

*Caso Clínico***PRIMER TRASPLANTE HEMIFACIAL IZQUIERDO RECONSTRUCTIVO A CAUSA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN HONDURAS****First reconstructive left hemifacial transplant caused by squamous cell carcinoma in Honduras**Luis Alberto González<sup>1</sup>, Candy Stephanie Luque, Talia Sesbania Reyes, Luisa Margarita Echeverry<sup>2</sup>**RESUMEN**

El carcinoma de células escamosas o espinocelular es un tumor maligno con diferentes grados de malignidad; se localiza frecuentemente en la cara, cuello, espalda, región frontal y dorso de la mano; sus características son anaplasia, rápido crecimiento, destrucción tisular local y capacidad para hacer metástasis. El tratamiento ideal es el colgajo microvascularizado. **Caso Clínico:** Paciente del sexo masculino, 83 años, quien presentó lesión ulcerativa que inició en región cigomática izquierda, extendiéndose y avanzando paulatinamente con prurito, cambios de coloración, aumento de tamaño ulcerativo progresivo, amaurosis progresiva en ojo izquierdo y parálisis facial ipsilateral izquierda.

El motivo de consulta fue su aspecto físico a causa de lesión facial. Fue remitido al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Escuela Universitario, con sospecha de cáncer escamoceleular, se realizó biopsia confirmando diagnóstico. Se utilizó técnica de resección en bloque, se eliminó completamente el tumor, se resecó el globo ocular izquierdo, nervio óptico, glándula parótida, nervio facial y hueso cigomático con disección de arteria y vena facial; se procedió a disecar colgajo paraescapular derecho, se incluyó piel, tejido celular subcutáneo, fascia y vasos circunflejos para reparar el defecto. Se dio seguimiento por 8 meses valorando la irrigación y sensibilidad del

trasplante con un excelente resultado. **Conclusión:** El médico debe considerar los factores asociados que pueden propiciar la aparición de lesiones cutáneas premalignas y realizar biopsia para diagnóstico y tratamiento oportuno. Actualmente es posible obtener colgajos que permiten reconstruir defectos que antes eran indicación de amputación o severa deformidad o discapacidad en los pacientes con cáncer cutáneo.

**Palabras clave:** Carcinoma de células escamosas, neoplasias cutáneas, neoplasias faciales, reconstrucción facial, cirugía plástica, injerto de piel, colgajos quirúrgicos.

**ABSTRACT**

Squamous cell carcinoma is a malignant tumor which manifest in varying degrees of malignancy. It is often located on the face, neck, back, front and back region of the hand. Its features are anaplastic, fast growing, local tissue destruction and ability to metastasize. The ideal treatment is microvascular flap. **Case report:** 83 years old male patient, who presented an ulcerative lesion that started in left zygomatic area, and gradually was extending forward with itching, discoloration, progressive ulcer, with amaurosis in the left eye and left ipsilateral facial palsy. The patient was affected by his appearance due to facial injury which affected his self-esteem by being bullied because of the condition he was suffering. The reason for consultation was their appearance due to facial injury. It was referred to the Department of Plastic and Reconstructive Surgery of Hospital Escuela Universitario with suspected diagnosis of squamous cell cancer; biopsy was performed to confirm diagnosis. A resection technique was performed, the tumor was completely removed. The left eyeball, optic nerve, parotid gland, facial nerve and the zygomatic bone and facial artery

1 Sub Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Coordinador del Postgrado de Cirugía Plástica del Hospital Escuela Universitario.

2 Estudiante de V año de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

Dirección de correspondencia: Candy Stephanie Luque. candygonzalez2008@hotmail.com

Recibido: 11/05/15

Aceptado: 05/11/15

dissection vein dried; we proceeded to dissect right parascapular flap, skin, subcutaneous tissue, fascia and circumflex vessels to repair the defect was included. The case was continued for 8 months assessing irrigation and sensitivity of the flap with an excellent results. **Conclusions:** The physician should consider the associated factors that can foster the development of premalignant skin lesions and perform biopsy for diagnosis and treatment. At present it is possible to obtain flaps that allow to reconstruct defects that were indication for amputation or severe deformity and disability in patients with skin cancer before.

**Key words:** Carcinoma, squamous cell; skin neoplasms, facial neoplasms; plastic skin transplantation, surgical flaps.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas, denominado también carcinoma espinocelular, carcinoma epidermoide y carcinoma escamocelular; es un tumor maligno derivado de los queratinocitos de la piel y las membranas mucosas que retienen algunas de las características de la epidermis suprabasal normal. El tumor se manifiesta de diversas formas con diferentes grados de malignidad y sus características más importantes son anaplasia, rápido crecimiento, destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis. Constituye la segunda causa más frecuente de cáncer cutáneo, superado únicamente por el carcinoma basocelular, con el que conforma el denominado cáncer cutáneo no melanoma. El diagnóstico de la enfermedad se basa en la clínica de la lesión, antecedentes de factores cancerígenos y se corrobora con el estudio histopatológico.<sup>(1)</sup>

El carcinoma espinocelular es la neoplasia maligna más frecuente en el hombre, su incidencia ha aumentado de forma considerable durante los últimos 20 años, estudios epidemiológicos sobre cáncer espinocelulares predicen un mayor incremento en la población en la próxima década.<sup>(2)</sup> Cada año se reportan en el mundo entre dos y tres millones de nuevos casos y se estima que mueren 66,000 personas por este tipo de enfermedad. Se observa un incremento actual de su incidencia, de manera considerable en la población adulta laboralmente activa; con una desfavorable repercusión económica, social y el consecuente deterioro en la calidad de vida, a lo que se suma el costo elevado del tratamiento. En Australia

se presentan los porcentajes más altos de incidencia de cáncer del mundo. En los Estados Unidos es el cáncer más común en la población blanca. En México el cáncer de piel no melanoma ocupa el primer lugar en frecuencia. En los últimos 50 años los países de América Latina y el Caribe experimentan cambios demográficos y epidemiológicos que favorecen el aumento absoluto de las personas que padecen la enfermedad. Cuba se sitúa actualmente dentro de los países de América Latina y el tercer mundo con mayor incidencia de cáncer de piel no melanoma.<sup>(3)</sup>

En Honduras se realizó un estudio de registro histopatológico de cáncer en el Hospital Escuela durante el periodo 1996-2000, en el cual se encontraron 4,372 neoplasias malignas, las neoplasias de piel ocuparon el primer lugar de frecuencia con 17.6%. Este tipo de patología se localizan frecuentemente en cara, cuello, espalda, región frontal y dorso de la mano, se presenta en pacientes con historia de queratosis actínica que son lesiones hiperqueratósicas superficiales, que se encuentran sobre todo en áreas expuestas al sol de personas de piel clara, siendo el riesgo de progresión a carcinoma epidermoide de 0.25 a 20% dentro de 10-25 años.<sup>(4)</sup>

La mayoría de los carcinomas basocelulares y espinocelulares se localizan en las regiones centro faciales, sin embargo, los epidermoides tienen igual predilección por las mucosas y semimucosas, dado que estas zonas hacen prominencia en el macizo facial ya que se encuentran más expuestas a los rayos solares, los cuales constituyen el principal factor de riesgo para el cáncer de piel.<sup>(5)</sup> El carcinoma espinocelular se deriva de las células de la epidermis o sus anexos, con capacidad para afectar cualquier lugar de la piel o de las mucosas con epitelio escamoso y de crecimiento rápido, puede producir metástasis a ganglios regionales y a otros órganos, es de origen multifactorial y tiende a florecer en piel con fotodaño o a relacionarse con exposición a hidrocarburos, rayos X, luz ultravioleta, agentes infecciosos, úlceras, cicatrices de quemaduras, enfermedades crónicas inflamatorias de la piel como: lupus discoide, psoriasis, liquen plano hipertrófico; lesiones congénitas como: nevos epidérmicos o xeroderma pigmentoso; traumatismos mecánicos y exposición al arsénico.<sup>(6)</sup>

Si bien el cáncer de piel no-melanoma es más común, es altamente curable. Este tipo incluye dos subtipos de carcinomas: el basocelular y el espinocelular. El

basocelular raras veces genera metástasis, mientras que el espinocelular puede diseminarse a otras partes del cuerpo si no hay un tratamiento oportuno. A nivel mundial, en la población de piel clara ambos son los tipos de cáncer más comunes.<sup>(7)</sup> Las causas más comunes para que un paciente busque tratamiento médico ante una lesión facial son la falta de armonía en el aspecto estético y la afectación funcional, ya que una alteración de las mismas puede impactar emocionalmente con consecuencias en la autoestima personal. La belleza facial se basa en la forma, proporción y posición adecuada de sus distintos elementos.<sup>(8)</sup>

Según la deformidad a corregir en la cara por un carcinoma existen diferentes opciones de tratamiento como la cicatrización por segunda intención, conclusión primaria del defecto, colgajos cutáneos locales o regionales pediculados, pero cuando es muy extensa la lesión a corregir se necesita de trasplante de colgajos libres microvascularizados, para el cual se requiere de cirugía plástica y reconstructiva.

Los colgajos libres microvascularizados se suman a las nuevas técnicas quirúrgicas y con su uso la tasa de éxito ha venido mejorando y hoy en día es de 95-99% en países desarrollados.<sup>(9)</sup> La cirugía reconstructiva ha evolucionado muchísimo con el uso de colgajos que permiten movilizar tejido con características similares al territorio tisular perdido, buscando así el mejor resultado funcional y cosmético para el paciente<sup>(10)</sup>. La cirugía plástica tiene varias características que la distinguen de otros tipos de cirugía; en primer lugar, abarca no solo la cirugía estética sino que también la cirugía reconstructiva, que muchas veces es más demandante técnica y científicamente. En segundo lugar, no tiene localización anatómica establecida como la mayoría de las otras especialidades quirúrgicas, convirtiéndose en una especialidad global y que exige al cirujano plástico un acabado conocimiento de toda la anatomía, de la fisiopatología y de las diferentes técnicas para manipular y modificar los distintos tejidos en todo el cuerpo humano; pone a prueba la imaginación y creatividad del cirujano en cada momento de la toma de decisiones, convirtiéndola en una de las áreas más dinámicas de la cirugía.<sup>(11)</sup>

Los principios básicos reconstructivos incluyen la restauración quirúrgica de la forma y la función, minimizan la deformidad de la zona donadora, respetan a las unidades o subunidades estéticas faciales y se emplean tejidos similares por encima de aloinjertos o materiales

sinéuticos. Históricamente, las opciones quirúrgicas reconstructivas han sido descritas esquemáticamente como una escalera que inicia con el cierre directo y se continúa con el injerto de piel, colgajos pediculados cutáneos y miocutáneos locales, y al final, colgajos microvasculares libres. Sin embargo, aunque la escuela tradicional sugiere iniciar con dichos procedimientos partiendo desde el método más simple, el abordaje actual propone seleccionar la opción quirúrgica que permite una reconstrucción ideal, maximizando el resultado primario funcional y estético, aunque esto constituya realizar un colgajo microvascular libre en lugar de iniciar con injertos o colgajos locales o regionales.<sup>(12)</sup>

El concepto de colgajo implica el transporte de tejido desde un área donadora hasta una receptora, manteniendo su conexión vascular con el sitio de origen. La excepción es el colgajo libre, en el cual el nexo vascular es interrumpido, pero luego restituido con técnicas microquirúrgicas en el área receptora,<sup>(13)</sup> utilizando técnicas microquirúrgicas que tienen las siguientes ventajas: permitir la resección de lesiones que antes no se podía realizar, mayor control de la región de la lesión a corto y largo plazo, mejor pronóstico funcional, posibilidad de trabajo de los equipos simultáneamente (uno responsable de la exéresis de la lesión y el otro de la reconstrucción), mejor tasa de vascularización y cicatrización, baja tasa de reabsorción, menor importancia de las dimensiones del defecto, permitiendo, en caso de cirugía oncológica, ampliar los márgenes de seguridad, potencial para enervación sensorial o motora y para la utilización de implantes osteointegrados, una enorme variedad de tejidos disponibles, tanto compuestos, como de diferentes tipos de piel, utilización de injertos proyectados para el defecto y un mejor aprovechamiento del tejido recolectado.

Existen dos tipos de colgajos, los pediculados sueltos y en forma de rueda alrededor del pedículo neurovascular y por lo tanto sin interrupción del flujo sanguíneo; los libres en los que el pedículo neurovascular es retirado de la región y trasplantado por reanastomosis microvascular a una nueva región.<sup>(9)</sup> Así pues, en la actualidad prácticamente la mayor parte de los tejidos en el organismo humano podrían autotransferirse mediante técnicas microquirúrgicas, siendo la principal limitación la secuela funcional y estética que dejan las zonas donadoras de dichos tejidos. Los tejidos transferidos pueden estar constituidos exclusivamente por piel y tejido celular subcutáneo como el colgajo inguinal o incluir fascia (colgajo antero lateral

de muslo), músculo (colgajo de dorsal ancho) e incluso hueso (colgajo osteocutáneo de peroné libre) como se observa a continuación en el Cuadro No 1.

**Cuadro No 1. Colgajos de elección por zona**

<b>Cabeza y cuello</b>	
Piel cabelluda	Anterolateral de muslo DIET Dorsal ancho (con injerto cutáneo)
Cara (Tejidos blandos)	Anterolateral de muslo TDAP Colgajo radial
Maxilar / Mandíbula	Colgajo osteocutáneo de peroné libre Cresta Iliaca Colgajo osteocutáneo radial de antebrazo
Boca / Lengua	Colgajo radial Anterolateral de muslo
Cuello	TDAP Colgajo escapular Colgajo paraescapular
<b>Extremidad superior</b>	
Brazo / Antebrazo	Anterolateral de muslo TDAP Colgajo radial
Mano	Anterolateral de muslo Colgajo radial Colgajo Braquial lateral
<b>Extremidad inferior</b>	
Muslo	DIEP Anterolateral de muslo
Pierna	TDAP DIEP Dorsal ancho Colgajo Radial
Pie	Anterolateral de muslo TDAP Colgajo radial

FUENTE: Orozco-Villaseñor H, Ávila-Macías Z. Colgajos libre microvascularizados en la reconstrucción de defectos traumáticos. Rev Med .2013.

Según la composición de los tejidos transferidos los colgajos pueden clasificarse en: cutáneos, fasciocutáneos, miocutáneos, musculares, osteocutáneos y en quimera. Por otro lado, los colgajos libres también pueden clasificarse según el vaso que lo irriga, incluyendo: colgajos nutridos por un vaso cutáneo directo, colgajos nutridos por vasos septocutáneos o colgajos nutridos por vasos perforantes.

Si bien es cierto que los colgajos cutáneos y miocutáneos libres resolvieron durante mucho tiempo grandes defectos complejos, en la actualidad los colgajos de perforantes constituyen la estrategia reconstructiva más utilizada al proporcionar extensas superficies de piel y tejido celular subcutáneo ricamente irrigado con la ventaja de preservar así la función del músculo subyacente, todo gracias al desarrollo de técnicas de disección de vasos cada vez más pequeños.<sup>(12)</sup> Actualmente es posible transferir colgajos constituidos por piel, tejido celular subcutáneo y fascia de la región para reconstruir defectos cutáneos, como se muestra en el caso a continuación.

**CASO CLÍNICO**

Paciente del sexo masculino de 83 años de edad, procedente de Comayagua, agricultor, con antecedentes personales patológicos de dos infartos de miocardio, quien desde septiembre de 2004 presentó una lesión ulcerativa, que inicio en región cigomática izquierda, extendió y avanzó paulatinamente con prurito, cambios de coloración, aumento de tamaño ulcerativo progresivo, amaurosis progresiva en ojo izquierdo y parálisis facial ipsilateral izquierda. Fue evaluado en Hospital General San Felipe y remitido al Hospital Escuela Universitario al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, con diagnóstico presuntivo de cáncer escamocelular, fue evaluado por el cirujano plástico, quien realizó biopsia. (Figura No 1)

**Fig. No 1. Área del cáncer espinocelular**



Los estudios realizados fueron biopsia incisional de la lesión para confirmar diagnóstico, una radiografía de Waters con la cual se observó el grado de infiltración cutánea y ósea y la valoración cardiológica previa a la cirugía; posterior a la valoración del paciente, se manejó y trató a través de una técnica de resección en bloque, en la cual se eliminó completamente el tumor de hemicara izquierda y se incluyó el globo ocular izquierdo, el nervio óptico, la glándula parótida izquierda, nervio facial y hueso cigomático del lado de la lesión con disección de arteria y vena facial, además de vasos pequeños adyacentes; se preparó el área para realizar el trasplante, luego se procedió a disecar colgajo paraescapular derecho en el área dorsal incluyendo piel, tejido celular subcutáneo, fascia y vasos circunflejos al colgajo. (Figura No 2)

**Figura No 2. Área paraescapular donadora seleccionada**



Se realizó reconstrucción del área afectada por el cáncer con colgajo libre microvascularizado fasciocutáneo paraescapular derecho, seleccionado del área dorsal del paciente, con medidas de 20 x 30 cms, el cual se trasplantó con los vasos donadores y

adyacentes, junto a la arteria y vena facial izquierda, se realizó la anastomosis de los vasos donadores, de la arteria y la vena circunfleja en el área de la lesión. El procedimiento que se realizó durante la cirugía fue con equipo de microcirugía, se utilizó un microscopio Ziessy se realizó anastomosis termino-terminal de cada vaso sanguíneo; se tomó como área donante piel de grosor parcial del muslo derecho del paciente, para lograr injertar en el área donadora del colgajo paraescapular seleccionado y corregir la lesión provocada por el carcinoma basocelular en hemicara izquierda. Se utilizó sutura Prolene de once cero y diez cero (siendo las suturas más finas para anastomosis de nervios y vasos sanguíneos). La cirugía tuvo una duración aproximada de nueve horas continuas sin complicaciones.

El paciente permaneció en Unidad de Cuidados Intensivos por cuarenta y ocho horas, por antecedentes de alto riesgo de dos infartos de miocardio previos; se da de alta dos semanas posteriores al evento quirúrgico con excelente pronóstico, el paciente evolucionó satisfactoriamente sin sufrir complicación alguna como ser epidermólisis o necrosis. Emocionalmente el paciente recuperó su autoestima, ya que refiere fue víctima de burlas sin tener idea de la condición que sufría, se benefició con la reconstrucción facial y nuevo aspecto para poder llevar una vida normal. (Figura No 3)

**Figura 3. Aspecto físico del paciente posterior al trasplante**



## DISCUSIÓN

Se trata del primer caso de cirugía de reconstrucción facial exitosa realizada en Honduras, con curación definitiva del cáncer escamo celular y reconstrucción facial con microcirugía sin reporte de complicaciones. Según la literatura internacional el carcinoma de células basales es diagnosticado con mayor frecuencia en personas de raza blanca y entre el 75-80% de los casos de cáncer de piel no melanoma, en segundo lugar el carcinoma de células escamosas que representa el 20 y 25%. En Honduras se realizó un estudio de registro histopatológico de cáncer en el Hospital Escuela durante el periodo 1996-2000, en el cual se encontraron 4,372 neoplasias malignas, las neoplasias de piel ocuparon el primer lugar con un 17.6%.<sup>(4)</sup>

El caso antes descrito concuerda con múltiples estudios internacionales, en los cuales el cáncer escamocelular afecta a ambos sexos con un ligero predominio del masculino, ya que el hombre está más expuesto a la acción de los rayos solares, factor que predispone a la aparición de lesiones cancerosas. Otros estudios latinoamericanos plantean la existencia de un predominio en el sexo femenino, atribuido al hecho de que las mujeres tienen mayor preocupación por su aspecto que los hombres y buscan mayor atención médica de manera más temprana.<sup>(14)</sup>

El carcinoma cutáneo de tipo no melanoma es un motivo de consulta frecuente en el área de dermatología y cirugía plástica, con un tratamiento adecuado se logra una baja mortalidad. Los costos del tratamiento de la enfermedad la ubican en el quinto lugar dentro de las enfermedades neoplásicas superadas por otras de alto costo, como el cáncer de pulmón, colon, recto, seno y próstata, según estadísticas de Estados Unidos.<sup>(15)</sup>

La prevención del carcinoma de células escamosas depende directamente de la educación que se imparta a la población tanto de área rural como urbana, ya que es donde se practica la agricultura con escasas medidas de fotoprotección, que debe iniciarse desde la niñez dado que las consecuencias a largo plazo de exposición solar se reflejarán en la vida adulta. De igual forma, es importante que cualquier cambio observado en la piel sea consultado con el médico de la zona, por ejemplo; alteraciones en el color, tamaño o elevación de los lunares son signos de alarma para prevenir lesiones malignas. Los tumores mayores de 2 cm tienen el doble de probabilidad de malignizar y tres veces más de metastatizar que aquellos

de menor dimensión.<sup>(5)</sup> Finalmente, el tratamiento oportuno de esta patología aumenta su tasa de éxito en cuanto se inicie de forma temprana.<sup>(16)</sup>

Es de suma importancia resaltar desde el punto de vista epidemiológico que esta patología afecta más al hombre que a la mujer, ya que se expone durante tiempo prolongado al sol sin medidas de fotoprotección, por lo que hay una tendencia al incremento en los últimos años, con gran impacto para la salud, no constituye una amenaza para la vida del paciente, pero sí un aumento en la morbilidad y acarrea un gasto en la salud pública en el orden económico; para Honduras y el resto del mundo es prevenible si se regula la exposición a la radiación ultravioleta.

Actualmente con el desarrollo de mejores técnicas de microdissección y microanastomosis en cirugía reconstructiva y profilaxis oncológica, prácticamente cualquier defecto ya sea simple o complejo puede llegar a ser reconstruido de forma efectiva con resultados estéticos y funcionales. La pérdida de segmentos óseos en las extremidades o esqueleto facial, tendones, músculos o nervios constituyen actualmente problemas que pueden resolverse de forma rápida y efectiva mediante la transferencia libre de tejido compuesto. En la actualidad es posible obtener colgajos de tejido compuesto por piel, tejido celular subcutáneo, fascia, hueso y músculo todo nutrido por un solo vaso sanguíneo, lo que permite reconstrucción de defectos que antes eran considerados indicación de amputación o dejaban una severa deformidad y discapacidad.

Los microscopios que se recomiendan son aquellos con luz Xenon estereoscópicos como el S88, el Pentero o el OPMI Vario de Carl Zeiss. Los utilizados en este caso fueron: microscopios de Zeiss de aumento 40% con lupas de 3.5x. Otros microscopios pueden utilizarse, sin embargo la intensidad luminosa u óptica pueden ser pobres lo que conduce a una menor seguridad y pobre desempeño durante la técnica anastomótica. Así mismo, no se recomienda realizar la disección del colgajo con una magnificación mayor a 4x o microscopio ya que ocasiona una prolongación innecesaria del tiempo quirúrgico, así como un aumento en las dificultades relacionadas con lupas pesadas o la limitación ocasionada por el microscopio.

El proceso de planeación es y será siempre el paso más importante previo a la cirugía reconstructiva, únicamente después de conocer todos y cada uno

de los detalles necesarios para lograr el éxito en la reconstrucción es que se debe llevar a cabo el procedimiento. La selección del tejido a transferir consiste en uno de los aspectos más importantes de dicha planeación. Este debe elegirse considerando la complejidad del defecto (si requiere solo piel y tejido celular subcutáneo o si además requiere hueso, tendones o requiere de un colgajo neurosensitivo), la extensión del defecto a reconstruir y la morbilidad que dejará la toma del colgajo en el sitio donador sobre todo, cuando dicho colgajo se elige con músculo en donde su función se pierde irreversiblemente, como por ejemplo durante la utilización de un dorsal ancho.

Otros aspectos a considerar incluyen la similitud en las características de la piel como el color, espesor y anexos entre las zonas donadora y receptora, sobre todo en el caso de la reconstrucción de defectos en cara; la dificultad o experiencia del cirujano y familiaridad con la anatomía en la disección del colgajo; la posibilidad de trabajar dos equipos quirúrgicos simultáneos: uno para la disección del colgajo y otro para la preparación del defecto.

El cirujano plástico que se enfrenta a defectos complejos extensos actualmente dispone de mayores recursos para ofrecer mejores resultados tanto estéticos como funcionales, lo que impacta positivamente en el retorno de cada paciente a su vida normal. Por lo cual es importante realizar un diagnóstico precoz en el abordaje médico primario, para un tratamiento adecuado evitando la extensión y metástasis, proporcionando una mejor calidad de vida al paciente y minimizar los costos hospitalarios.<sup>(12)</sup>

En este caso clínico, el paciente ya presentaba metástasis con pérdida facial de piel, tendones, músculos y nervios, así como pérdida de visión del ojo izquierdo. En el tratamiento se utilizaron técnicas de microdissección y microanastomosis para corrección de un amplio defecto facial, obteniendo resultados estéticos funcionales, estos problemas pueden resolverse de manera efectiva mediante la transferencia libre de tejido compuesto. En la reconstrucción facial del paciente, se decidió utilizar un colgajo libre microvascularizado fascio-cutáneo paraescapular derecho, por la amplia extensión del colgajo y excelente vascularización del mismo. Con la resección del carcinoma escamocelular y reconstrucción se pudo ofrecer un resultado tanto estético como funcional al paciente, que influyó positivamente en el retorno a sus actividades y a una vida normal.

## Conclusión

Es de suma importancia educar a la población sobre la adecuada protección solar desde la niñez para evitar daños en la piel que pueden incurrir en un carcinoma escamocelular. El médico ante una lesión cutánea debe tomar en cuenta realizar biopsia para un diagnóstico y tratamiento oportuno; también los factores de riesgo asociados al paciente como: sexo masculino, sobrepasar la sexta década de la vida, exposición solar crónica sin protección, los cuales propician la aparición de lesiones cutáneas premalignas. El carcinoma escamocelular es un tumor que con frecuencia llega a metástasis, es más agresivo que el carcinoma basocelular y presenta una morbilidad mayor, por lo cual un diagnóstico a tiempo es imprescindible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Victoria Bárzaga H. Carcinoma de células escamosas invasivo diferenciado: presentación de un caso. Rev AMC. [Revista en Internet] 2009. [Consultado el 27 de mayo de 2015];14(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000400016&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000400016&script=sci_arttext).
2. Nuño-González A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Estebanz JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. Actas Dermosifiliográficas. [Revista en Internet] 2012. [Consultado el 27 de mayo de 2015]; 103(7):567-578. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/carcinoma-epidermoide-cutaneo-alto-riesgo/articulo/90149819/?pubmed=true>
3. Victoria Bárzaga H. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. [Revista en internet] 2009 [Consultado el 27 de mayo de 2015];14(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n3/amc060310.pdf>.
4. Lopez-Pavon R, Zelaya-Bonilla P. Eficacia de la Cirugía en el Tratamiento Inicial del Carcinoma Basocelular y Epidermoide de Piel. Rev Méd Postgrados Med. [Revista en Internet ] 2008. [Consultado el 30 de mayo de 2015] 1 (11): 36-41. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-1-2008-5.pdf>

5. Santana Rodríguez A, Montesino Becerra M, Jiménez Valladares J, Gallardo Pimente C, López Rodríguez L. Caracterización del cáncer de piel facial. Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas, [Revista en internet] 2008 [consultado el 27 de mayo de 2015] 12(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942008000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200002)
6. Zamora Hernández JM, Vega Memije ME, Domínguez Soto L. Carcinoma epidermoide localizado en la palma de la mano: reporte de un caso. Dermatología Rev Mex. [Revista en Internet] 2005 [Consultado el 27 de mayo de 2015]; 49:207-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2005/rmd055d.pdf>
7. Pinedo-Vega JL, Castañeda-López R, Dávila-Rangel J, Mireles-García F, Ríos-Martínez C, López-Saucedo A. Incidencia de cáncer de piel en Zacatecas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Revista en Internet] 2014. [Consultado el 27 de mayo de 2015]; 52(3): 282-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im143k.pdf>
8. Portelles AM, Berger Kohn C. Manejo quirúrgico combinado de prominencia del ángulo mandibular y microgenia. Rev Cubana Estomatol, [Revista en Internet] 2010 [Consultado el 27 de mayo de 2015]; 47(3):355-360. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000300010&script=sci_arttext)
9. Brito Pereira C, Leite Figueiredo M, Carvalho R, Catre D, Assunción J. Anestesia y Colgajos Microvascularizados. Rev Bras Anestesiol. [Revista en Internet] 2012 [Consultado el 27 de marzo de 2015]; 62(4):1-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es\\_v62n4a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es_v62n4a11.pdf)
10. Montaña Claire E, Valoyes Guerrero L, Tarrus Bozal P, Aja Rodríguez L, Muntané Sánchez A, Mora Montoya P. Tipos de Colgajo en cirugía reconstructiva oncológica de cabeza y cuello, hallazgos radiológicos mediante TC. [en Internet] Sociedad Española de Radiología Médica, SERAM 2014. [Consultado el 15 de marzo del 2015]. Disponible en: [http://postereng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing\\_poster&pi=124281](http://postereng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&pi=124281).
11. Andrades P, Sepulveda S. Apuntes de cirugía plástica En: Cirugía plástica esencial. [en Internet] 1a ed. Chile: Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile: 2005. [Consultado el 10 de marzo del 2015] Disponible en: <http://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/colgajos.pdf>
12. Orozco-Villaseñor H, Ávila-Macías Z. Colgajos libre microvascularizados en la reconstrucción de defectos traumáticos. Rev Med MD [Revista en Internet] 2013 [Consultado el 27 de mayo del 2015]; 5(1):27-33. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=97452&id\\_seccion=3885&id\\_ejemplar=9520&id\\_revista=236](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=97452&id_seccion=3885&id_ejemplar=9520&id_revista=236)
13. Andrades P, Sepulveda S. Colgajos En: Cirugía Plástica Esencial. [en Internet]. 1a ed. Chile: Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile; 2005. [Consultado el 10 de marzo del 2015] Disponible en: <http://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/colgajos.pdf>.
14. Viñas-García M, Algozaín-Acosta Y, Álvarez-Campos L, Quintana-Díaz JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cubana Estomatol. [Revista en internet] 2011 [Consultado el 27 de mayo del 2015]; 48(2):121-8. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48\\_2\\_11/est04211.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48_2_11/est04211.htm)
15. Barón Estrada O, Álvarez Sierra J, Montealegre Gómez G. Análisis retrospectivo del carcinoma cutáneo tipo basocelular y escamocelular en Bogotá-Colombia: epidemiología, prevención y tratamiento. Rev Fac Med [Revista en Internet] 2009 [Consultado el 27 de mayo del 2015]; 57(1):40-48. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112009000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000100005)
16. Díaz YR, Gutiérrez R, Quimbayo E, Jiménez WG. Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. Rev Univ Salud. [Revista en Internet] 2014 [Consultado el 27 de mayo de 2015]; 16(2): 234-245. Disponible en: <http://revistasalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2015/03/C%C3%A1ncer-de-piel-no-melanoma.pdf>