

Uso del músculo temporal en reconstrucción periorbitaria post exéresis de carcinoma epidermoide cutáneo del globo ocular izquierdo

Use of the temporal muscle in post exeresis periorbital reconstruction of cutaneous epidermoid carcinoma of the left eyeball

Aldo Ronquillo Soxo¹, Luis Cedeño Velásquez²

RESUMEN

Introducción. El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente después del carcinoma basocelular. La incidencia del CEC ha aumentado de forma considerable durante los últimos 20 años y predicen un incremento en la próxima década. La mayoría de los CEC están localizados y se resuelven habitualmente mediante la extirpación quirúrgica u otros procedimientos locales. El uso del músculo temporal es una alternativa quirúrgica para corregir el defecto periorbitario tras la extirpación del CEC.

Objetivo. Evaluar el resultado de la cobertura del músculo temporal en la corrección del defecto periorbitario.

Material y métodos. Se presenta un caso quirúrgico de un paciente masculino, 62 años, que presenta una gran lesión tumoral que compromete el globo ocular, región orbitaria y periorbitaria izquierda, acompañado de dolor, anemia, astenia y pérdida ponderal de aproximadamente 20 libras. Con una evolución de 6 años.

Conclusión. El uso del músculo temporal es una alternativa eficaz en la reconstrucción de lesiones craneofaciales, que ha sido utilizado por más de 100 años.

Palabras clave: CEC, carcinoma epidermoide cutáneo, músculo temporal.

ABSTRACT

Introduction. Skin epidermoid carcinoma (SEC) is the second most common skin neoplasm after basal cell carcinoma. The incidence of SEC has increased considerably over the past 20 years and predicts an increase over the next decade. Most SECs are located and usually resolved by surgical removal or other local procedures. The use of the temporal muscle is a surgical alternative to correct the peri-orbital defect after removal of the SEC.

Objective. To evaluate the result of temporal muscle coverage in the correction of the peri-orbital defect.

Material and methods. There is a surgical case of a male patient, 62 years old who has a large tumor injury that compromises the eyeball, orbital region and left periorbital. Accompanied by pain, anemia, asthenia, and weight loss approximately 20 pounds. With an evolution of 6 years.

Conclusion. The use of the temporalis muscle is an effective alternative in the reconstruction of craniofacial lesions that has been used for more than 100 years.

Keywords: SEC, skin epidermoid carcinoma, temporalis muscle.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2023;29(1):64-67. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202301/0064-0067](https://doi.org/10.32825/RACP/202301/0064-0067)

INTRODUCCIÓN

El CEC es la segunda neoplasia cutánea más frecuente después del carcinoma basocelular. La incidencia de CEC ha aumentado de forma considerable en los últimos 20 años. En España se estima una tasa anual de entre 72 por 100.000 habitantes para mujeres y 100,8 por 100.000 para varones. En nuestro país, como es costumbre, no tenemos referencia de esta neoplasia. La mayoría de los CEC están localizados y se resuelven por extirpación quirúrgica u otros procedimientos locales. Existe un subgrupo de CEC con un comportamiento biológico más agresivo que muestra tendencia a la recidiva local, a la diseminación linfática y en ocasiones a la invasión de órganos distantes. Debido

al aumento de la incidencia de este tipo de cáncer y el mal pronóstico en un subgrupo de pacientes, es importante el conocimiento de los factores de riesgo de los CEC para el desarrollo de recidivas locales y metástasis. Recientemente se ha publicado la séptima edición de la clasificación TNM de la *American Joint Committee on Cancer* de los carcinomas cutáneos no melanomas. Actualmente, además del tamaño tumoral mayor de 2 cm, se consideran otros factores como la profundidad de invasión superior a 2 mm, el nivel de Clark IV o superior, la localización (pabellón orbicular, mucosa labial) y el grado de diferenciación (tumores pobremente diferenciados). Según la clasificación de Broders se clasifican de grado 1 a grado 4, es decir, de bien diferenciados a pobremente diferenciados. Lógicamente son estos últimos los que presentan este comportamiento más agresivo (**Figura 1**).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso intervenido quirúrgicamente en el año 2010 en el Hospital Abel Gilbert de un paciente de sexo masculino de 62 años con una gran tumoración orbitaria y periorbitaria izquierda de evolución de

1. Cirujano Plástico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Abel Gilbert
2. Jefe de Cirugía Plástica del Hospital Guayaquil Abel Gilbert

✉ Correspondencia: dr_carlos_marquez@yahoo.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 16/03/2023 | Aceptado: 29/03/2023



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

6 años. Se planteó el uso del colgajo del músculo temporal para corregir el defecto creado tras la extirpación de dicha lesión.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Después de las evaluaciones preoperatorias correspondientes, se planteó la cirugía, que fue realizada bajo anestesia general. Se marcó la lesión tumoral con azul de metileno, realizamos hidrostomía disecante de una solución de adrenalina al 1 x 50.000, con bisturí número 15 (**Figura 2**).

Se realiza la extirpación de la tumoración, que llega hasta la región ósea periorbitaria. Hacemos meticulosa



Figura 4.

hemostasia con electrocauterio. Luego marcamos con azul de metileno en la región temporal izquierda en zigzag e incidimos con bisturí 15 hasta localizar el músculo temporal. A continuación dividimos para encontrar la inserción superior del músculo temporal, al cual liberamos de la fosa temporal, con mucho cuidado de no lesionar el paquete vasculonervioso de dicho músculo (**Figuras 3 y 4**).

Realizamos osteotomía del reborde óseo orbitario y rotamos el músculo temporal para cubrir el defecto orbitario y periorbitario, lo fijamos con nylon 4/0 puntos interrumpidos. Posteriormente obtenemos un injerto de espesor parcial de piel tomado del músculo izquierdo para cubrir al músculo temporal. Lo fijamos con



Figura 5.

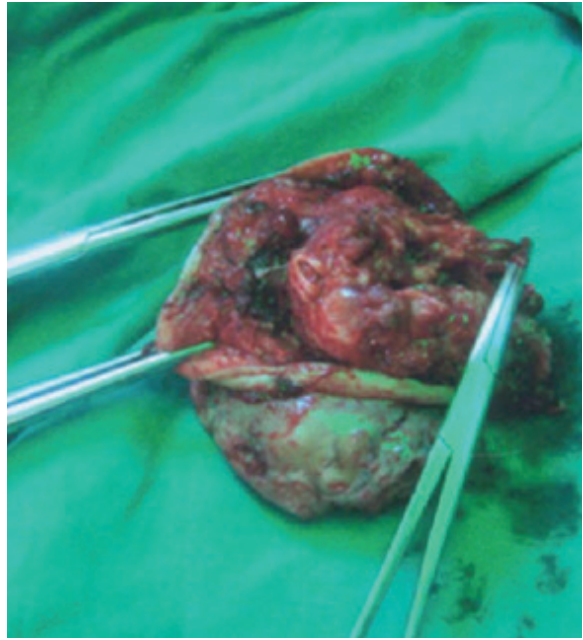


Figura 6.



Figura 7. Imagen a los 5 días del postoperatorio.



Figura 8. Imagen postoperatorio 11 meses

nylon 4/0, cubrimos la lesión con curativo de Brown. Se envía muestra del tumor para el estudio histológico (Figuras 5 y 6).

Posoperatorio a los 5 días sin novedad y una supervivencia del injerto del 95%. A los 11 días retiramos los puntos quirúrgicos de la lesión. El paciente es dado de alta a los 12 días en condiciones estables tanto generales como quirúrgicas y su posterior control por consulta externa (Figura 7).

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 3 horas, sin ninguna complicación posquirúrgica y en controles hasta los 3 meses que acudió a la consulta. Posteriormente seguimos los controles a domicilio por 11 y 25 meses y no hubo complicaciones ni recidivas de la lesión (Figuras 8 y 9).

CONCLUSIÓN

El uso del colgajo del músculo temporal es una alternativa eficiente en las reconstrucciones de las cirugías craneofaciales.



Figura 9. Imagen con 25 meses de evolución

El colgajo del músculo temporal es un músculo tipo 3 según la clasificación de Matte in Nahai, que está dado de acuerdo al tipo de pedículo vascular. Aporta tejido muscular tanto en volumen cuantitativo como cualita-

tivo, en partes blandas y bien vascularizadas. Útil en la cobertura de injertos óseos empleados en reconstrucción del tercio medio facial susceptible de tratamientos con radioterapia coadyuvante.

La decepción traumática de dicho colgajo y su sutura a tensión predispone la aparición de complicaciones, necrosis o dehiscencia de sutura.

BIBLIOGRAFIA

1. Baker. *Colgajos locales en la reconstrucción facial. Segunda edición.*
2. Coiffman. *Cirugía estética y reconstructiva de la cara y cuello. Tomo 2.*
3. Grabb and Smith. *Cirugía plástica. Tercera edición.*
4. Vasconez. *Colgajos musculares y musculocutáneos.*
5. Wolff. *Elevación de colgajos microvasculares.*
6. Alonso del Hoyo JF, Gruss Nandez Sanroman J, Gil Diez JL, Díaz González FJ. *The temporalis muscle flap. An evaluation and review of 38 cases. J Oral Maxillofac Surg 1994;52(2):143-7.*
7. Colmenero C, Martorell V, Colmenero B, Sierra I. *Temporalis myofascial flap for maxillofacial reconstruction. J Oral Maxillofac Surg 1991;49:1063-67.*
8. Mathes SJ, Nahai F. *Classification of the vascular anatomy of muscle. Experimental and clinical correlation. Plast Reconstr Surg 1981;67:177-87.*
9. Antonyshyn O, Gruss JS, Birt BD. *Versatility of temporal muscle and fascial flaps. Br J Plast Surg 1988;41:118.*
10. Campbell HH. *Reconstruction of the left maxilla. Plast Reconstr Surg 1948;3:66.*
11. Guilles HD, Frede H (ed). *Plastic surgery of the face. London: Oxford University Press 1920;40:54-5.*
12. Golovine SS. *Procede de clôture plastique de l'orbite après l'exenteration. Arch Ophtalmol 1898;18:679.*
13. García Zuazaga J, Olbricht SM. *Cutaneous squamous cell carcinoma Adv Dermatol 24 (2008), pp. Medline.*