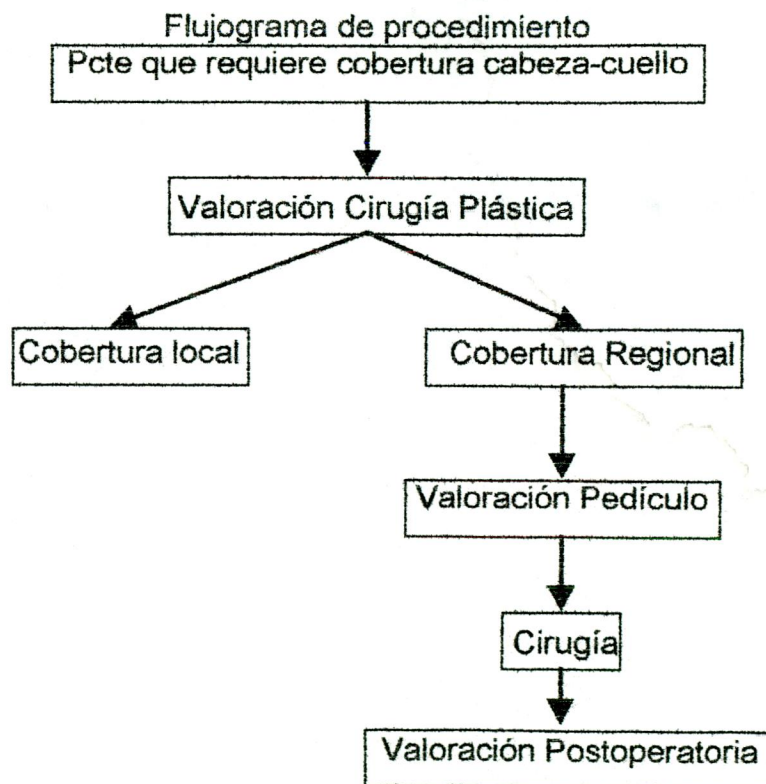
- Pacientes del INC E.S.E. que requieran de la cobertura en el área de la cabeza y cuello donde no este indicado el uso de colgajos locales de acuerdo al criterio del cirujano plastico.

6.3. Criterios de exclusión:

- Pacientes con lesión del pedículo diagnosticado por doppler.
- Pacientes con cicatrices en el área planeada del colgajo secundarias a heridas quirúrgicas, procedimientos anteriores que puedan alterar la viabilidad del colgajo.

7. PROCEDIMIENTOS:

Se tomarán pacientes en forma secuencial, con cáncer de cabeza y cuello que requieran de tratamiento quirúrgico presentando como consecuencia un defecto de cobertura, se analizará el caso y se evaluará si se requiere de una cobertura con un colgajo local o regional y si esta indicada la cobertura con el colgajo supraclavicular se evaluará su pedículo mediante estudio con doppler portátil, se realizará el estudio fotográfico el cual consta de una vista frontal, lateral izquierda, lateral derecha, oblicua derecha y oblicua izquierda que involucre cabeza, cuello y porción superior del tórax hasta una línea paralela al piso que incluye los 2/3 proximales del brazo. Y se completará el formulario de inclusión al estudio por parte del investigador. El procedimiento se realizara con la técnica quirúrgica descrita anteriormente, por el investigador. Los controles postoperatorios se realizarán a diario mientras el paciente está hospitalizado consignando estos en el formulario y posteriormente a la salida del hospital del paciente se realizará control a los 7,14 días y 1,3 meses. Anotando cualquier tipo de complicación y realizando el estudio fotográfico de control de iguales características del control preoperatorio. Los datos serán analizados y se formularán las conclusiones.



8. INSTRUMENTO DE RECOLECCION:

La información será anotada por el examinador en los formularios que están anexos. Cada paciente debe contar con una carpeta donde se colocarán los

formularios y las fotos , la carpeta será archivada en la oficina de Cirugía Plástica.

9. **FACTIBILIDAD:**

El trabajo es viable por tener un adecuado numero de pacientes año, no se requiere de ningún recurso con el cual no se cuente es nuestra institución y no se requiere de financiación pues los costos de papelería y estudio fotográfico serán asumidos por el investigador.

BIBLIOGRAFIA

1. B.G.H. Lamberty. The supra-clavicular axial patterned flap. Br. J. Plast Surg. 32,207-212.
2. N. Pallua, H. Machens et col. The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures. Plast. Reconstr. Surg. Vol. 99, No. 7, 1878 -1886.
3. N. Pallua, E. Magnus. The tunneled supraclavicular island flap: An Optimized Technique for head and neck reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. Vol 105, No. 3, 842-854.
4. F. Demergasso, M. Piazza. Trapezius Myocutaneous Flap in Reconstructive Surgery for head and neck cancer: An original technique. Vol. 138, Oct. 1979, 533-536.
5. P. Blevins, E. Luce. Limitations of the cervicohumeral flap in head and neck reconstruction. Plast. Reconst. Surg. Vol. 66 No. 2, 220-225.
6. W. Panje. Mandible reconstruction with the trapezius osteomusculocutaneous flap. Arch. Otolaryngol. Vol. 111, April 1985, 223-229.

FORMULARIO DE INCLUSION

NOMBRE: _____ H.C: _____
EDAD: _____
SEXO: _____
TELEFONO: _____

1. ANTECEDENTES PERSONALES (FACTORES DE RIESGO):

HTA _____
DIABETES MELLITUS _____
ENF. COLAGENO: _____ Cual ? _____
RADIOTERAPIA: _____ Dosis? _____
OTRO: _____ Cual? _____

2. DIAGNOSTICOS:

ESTADIO : T _____ N _____ M _____

3. DEFECTO:

Localización:

Area: (Tomar distancias mayores)

Largo _____ cms

Ancho _____ cms

FORMULARIO CIRUGIA

NOMBRE: _____

H.C: _____

FECHA: _____

1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS:

2. AREA DEL COLGAJO: (Tomar distancias mayores)

Largo _____ cms

Ancho _____ cms

3. SENTIDO ROTACION COLGAJO: (Marcar con una X)

Horario _____ Antihorario: _____

4. PEDICULO: (Marcar con una X)

FASCIOCUTANEO: _____

FASCIOSUBCUTANEO: _____

TUNELIZADO: _____

5. ZONA DONANTE: (Marcar con una X)

Cierre completo: _____

Cierre parcial: _____

Injerto: _____

6. DURACION: _____ minutos.

FORMULARIO CONTROL

NOMBRE: _____	H.C: _____
FECHA:	
Dia 1 2 3 4 7 14	Mes 1 3

1. **AREA DE NECROSIS:** (Tomar distancias mayores)

Largo _____ cms

Ancho _____ cms

2. **COMPLICACIONES ÁREA DONANTE**

Dehiscencia	
Infección	
Necrosis	
Seroma	
Hematoma	
Cicatriz Hipertrófica	
Dolor	
Otra: Cual?	

Instituto Nacional de Cancerología



INC002707