

RECONSTRUCCION DE REGION VULVO-PERINEAL

La reconstrucción vulvo perineal luego de una cirugía radical de vulva es un reto para el equipo quirúrgico.

La finalidad de la reconstrucción vulvar es conservar o restaurar la anatomía de la zona, preservar las funciones urinaria, esfínter anal, sexual y estética, sin sacrificar el resultado oncológico.

Para poder realizar dicho objetivo es preciso un trabajo multidisciplinario entre el ginecólogo oncólogo, urólogo, cirujano abdominal, cirujano plástico, radioterapeutas, oncólogos clínicos y psicólogos, evaluando en conjunto el control oncológico, el mantenimiento de la funcionalidad de estructuras vulvoperineales y la calidad de vida de la paciente.

El conocimiento de la anatomía y la planificación preoperatoria son de suma importancia para el abordaje terapéutico y la elección del colgajo a utilizar en la reconstrucción.

La resección radical de vulva óptima debe tener márgenes libres de tumor de 1 cm y debe incluir en profundidad hasta el periostio pelviano.

El colgajo utilizado para cubrir el defecto vulvar debe cumplir los siguientes principios básicos:

- 1- Espesor de tejido subcutáneo y piel con adecuada vascularización.
- 2- Permitir una correcta adaptación de la superficie del colgajo al tamaño del defecto vulvo-perineal.
- 3- Restablecer la función y sensibilidad vulvoperineal.
- 4- Minimizar la morbilidad del sitio donante.

5- Cierre de herida libre de tensión.

6- Zona dadora libre de infección.

Opciones en reconstrucción vulvo-perineal utilizadas en el Servicio de Ginecología Oncológica del Instituto de Oncología Ángel Roffo

1- Cierre primario

Se utiliza para defectos que permiten el afrontamiento de los bordes de la piel sin tensión y con un lecho que coapta de manera tridimensional, lo que disminuye los espacios muertos que favorecen la formación de colecciones que incrementan el riesgo de infecciones y dehiscencia.

Nosotros utilizamos dicho cierre para defectos menores de 3 cm de diámetro.

2- Colgajos pediculados fascio-cutáneos (avance o rotación)

Se utilizan por la movilidad y la vascularidad de la región. Dependiendo del diseño de la movilización adquieren su denominación: colgajo en v-y o de rotación.

El principio es el avance o rotación de una región determinada, sin afectar el aporte vascular de la base del colgajo. Estos colgajos adquieren su vascularización de arterias perforantes derivadas de arterias principales de la zona.

Nosotros utilizamos dichos colgajos en defectos de 3-10 cm de diámetro.

El antecedente de radioterapia como tratamiento loco-regional es contraindicación para la realización de colgajos fascio-cutáneos.

3- Colgajos miocutáneos

Se adquieren de múltiples regiones y se prefieren para grandes defectos.

Pueden ser pediculados o colgajos libres requiriendo estos últimos reconstrucción microvascular.

En comparación con los colgajos fascio-cutáneos, es necesario considerar que implican mayores defectos del área dadora y técnicamente son más complejos, lo que prolonga el tiempo quirúrgico dificultando su utilización en pacientes añosas o con comorbilidades importantes.

El más utilizado por nosotros en reconstrucción vulvar es el colgajo de recto anterior abdominal (VRAM/TRAM), cuyo aporte sanguíneo lo obtiene de la arteria epigástrica inferior y la isla de piel es versátil según el defecto a cubrir.

Utilizamos dicho colgajo en defectos mayores de 10 cm o en pacientes con tratamientos radiantes previos.