

Tratamiento local de metástasis cutánea facial de cáncer de colon mediante colgajo submentoniano

Local management of colon carcinoma metastasis in the face with a submental flap



Acosta Arencibia, A.

Acosta Arencibia A.*, García Duque O.**, Baeta Bayón P.**, Sánchez Concepción O.**,
Menéndez Cardo A.*, Fernández Palacios J.***

Resumen

Las metástasis cutáneas de los tumores del aparato digestivo son lesiones infrecuentes que aparecen en pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, frecuentemente ya intervenidos del tumor primario. Son lesiones que aparecen *de novo*, de características variables y crecimiento rápido; suelen localizarse en tronco o extremidades inferiores y se diagnostican precozmente, lo que hace fácil su extirpación y el cierre directo del defecto.

Presentamos el caso de un paciente con cáncer de colon en estadio avanzado con lesión metastásica facial de 6 cm de diámetro en mejilla derecha. Esta lesión ulcerada y maloliente, precisaba curas diarias y empeoraba la calidad de vida del paciente. Se procedió a su extirpación y para cobertura realizamos un colgajo submentoniano ipsilateral con excelente resultado. Este colgajo proporciona un tejido muy parecido al del defecto, creando mínimas secuelas de la zona donante que queda oculta en el área de sombra submandibular, por lo que representa una alternativa terapéutica ideal en defectos faciales de tamaño medio.

Abstract

Cutaneous metastasis of the digestive tract are infrequent lesions appearing in patients with advanced disease. Most of these patients have been already operated of their primary tumour. Lesions are variable in aspect, arising *de novo* and evolving with rapid growth. They usually lie in the trunk or lower extremities thus facilitating an early diagnosis and management with simple extirpation and direct closure.

A case-report of a patient with advanced colonic cancer is here presented. At admission he presented a cutaneous metastatic lesion in the right cheek; it was a 6 cm ulcerated, bad-smelling lesion which needed daily dressings affecting patient's normal life. The lesion was removed using successfully a submental flap as coverage. The submental flap provides a very similar tissue to facial defects, leaving no donor area sequelae which is in addition well hidden, being consequently a good tool for mid-size facial defects.

Palabras clave Colgajo submentoniano, Metástasis cutánea, Cáncer de colon.
Código numérico 158335-17-178

Key words Submental flap, Cutaneous metastasis, Colon carcinoma.
Numeral Code 158335-17-178

* Medico Interno Residente
** Médico Adjunto
*** Jefe de Sección

Introducción

Las metástasis cutáneas del cáncer de colon son raras y cuando aparecen suelen hacerlo en extremidades y en estadios en que la enfermedad primaria está muy avanzada (1-3). Se trata por lo general de pacientes ya intervenidos de su tumor primario y que pueden presentar también metástasis a distancia en otros órganos. La lesión de asiento cutáneo es de rápido crecimiento y de aspecto variable, pudiendo aparecer como pápula bien delimitada, lesión excrecente de tumoración ulcerada, o incluso presentarse con afectación ganglionar linfática concomitante. Precisan diagnóstico diferencial con otro tipo de afectación cutánea no metastásica, bien tumoral o de características benignas; por lo tanto, aunque sea poco frecuente siempre debemos sospechar ante un paciente diagnosticado de cáncer de colon, sobre todo en estadios avanzados, que presenta una lesión cutánea de nueva aparición. La etiología lesional se confirma mediante biopsia.

El tratamiento quirúrgico se plantea en el caso de metástasis únicas o escasas, en pacientes con estado general que permita la intervención o en supuestos paliativos como en lesiones ulceradas, dolorosas o malolientes. La cirugía tratará de extirpar completamente el tejido tumoral, sin castigar el estado general de estos pacientes ya bastante depauperado por su enfermedad. En la mayoría de las ocasiones, las lesiones cutáneas se diagnostican con unas dimensiones no muy grandes y en zonas de exceso relativo de tejidos (tronco, muslo, etc), lo que permite su extirpación y el cierre directo del defecto.

El colgajo submentoniano (submental según la literatura anglosajona) fue descrito por D. Martín en 1993 (4). Desde su descripción hasta ahora ha sido una alternativa eficaz en el tratamiento quirúrgico de grandes defectos en el área cervicofacial. Está basado en la arteria submental, rama directa de la arteria facial y compuesto por piel, tejido subcutáneo y fascia del área submentoniana. El diseño del colgajo se realiza con el cuello del paciente en hiperextensión. La paleta cutánea suele ser de 4 a 10 cm, aunque cabe la posibilidad, en cuellos laxos, de que las dimensiones del colgajo se extiendan hasta 14 x 7 cm. La zona donante cierra directamente en la mayoría de los casos. Su uso más frecuente es como colgajo pediculado, estando indicado en defectos de la cavidad oral y de los dos tercios inferiores de la cara, por patología tumoral o benigna, siempre y cuando la arteria facial se encuentre indemne (5,6).

Se trata de una técnica relativamente sencilla, con mínimas secuelas en la zona donante y con buen resultado estético debido a la similitud en color y textura entre la piel del cuello y de la cara. Su pilosidad suele ser un valor añadido, excepto en los colgajos con destino intraoral.

Caso clínico

Paciente varón de 74 años, que ingresa para estudio por rectorragias, estreñimiento y pérdida de peso. En la exploración inicial, se aprecia en región malar derecha una lesión cutánea de 2 meses de evolución y 6 cm de diámetro, sobreelevada, circunferencial, con cráter central, a través del cual drena contenido purulento y rodeada de otros nódulos cutáneos (Fig. 1); también se palpa adenopatía láterocervical derecha de consistencia pétreo.



Figura 1: Paciente varón de 74 años de edad. Mejilla derecha: lesión positiva para metástasis cutánea facial de cáncer de colon.

La colonoscopia reveló una lesión úlcero-vegetante que estenosaba la luz; se biopsió con resultado de adenocarcinoma de colon sigmoide infiltrante. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) mostró una masa de 6,5 cm que ocluía el lóbulo inferior derecho contactando con la pared posterior de la aurícula izquierda, acompañada de 3 nódulos milimétricos en lóbulo superior derecho, junto a varias lesiones hipodensas hepáticas también sospechosas de metástasis.

Ante este cuadro clínico, se decide no realizar cirugía curativa abdominal, por lo que se procede a colocación de endoprótesis paliativa a nivel de colon sigmoide.

En cuanto a la lesión cutánea descrita y debido a su rápido crecimiento y evolución hacia la ulceración con exudado maloliente, optamos por su extirpación quirúrgica. De forma programada y bajo anestesia general, realizamos extirpación de la tumoración incluyendo lóbulo parotídeo superficial y masa adenopática de unos 3 cm de diámetro, láterocervical derecha. La cobertura del defecto creado se hizo mediante colgajo submentoniano en isla de 9 x 3 cm (Fig. 2). La zona donante del colgajo se cerró directamente. La intervención transcurrió sin incidencias, con una duración total de 110 minutos.

El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica reseca de la mejilla derecha, describió una metástasis de adenocarcinoma (Fig. 3) en 6 nódulos cutáneos, el

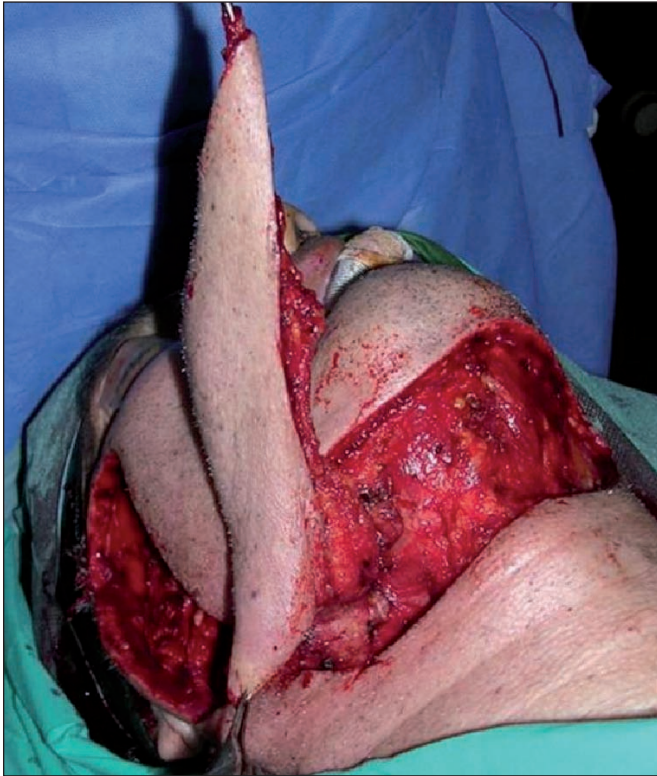


Figura 2: Colgajo submentoniano en isla basado en una rama de la arteria facial.

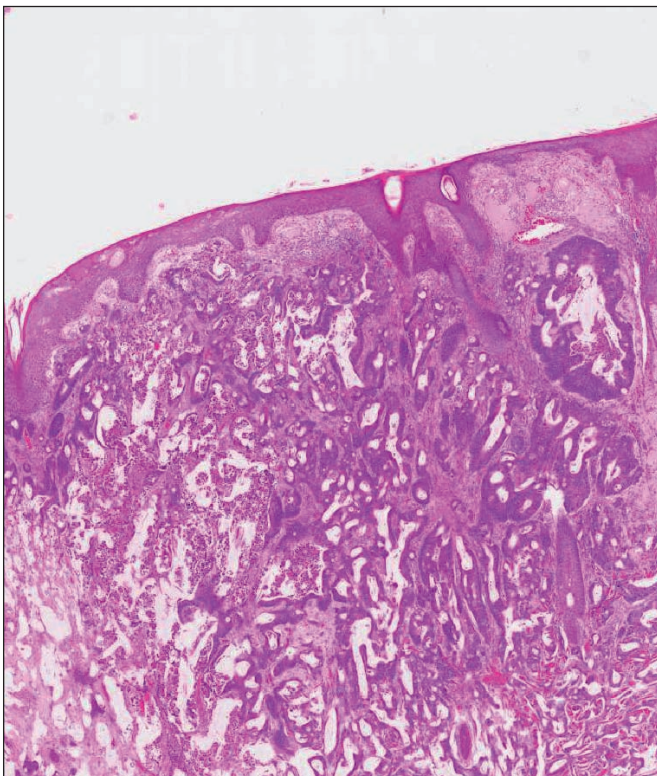


Figura 3: Imagen anatomopatológica de la pieza de resección. Tinción hematoxilina-eosina, 40x. Infiltración dérmica por adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal

mayor de ellos de 6 cm de diámetro, a 1 mm del borde profundo, respetándolo; restos de glándula salivar no infiltrados por tumor; ganglio linfático periglandular sin evidencia de metástasis. El estudio de las adenopatías cervicales resultó positivo para metástasis de adenocarci-

noma en 1 de 5 ganglios linfáticos, el cual queda anulado completamente por el tumor infiltrando la cápsula y el tejido circundante.

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio sin ningún tipo de incidencia y buen resultado estético (Fig. 4). El paciente falleció en su domicilio a los 36 días del alta hospitalaria, debido a la diseminación a distancia de su enfermedad primaria.



Figura 4: Resultado postoperatorio a las 72 horas. Obsérvese el cierre directo sin tensión de la zona donante con positivo resultado estético.

Discusión

Ante un paciente diagnosticado de cáncer de colon y sobre todo si se trata de un estadio avanzado de la enfermedad, con metástasis en órganos a distancia y que refiere erupción cutánea de nueva aparición y rápido crecimiento, hay que descartar que dicha lesión corresponda a una metástasis cutánea. Una vez confirmado el diagnóstico, a pesar de la poca esperanza de vida en estos pacientes, si la lesión crece rápidamente, se ulcera, supura material purulento, es maloliente, sintomática o afecta de manera física, psíquica o social a su calidad de vida, somos partidarios de su extirpación.

Las dimensiones y la localización de la lesión del paciente de nuestro caso hacían inviable su extirpación y cierre directo o con colgajos locales, y dada su situación clínica descartamos procedimientos más complejos y prolongados tipo colgajo libre, por lo que la solución ideal consistía en un colgajo regional

El colgajo cervico-delto-pectoral (7) es un gran colgajo de rotación y avance hacia craneal, con base medial, que aprovecha el excedente cutáneo cervical y del tórax para cubrir la mejilla. Permite también un buen abordaje del cuello para el manejo de las adenopatías. Pese a tener una disección rápida, el campo quirúrgico es mucho más extenso que el del colgajo submental, lo que nos hizo inclinarnos por este último dada la precaria salud del paciente. Otros colgajos torácicos en dos tiempos no se contemplan en pacientes de este tipo.

El colgajo submentoniano reúne todas las característi-

cas para ser la solución idónea en nuestro caso (8), ya que se trata de un procedimiento relativamente fácil, una cirugía poco agresiva y de escasa duración, no produce déficit funcional de la zona donante y las características de la piel son similares, destacando aún más en pacientes varones como el de nuestro caso por la posibilidad de transferir piel pilosa similar a la de la mejilla. Nuestra experiencia con el uso de colgajos submentonianos es bastante satisfactoria. Durante los últimos 5 años hemos realizado 9 casos pediculados con 1 solo caso de necrosis total que requirió un colgajo libre de rescate. Los colgajos iban siempre destinados a la cara y tuvieron como indicación más frecuente los tumores cutáneos en mejilla, aunque este colgajo puede alcanzar toda el área malar. Los buenos resultados estéticos obtenidos se deben a las similares características de la piel empleada (9-11).

Conclusiones

Las metástasis cutáneas de cáncer colon son excepcionales; sin embargo, debemos siempre sospecharlas ante una lesión cutánea *de novo* en un paciente diagnosticado de dicho cáncer.

Su diagnóstico precoz permite la exéresis cuando su tamaño aún posibilita su extirpación y cierre directo.

En casos de lesiones avanzadas que empeoran la calidad de vida de los pacientes, creemos que está justificada la extirpación paliativa empleando procedimientos poco agresivos.

El colgajo submentoniano es una técnica poco compleja y con escasa agresividad quirúrgica, que proporciona una cobertura idónea en lesiones faciales con un resultado estético excelente y mínimas secuelas en el área donante, por lo que debe ser tenido en cuenta entre las primeras opciones reconstructivas en estos pacientes.

Dirección del autor

Dra. Aida Acosta Arencibia
c/ Juan B Melo nº3, planta 8, puerta 31.
35011, Las Palmas de Gran Canaria. España
e-mail: aidacost@hotmail.com

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. De La Vega la aportación de las imágenes y el estudio anatomopatológico del paciente

Bibliografía

1. **Fyrmpas G, Barbetakis N, Efstathiou A, Konstantinidis I, Tsilikas C.:** "Cutaneous metastasis to the face from colon adenocarcinoma. Case report." *Int Semin Surg Oncol.* 2006, 2 (3):2.
2. **Tan KY, Ho KS, Lai JH, Lim JF, Ooi BS, Tang CL, Eu KW.:** "Cutaneous and subcutaneous metastases of adenocarcinoma of the colon and rectum." *Ann Acad Med Singapore.* 2006, 35(8):585.
3. **Stavrianos SD, McLean NR, Kelly CG, Fellows S.:** "Cutaneous metastasis to the head and neck from colonic carcinoma." *Eur J Surg Oncol.* 2000,26(5):518.
4. **Martin D, Baudet J, Mondie JM, Peri G.:** "The submental island skin flap. A surgical protocol. Prospects of use". *Ann Chir Plast Esthet.* 1990; 35(6): 480.
5. **Pistre V, Pelissier P, Martin D, Baudet J.:** "The submental flap: its uses as a pedicled or free flap for facial reconstruction." *Clin Plast Surg.* 2001, 28(2):303.
6. **Higgins KM, Backstein R.:** "The submental island flap: a regional and free flap with a myriad of reconstructive applications." *J Otolaryngol.* 2007, 36(2):88.
7. **Moore BA, Wine T, Netterville JL.:** "Cervicofacial and cervicothoracic rotation flaps in head and neck reconstruction". *Head Neck.* 2005, 27(12):1092.
8. **Pistre V, Pelissier P, Martin D, Lim A, Baudet J.:** "Ten years of experience with the submental flap". *Plast. Rec. Surg.* 2001, 108(6):1576.
9. **Abouchadi A, Capon-Degardin N, Patenôte P, Martinot-Duquenois V, Pellerin P.:** "The submental flap in facial reconstruction: advantages and limitations." *J Oral Maxillofac Surg.* 2007, 65(5):863.
10. **Chow TL, Chan TT, Chow TK, Fung SC, Lam SH.:** "Reconstruction with submental flap for aggressive orofacial cancer." *Plast. Rec. Surg.* 2007,120(2):431.
11. **Vural E, Suen JY.:** "The submental island flap in head and neck reconstruction". *Head Neck.* 2000, 22(6):572.