



Colgajo dorsal de lengua de base posterior para cierre de defecto palatino secuela de resección oncológica. Reporte de caso clínico

Posterior base dorsal tongue flap for closure of palatal defect following oncological resection. Clinical case report

Recibido: 2018/02/01. Aceptado: 2018/02/28. Publicado: 2018/03/15

Diego Robalino Torres¹
Fernando Sandoval Portilla²
Fernando Sandoval Vernimmen³

¹ Residente del Posgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC 100, casilla postal 1 7-1 200-841. Quito - Ecuador.

Correo electrónico: alejodr87@hotmail.com

² Coordinador del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC 100, casilla postal 1 7-1 200-841. Quito-Ecuador.

Correo electrónico: fjose28@hotmail.com

³ Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC 100, casilla postal 1 7-1 200-841. Quito-Ecuador.

Correo electrónico: fsandoval@usfq.edu.ec



Resumen

Presentamos el reporte de un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 34 años de edad, cuyo diagnóstico fue de cáncer de células acinares de glándulas salivales en el paladar blando. La paciente fue sometida a cirugía oncológica para resección y biopsia de la lesión. Un año después de la cirugía, no se evidenció recidiva de la lesión, sin embargo, la paciente presentó un defecto a nivel del paladar blando como secuela de la resección, por lo que acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. El defecto del paladar blando causó problemas frecuentes como halitosis, reflujo oronasal, voz nasal e infecciones recurrentes de oído, nariz y garganta, por lo que se decidió realizar un colgajo lingual dorsal de base posterior para resolver los problemas y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: Colgajo de lengua. Fístula oronasal. Reconstrucción con colgajos.

Abstract

We present the report of a clinical case of a female patient of 34 years of age, whose diagnosis was cancer of acinar cells of salivary glands in the soft palate. The patient underwent oncological surgery for resection and biopsy of the lesion. One year after the surgery, there was no evidence of recurrence of the lesion; however, the patient presented a defect at the level of the soft palate because of the resection, for which she went to the Oral and Maxillofacial Surgery Department. The soft palate defect caused frequent problems such as halitosis, oronasal reflux, nasal voice and recurrent infections of the ear, nose and throat, so it was decided to perform a dorsal posterior lingual flap to solve the problems and improve the quality of life of the patient.

Keywords: Tongue flap. Oronasal fistula. Flap reconstruction.

Introducción

Los colgajos locales y regionales han sido utilizados para la reconstrucción de defectos después de la resección de cáncer de cabeza y cuello ¹. Existen diferentes causas que pueden dejar defectos en la región palatina entre ellos se encuentran: traumáticas, infecciosas, secuelas de labio y paladar hendido y oncológicas ². Las lesiones en la línea media del paladar por causa traumática incluyen historia de trauma, abuso intranasal de cocaína o cirugía ².

El tratamiento de defectos intraorales con colgajos pediculados de lengua se registran hace más de 100 años, en 1901 Eiselsberg fue el primero en utilizar colgajos de lengua pediculados para la reparación de defectos intraorales ³. Lexer en 1909 reportó el uso de un colgajo de lengua de base posterior para reparar un defecto del área retromolar y tonsilar ⁴. En 1956 con Klopp y Schurter, usaron este colgajo pediculado para la reconstrucción del paladar blando. Conley en 1957, propone el uso de este colgajo para cobertura temporal o definitiva de reconstrucciones ^{4,5}. Guerrero Santos en 1963 reporta el uso de este colgajo en defectos labiales y en 1966 reporta su uso en cierre de fistulas palatinas de diversas causas. Jackson y Guerrero Santos publican posteriormente el uso de este colgajo en el cierre de fistulas y como cobertura de injertos óseos en hendiduras alveolares. Hockstein en 1977 y Carreirao y Lessa en 1980 reportan el uso de largos colgajos de lengua de espesor completo. Busic en 1989 y Assuncao en 1992 utilizan colgajos delgados, demostrando su versatilidad para el cierre de fistulas palatinas ^{4,5,6}.

Las opciones quirúrgicas según el tamaño del defecto pueden ser: el cierre directo del defecto con colgajos locales mucoperiosticos, colgajos de Vómer, reintervención total del paladar, colgajos de lengua, colgajos nasolabiales, colgajos de carrillo o de cuello, combinación de colgajos faríngeos y de lengua o colgajos de músculo temporal en defectos mayores de 3 cm ^{4,6}.

Una fistula oronasal es un defecto patológico revestido por epitelio que comunica la cavidad oral y nasal ⁷. En labio y paladar hendido, se consideran fistulas a secuelas de su reparación por múltiples causas y a los defectos no reparados a nivel del proceso alveolar como hendiduras alveolares ⁴. Sin embargo, los defectos que comunican ambas cavidades, independientemente de su causa, provocan regurgitación de los líquidos entre la cavidad oral y nasal, defectos en la fonación, dificultad para deglutir y halitosis ⁴.

Entre las clasificaciones de los defectos palatinos más usadas de acuerdo a su diámetro se encuentran las siguientes:

- Cohen y cols. ⁸:
 - o Pequeñas: 1 a 2 mm.
 - o Medianas: 3 a 5 mm.
 - o Grandes: mayores de 5 mm.
- Posnick y cols. ⁸:
 - o Fisura simple.
 - o Pequeñas, hasta 1.5 cm.
 - o Grandes, mayores de 1.5 cm y hasta 3 cm.
- De acuerdo a Sendota y cols. ⁶, para fines del estudio las fístulas oronasales se clasificaron de la siguiente manera:
 - o Pequeñas: hasta 0.5 cm.
 - o Medianas: 0.5 a 1.0 cm.
 - o Grandes: 1.0 a 3.0 cm.

Según esta clasificación, se consideran fístulas grandes aquellas mayores de 1.0 cm, en las cuales está indicado el cierre mediante colgajos de lengua ⁶.

El cierre de la fistula debe realizarse de algún colgajo de los tejidos circundantes, cuando esto

no es posible debe de utilizarse el colgajo lingual. Éste no debe ser el primer método de elección y debe ser usado sólo cuando otros no son factibles ⁸.

La lengua, al ser un órgano móvil y tener un rico suministro vascular, permite la obtención de colgajos sin alterar su funcionalidad ⁵. La vascularidad de este colgajo es dado por la arterial linguales, sus ramas y el arco de las raninas hacia la punta de la lengua. La ventajas de este colgajo son la obtención de gran cantidad de tejido, excelente suplemento vascular y fácil rotación para la reconstrucción ^{1,8}.

Varios autores indican que existen dos técnicas para obtener colgajos dorsales de lengua: de base anterior o base posterior. Los colgajos de base anterior están indicados para defectos del paladar duro, mucosa bucal anterior, piso anterior de la boca y labios. Los de base posterior para defectos de paladar blando, área retromolar y mucosa bucal posterior ^{6,7,8}.

El colgajo debe poseer suficiente longitud para cubrir el defecto y permitir el movimiento de la lengua para evitar así las fuerzas de tensión en el pedículo, se debe evitar involucrar a las papilas gustativas mayores en el diseño del colgajo. El colgajo se puede extender 5 o 6 cm sin poner en peligro la viabilidad del tejido y así permitir la movilidad de la lengua ⁴. El espesor adecuado es de 3 mm hasta 1 cm. El ancho debe ser aproximadamente 20% mayor al del defecto y el tiempo considerado para la sección del pedículo es de 14-21 días posteriores a la primera cirugía ^{8,9}.

Las complicaciones del colgajo lingual pueden ser inmediatas como sangrado, hematoma, epistaxis, pérdida temporal de la sensibilidad y el gusto, mediatas como infección, dehiscencia, necrosis ⁸.

La intervención se realiza bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, e infiltración de anestesia local con vasoconstrictor en la fistula palatina y el dorso de la lengua ⁴.

Se inicia a través de una incisión perifistular y disección de la mucosa nasal con el objeto de formar un plano de mucosa nasal mediante la eversión y sutura de los bordes ⁴. En ciertos casos no se logra un cierre completo del plano nasal ⁴. Los márgenes del defecto deben estar desepitelizados para recibir al colgajo de lengua. Una vez obtenido el plano nasal, se eleva el colgajo dorsal de lengua cuya base debe ser lo más ancha posible. Se retrae lo más anterior a la lengua y se marca el colgajo en el dorso. Se realiza una incisión del colgajo con bisturí de hoja #15 o con electrocauterio, de un espesor uniforme entre 7 y 10 mm que incluya el músculo subyacente, ya que éste nos proveerá de una gran vascularidad ^{4,8}.

Durante la inserción del colgajo, se deberá evitar suturar en el pedículo muscular del colgajo ya que podría causar estrangulamiento del mismo ⁹.

Posterior a la movilización completa del colgajo, se realiza una hemostasia de la zona donante y el primer punto colocado se hace en la porción posterior del defecto. Se colocan tres puntos de sutura de unión de la fístula al colgajo dorsal de lengua y posteriormente se coloca una sutura continua para completar la unión del colgajo a la fístula ⁸. El sitio donador se debe suturar en uno o dos planos realizando la hemostasia y cierre cuidadoso del espacio vacío dejado por el colgajo evitando así la formación de un hematoma o edema y comprometer la viabilidad del colgajo ⁸.

Los pacientes sometidos a colgajos pediculados de dorso de lengua deben de tener dieta a líquidos claros en las primeras horas del postoperatorio y dieta licuada hasta la separación del pedículo a las tres semanas ^{3,4}.

El objetivo del presente caso clínico fue mejorar la fonación, deglución y el habla causadas por un defecto oronasal en el paladar blando secuela de resección oncológica, mismo que no permitía a la paciente cumplir las mencionadas funciones con normalidad. El cierre del defecto se realizó a

través de un colgajo dorsal de lengua pediculado de base posterior, mejorando así la calidad de vida de nuestra paciente.

Presentación del caso clínico

Se trató a una paciente de sexo femenino de 36 años de edad, con antecedentes de Carcinoma de células acinares de las glándulas salivales en el paladar blando. La paciente fue sometida a intervención quirúrgica 1 año antes donde se realizó la resección quirúrgica completa de la lesión y no se observó signos de recidiva de la patología.



FIGURA 1. DEFECTO EN PALADAR BLANDO POR SECUELA DE RESECCIÓN ONCOLOGICA QUE CAUSA COMUNICACIÓN ENTRE CAVIDADES ORAL Y NASAL.

Al examen físico intraoral, se evidenció la presencia de un defecto oronasal causa de la comunicación entre ambas cavidades, cuyo diámetro fue de 2 cm. La paciente refirió molestias frecuentes como: reflujo oronasal en la deglución, halitosis e infecciones recurrentes de

nariz, oído y garganta. La consistencia y coloración de los tejidos circundantes fueron normales (Fig. 1).

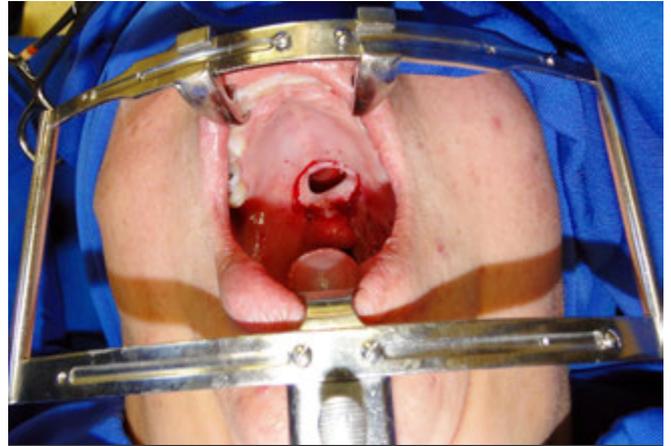


FIGURA 2. INCISIÓN PERIFISTULAR DEL DEFECTO PARA DISECCIÓN DE LA MUCOSA NASAL.

Al realizar la valoración perceptual auditiva del habla y la voz, se apreció un desequilibrio del sonido provocando voz nasal. Se decidió realizar el cierre del defecto oronasal a través de un colgajo lingual de base posterior.

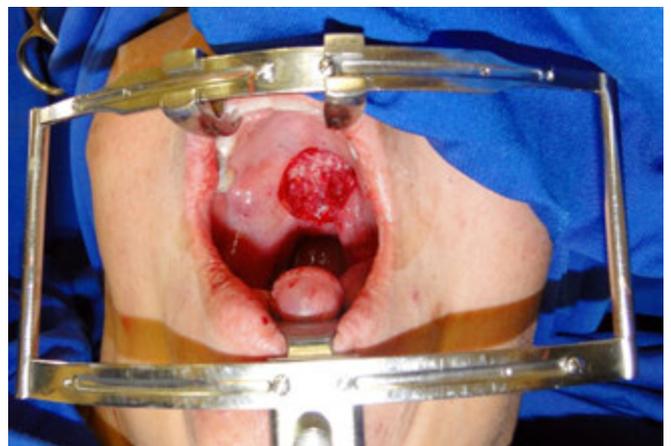


FIGURA 3. CIERRE DE LOS TEJIDOS Y CONFORMACIÓN DEL PLANO DE MUCOSA NASAL.

El procedimiento se realizó bajo anestesia general, se infiltró solución anestésica Lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 en el sitio del defecto palatino. Se colocó el separador de Dingman y se realizó una incisión perifistular con

hoja de bisturí #15, se disecó cuidadosamente los márgenes del defecto (Fig. 2).



FIGURA 4. DISEÑO Y MARCAJE DEL COLGAJO DORSAL DE LENGUA DE BASE POSTERIOR.

Los márgenes de la incisión fueron invertidos, afrontados sin tensión y suturados con vicryl 4-0 de manera que se conformó el plano de mucosa nasal (Fig. 3).

Posteriormente, se retiró el separador de Dingman y se colocó un punto de sutura en la punta de la lengua para poder realizar la tracción y exposición de la cara dorsal. Se realizó el diseño, marcaje del colgajo y se infiltró solución anestésica de Lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 en el sitio donador (Fig. 4).

La incisión y disección se efectuó con una hoja de bisturí #15. El grosor de la disección del colgajo dorsal lingual fue de 3mm y hacia la base posterior del pedículo 5mm (Fig. 5).

Se realizó el cierre del sitio donante con vicryl 3-0. El colgajo dorsal de base posterior fue rotado hacia atrás permitiendo de esta manera un correcto afrontamiento al lecho palatino, previamente se verificó que el pedículo del

colgajo no se encuentre estrangulado. Se colocaron puntos de sutura vicryl 3-0 separados, primero en el lecho receptor, los cuales luego de comprobar la ubicación correcta del colgajo en el defecto fueron anudadas, los márgenes restantes se cerraron mediante puntos simples con vicryl 3-0. Luego de terminar la sutura se verificó que no exista isquemia en el pedículo o sangrado del sitio donador (Fig. 6).

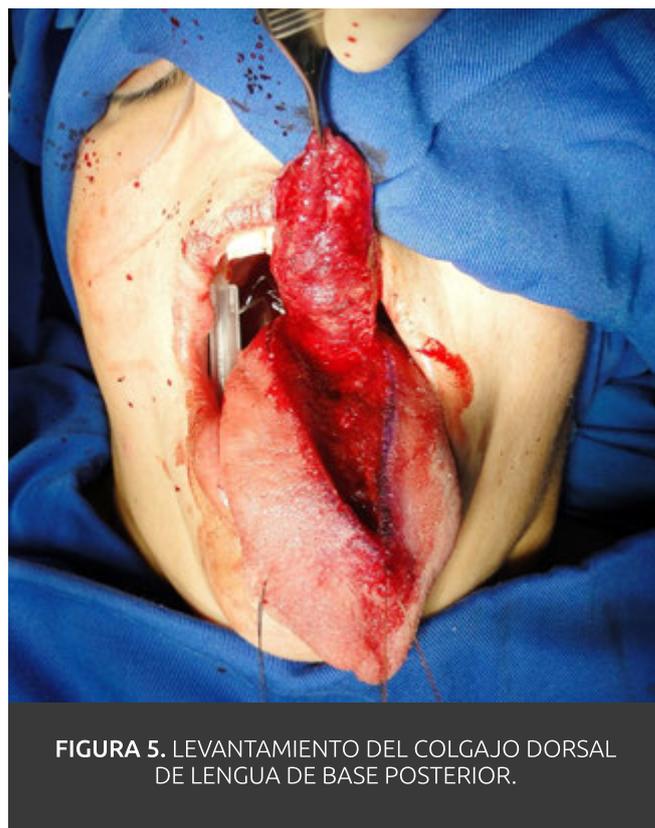


FIGURA 5. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO DORSAL DE LENGUA DE BASE POSTERIOR.

La paciente recibió como medicación posquirúrgica amoxicilina más ácido clavulánico 40 mg/Kg/ día, ketorolaco 0.5mg/kg/dosis, paracetamol 10mg/kg/dosis.

La dieta en el posquirúrgico fue líquida los primeros 5 días, luego se inició dieta normal licuada. Se mantuvo estricta higiene oral con el cepillado dental y enjuagues de Gluconato de Clorhexidina 0.12%.

Tres semanas después del procedimiento, se realizó la liberación del colgajo bajo anestesia local previa la comprobación de la vascularidad. Se obtuvo un cierre completo del defecto, se

eliminó el reflujo oronasal, se disminuyeron las infecciones recurrentes, se eliminó la halitosis y la voz nasal lo cual mejoró la fonación (Fig. 7). Se realizaron controles posteriores mensuales durante 1 año y no se observó apertura de la comunicación, paso de alimentos, signos de infección o alteraciones del colgajo.



FIGURA 6. INCERSIÓN Y SUTURA DEL COLGAJO DORSAL LINGUAL DE BASE POSTERIOR EN EL SITIO DEL DEFECTO. CIERRE DE SITIO DONADOR.

Discusión

Los colgajos linguales se han utilizado para la reconstrucción de defectos como secuelas de cirugía oncológica, lesiones traumáticas, infecciones, secuelas de sífilis, de noma y fistulas residuales en cirugía de paladar hendido ^{2,5}.

La presencia de defectos en la región palatina, que promueven el paso de líquidos y alimentos a la cavidad nasal, que no permiten una adecuada fonación y provocan afecciones de oído medio y vías aéreas, constituyen problemas que representan inconformidad para el paciente. Los defectos palatinos pequeños pueden ser cerrados con colgajos locales mucoperiosticos,

sin embargo, en defectos de mayores a 1cm, está indicado el uso de colgajos pediculados como el colgajo de lengua ⁶.



FIGURA 6. INCERSIÓN Y SUTURA DEL COLGAJO DORSAL LINGUAL DE BASE POSTERIOR EN EL SITIO DEL DEFECTO. CIERRE DE SITIO DONADOR.

La arteria lingual es la segunda rama de la arteria carótida externa. Su origen es caudal al vientre posterior del digástrico y al ángulo de la mandíbula. Mientras recorre anteriormente, emite una rama tonsilar. La arteria lingual viaja profundamente a la parte posterior del tendón del digástrico. Deja el triángulo submandibular y pasa hacia el borde posterior del músculo hiogloso, donde emite una pequeña rama suprahiodea. Una vez caudal al músculo hiogloso, la arteria lingual emite la arteria lingual dorsal, que irriga el dorso de la lengua, la vallecula, la epiglotis, las amígdalas y el paladar blando adyacente. La rama ranina une ambas arterias linguales dorsal en la punta y proporciona un rico plexo vascular. Las arterias linguales profundas bilaterales se comunican posteriormente a través de la arteria lingual transversa, así como en la punta donde las arterias linguales profundas se anastomosan. Las venas linguales profundas se forman a partir de la unión de varias venas pequeñas desde el dorso de la lengua,

acompañan la arteria lingual y drenan en la vena yugular interna o la vena facial ^{1,3,7}.

Dependiendo de la posición anatómica de la fístula oronasal, se pueden utilizar colgajos del dorso de la lengua siendo de base anterior o posterior para reconstruir con éxito la fístula. En los defectos anteriores del paladar duro, un colgajo dorsal de base anterior es más apropiado, ya que los factores mecánicos impiden el uso de un colgajo basado en la parte posterior. En los defectos posteriores del paladar duro, es adecuado un colgajo dorsal de base posterior ⁹.

De acuerdo a Strauss y cols. ⁹, para el cierre del defecto en dos capas, el colgajo de la lengua se puede combinar con colgajos mucoperiósticos con bisagras desde la periferia de la fístula o colgajos vómer para crear un piso nasal y el cierre en capas de la fístula. En nuestro caso, se realizó el cierre en dos capas de la misma forma, conformando la mucosa nasal con colgajos mucoperiósticos perifistulares.

Del Pozo y cols. ⁸, sostienen que las alteraciones en la fonación, articulación de palabras, gusto, sensibilidad y dificultad en los movimientos de la lengua son complicaciones raras, que si se llegan a presentar son transitorias.

Los colgajos de lengua de superficies lateral, dorsal o ventral, se pueden usar solos o en coyuntura con otros colgajos locales y libres, según el tamaño y la ubicación de defectos en los labios. El colgajo de la lengua miomucoso de la superficie ventral ha demostrado restaurar adecuadamente la forma y función del labio y comisura secundaria a quemaduras eléctricas ^{9,10}.

Existen otras alternativas para la reconstrucción, como colgajos locales, distantes y colgajos libres microvasculares, sin embargo, los colgajos libres poseen indicaciones y contraindicaciones específicas para su reconstrucción ⁹.

Conclusiones

- Los colgajos de lengua, son una excelente alternativa para el cierre de defectos amplios en la región palatina debido a su rica vascularidad, formas de su diseño y gran aporte de tejido, lo que brinda seguridad para la reconstrucción.
- El uso del colgajo de lengua para el cierre de defectos palatinos, permite la corrección de problemas como el reflujo oronasal, infecciones recurrentes, voz nasal, mejorando la fonación, deglución y calidad de vida.

Bibliografía

1. Mano T, Mori Y, Kato Y, Nakano H, Ueyama Y. Closure of oro-antral fistula after partial maxillectomy using laterally based tongue flap?: A case report. *J Oral Maxillofac Surg, Med, Pathol* [Internet]. Elsevier B.V.; 2013;25(3):244–6.
2. Cottrell DA, Mebra P, Malloy JC, Ghali GE. Midline Palatal Perforation. *J craniomaxillofacial Surg*. 1999;57:990–5.
3. Buchbinder D, St-hilaire H. Tongue flaps in maxillofacial surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin NA*. 2003;15:475–86.
4. Galicia A, Ramírez R. Reconstrucción de fístula palatina anterior con colgajo lingual de base anterior. Reporte de un caso. *Rev Odontológica Mex*. 2016;20(1):50–6.
5. De La Riva V, Martínez J, Campos A. Colgajo lingual de base anterior para cierre de fístula palatina en secuelas de labio y paladar hendido. Presentación de un caso. *Rev Mex Cirugía Bucal y Maxilofac*. 2011;7(3):109–12.



6. Sendota J, Lopez J, Ruiz R, Sámano I. Cierre de fístulas palatinas amplias mediante colgajos de lengua en pacientes con secuelas de paladar hendido. *Rev Odontológica Mex.* 2006 Sep;10(3):131–7.
7. Licéaga CL, Vélez M. Colgajo lingual para cierre de fístula oronasal: aportación a la técnica. *Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac* [Internet]. SECOM; 2011;34(1):31–4.
8. Del Pozo J, Gonzales M, Pimentel EhY, Longoria K. Reconstrucción de fistula oronasal con colgajo de lengua de base anterior. Reporte de un caso. *Rev Mex Cirugía Bucal y Maxilofac.* 2013;9(2):59–65.
9. Strauss RA, Kain NJ. Tongue Flaps. *Oral Maxillofac Surg Clin NA* [Internet]. Elsevier Inc; 26(3):313–25.
10. Kheradmand A., Garajei A, Motamedi MHK. Nasal reconstruction: Experience using tissue expansion and forehead flap. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;69(5):1478–84.