

Dal sospetto di neoplasia cutanea alla chirurgia plastica ricostruttiva

L'analisi del caso di un paziente che presenta una lesione cutanea suggestiva di neoplasia ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica e sulle tecniche ricostruttive impiegate, anche perché non esistono linee guida che indirizzino all'adozione di una tecnica piuttosto che l'altra

Alessandro Broglio* - Giovanni Antonio Filocamo - Marco Elli*****

Nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è facoltà di noi studenti frequentare un ambulatorio di Medicina Generale come parte delle attività professionalizzanti da svolgere.

È proprio durante questo periodo che giunge alla nostra osservazione un uomo che presenta una lesione cutanea suggestiva di neoplasia: l'analisi del suo caso ci ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica e sulle tecniche ricostruttive impiegate, argomento che viene ben poco esplorato nell'arco del corso di studi.

► Il caso

Giunge alla nostra osservazione in ambulatorio un uomo di 85 anni per una neoformazione cutanea localizzata al cuoio capelluto sul lato destro del volto. La lesione si presentava di colore grigio-rossastro, nodulare, vegetante, ulcerata, con asse maggiore di 3.1 cm, motivo per cui si inviava a visita specialistica per forte sospetto di neoplasia ed eventuale indicazione alla rimozione chirurgica.

L'evoluzione del caso segue l'ordine cronologico riportato in *tabella 1*.

L'intervento è avvenuto in regime di ricovero il 6.5.2016.

Durante la procedura chirurgica è stata dapprima eseguita l'asportazione della neoformazione con invio del materiale per l'esame istologico e successivamente è stata eseguita una plastica ricostruttiva della zona danneggiata mediante innesto.

La tecnica prevede il prelievo di tessuto cutaneo da un sito donatore, che nel caso del nostro paziente è risultato essere la sua regione inguinale destra, e il successivo innesto del campione prelevato nella zona dove è stata rimossa la neoplasia, in modo da ricostituire l'integrità dell'epitelio cutaneo. Il decorso post-intervento è stato ottimale, motivo per cui il paziente è stato di-

messo il giorno seguente.

All'esame istologico la lesione è risultata essere un carcinoma squamocellulare ben differenziato (G1), vegetante, di tipo verrucoso, infiltrato focalmente sino al tessuto sottocutaneo (V° livello sec. Clark). Non si hanno segni di infiltrazione vascolare e perineurale.

Durante la visita di controllo (12/5/2016), la ferita della zona inguinale mostrava segni di sovrainfezione, motivo per cui sono state programmate visite di controllo regolari per il monitoraggio e trattamento della situazione.

All'ultima visita di controllo (6/6/2016), viene rinnovata la medicazione e si riferita un processo di guarigione avanzato con indicazione a tocchature di merbromina ogni giorno per 30 giorni.

Tabella 1

Sequenza cronologica del caso

Data	Prestazione
Aprile 2016	Visita presso il nostro ambulatorio di MG
Aprile 2016	Visita specialistica che conferma il sospetto neoplastico e conferma la necessità di rimozione chirurgica
6 maggio 2016	Intervento di rimozione della neoplasia e ricostruzione cutanea
9 maggio 2016	Esito dell'esame istopatologico
12 maggio 2016	Visita di controllo a 7 giorni dall'intervento
16-19-23-26-30 maggio 2016	Visite di controllo regolari per la sostituzione della medicazione e monitoraggio del sito infetto
6 giugno 2016	Ultima visita di controllo

*Medico in Formazione, Milano

**Tutor Corso Pre Laurea Medicina Generale, Milano

***Responsabile Attività Didattiche,

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Vialba, Università degli Studi di Milano

► **Evoluzione clinica**

Attualmente il paziente è in buone condizioni di salute. Alla prima valutazione ambulatoriale dopo l'ultima visita di controllo, la ferita in regione inguinale dove è avvenuto il prelievo cutaneo presenta persistenza del quadro infettivo (*figura 1*). Si possono notare segni di infiammazione locale e formazioni condiloidee in corrispondenza delle zone dove erano presenti i punti di sutura. Si decide di applicare crema antibiotica e di proseguire con questo trattamento fino a completa regressione della situazione. La zona al cuoio capelluto presenta invece una vistosa escara di consistenza dura e colore eterogeneo. La sua presenza rende inoltre impossibile l'identificazione del sito di innesto (*figura 2*). A distanza di 3 settimane la situazione al cuoio capelluto risulta come in *figura 3*: è avvenuto il completo distacco dell'escara e la cute sottostante presenta segni di guarigione avanzata, mostrando però una lieve differenza di pigmentazione rispetto al resto della zona.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



È individuabile la sede di innesto e complessivamente possiamo apprezzare un discreto risultato estetico finale.

APPROFONDIMENTI

Approfondiremo alcuni aspetti sul carcinoma squamocellulare e sulle tecniche ricostruttive della chirurgia plastica in modo da avere gli strumenti per valutare con obiettività quanto eseguito sul nostro paziente.

► **Carcinoma squamocellulare**

Il carcinoma squamocellulare è un tumore maligno della cute che colpisce le cellule squamose dell'epidermide. Dal punto di vista epidemiologico è il secondo tumore cutaneo più frequente dopo il carcinoma basocellulare, rappresentando il 20% circa di tutti i tumori della pelle. In Italia si stima un'incidenza di circa 120 casi/anno ogni 100.000 uomini e 90 casi/anno ogni 100.000 donne. Insorge principalmente in età avanzata (dopo i 60 anni) e nelle zone maggiormente fotoesposte come viso, cuoio capelluto, orecchie, labbra, collo ed arti, ma più in generale tende a manifestarsi su cute o mucose che presentano già un'alterazione morfologica (radiodermi, cheiliti attiniche, ecc.). Le lesioni si presentano rilevate, di colore rosso-roseo, a superficie crostosa, di dimensioni variabili da pochi millimetri a diversi centimetri, o come chiazze ros-

sastre desquamanti; tuttavia va sottolineato che questo tipo di carcinoma mostra una certa eterogeneità nelle sue manifestazioni che possono variare da soggetto a soggetto.

Ha una crescita rapida e, se non diagnosticato precocemente o trascurato, può infiltrare gli strati profondi della cute. In rari casi i carcinomi squamocellulari possono dare metastasi ai linfonodi e agli organi interni, diventando potenzialmente fatali.

Se ne distinguono 3 forme cliniche:

- nodulare o nodulo-ulcerativo;
- verrucoso;
- papillomatoso o vegetante.

La diagnosi viene effettuata mediante esame obiettivo, con la possibilità di avvalersi di un esame biotico qualora persista il dubbio diagnostico.

La terapia di prima scelta per questo tipo di carcinoma è l'escissione chirurgica.

Esistono anche tutta una serie di altri approcci terapeutici (laserterapia, crioterapia, terapia fotodinamica, radioterapia) che sono indicate però per lesioni superficiali e sono inoltre associate ad un maggior rischio di recidiva.

► **Tecniche di chirurgia plastica ricostruttiva: lembi e innesti**

La chirurgia plastica è una branca della chirurgia che nasce con lo scopo di correggere, riparare o ricostruire alterazioni del corpo umano come difetti morfo-funzionali o perdite di sostanza a carico di diversi tipi di tessuti (cute, sottocute, fasce, muscoli, ossa, ecc). Tali malformazioni possono occorrere a seguito di traumi, neoplasie, malattie degenerative, così come essere presenti sin dalla nascita. Le tecniche fondamentali più utilizzate per correggere questo tipo di difetti sono sostanzialmente due: i lembi e gli innesti.

► **Lembi**

Il lembo è definito un'unità tissutale che viene trasferita da una sede, defi-

nita "sito donatore", ad un'altra, definita "sito ricevente", mantenendo intatta la propria circolazione. È proprio su quest'ultimo aspetto che si pone la distinzione con gli innesti: questi infatti vengono trasferiti senza il loro supporto vascolare, affidando completamente la loro sopravvivenza alla rete di vasi del sito ricevente. I lembi, invece, vengono trasferiti mantenendo una connessione con la sede di prelievo; tale connessione prende il nome di "peduncolo" e ha il compito di garantire la nutrizione dei tessuti del lembo stesso. La classificazione dei lembi prevede la loro suddivisione in categorie in funzione di: tipo di supporto vascolare, tipo di tessuto che viene trasferito, sede del sito donatore, movimento cui sono soggetti durante il trasferimento.

1. Classificazione secondo il tipo di supporto vascolare

La vascolarizzazione di un lembo può essere casuale (random) o a peduncolo noto (assiale, fascio-cutanea, muscolo-cutanea, basata sulle perforanti).

- Nel **lembo random** l'apporto ematico non proviene da un'arteria ben precisa, ma da una serie numerosa di piccole arteriole minori. In questa categoria ricadono molti tipi di lembi cutanei.

- I **lembi a peduncolo noto** sono ricavati da regioni anatomiche con una vascolarizzazione costante, in cui è possibile identificare i vasi afferenti. La vascolarizzazione del lembo è determinata da uno specifico asse vascolare in grado di supportare l'intera area allestita.

Tali lembi vengono suddivisi in base al tipo di vascolarizzazione che può essere di tipo assiale, fascio-cutanea, muscolo-cutanea o basata sulle perforanti.

2. Classificazione secondo il tipo di tessuto che viene trasferito

Un lembo può essere costituito da un solo tipo di tessuto o da una notevole varietà di diversi tessuti. Nel primo caso possiamo identificare lembi costituiti da cute, fascia, muscolo, osso, ghiandole e visceri (come omento,

colon, piccolo intestino, ecc).

Per quanto riguarda i lembi costituiti da più tipi di tessuti riconosciamo i fascio-cutanei, i mio-cutanei, gli osseo-cutanei, i tendino-cutanei e quelli sensitivi/innervati.

3. Classificazione secondo la sede del sito donatore

Un tessuto può essere trasferito da un'area adiacente al sito ricevente: è questo il caso dei cosiddetti "lembi di vicinanza". Qualora il tessuto venga invece trasferito da un sito anatomico non contiguo (per esempio un'altra parte del corpo), si parlerà di "lembi di distanza". Preferenzialmente si fa ricorso ai lembi di vicinanza in quanto permettono di eseguire l'intervento avvalendosi dello stesso campo operatorio, consentendo spesso l'apporto di un tessuto con le stesse caratteristiche di quello leso. I lembi a distanza vengono invece utilizzati quando si ha impossibilità a reperire tessuto sufficiente ed idoneo in prossimità della zona da riparare.

4. Classificazione secondo il tipo di movimento cui sono soggetti durante il trasferimento

A seconda del movimento che il lembo esegue nel passaggio dal sito donatore a quello ricevente, possiamo distinguere:

- **lembi di avanzamento**, spostati con un movimento rettilineo rispetto al loro peduncolo sfruttando l'elasticità della cute;

- **lembi di rotazione**, spostati con un movimento circolare;

- **lembi di trasposizione**, spostati scavalcando una zona di tessuto indenne interposta tra l'area donatrice ed il sito ricevente.

► Innesti

Per innesto si intende il trapianto di uno o più tessuti, provenienti da un'area donatrice, ad un'area ricevente, interrompendo completamente le connessioni vascolari con la sede di prelievo. Gli innesti non possiedono quindi una vasco-

larizzazione propria: per i primi 3-5 giorni la loro sopravvivenza è garantita da un meccanismo di diffusione dei nutrienti; inoltre durante questo periodo nuovi vasi crescono dal letto della ferita verso l'innesto, formando una rete vascolare che da lì in poi sarà responsabile del mantenimento del nuovo tessuto.

Punto di forza degli innesti è la relativa facilità della manovra chirurgica, ma il risultato estetico che se ne ottiene non è di certo di alto livello se paragonato a quello ottenibile con un lembo. La maggior parte degli innesti che vengono effettuati in chirurgia plastica sono innesti cutanei. Essi vengono distinti:

► a spessore parziale

- sottili: comprendenti epidermide e apice delle papille dermiche;
- medi: comprendenti il terzo superficiale dello spessore cutaneo;
- spessi: comprendenti i due terzi superficiali dello spessore cutaneo;

► a tutto spessore: comprendono la cute a tutto spessore (epidermide e derma), ma non il grasso sottocutaneo. Va sottolineato che il risultato estetico è tanto migliore quanto più l'innesto è spesso, mentre l'attecchimento è tanto più facile quanto l'innesto è sottile.

DISCUSSIONE E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'analisi del caso clinico ci ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica ricostruttiva, fornendoci gli strumenti per poter esprimere una valutazione obiettiva su quanto eseguito sul nostro paziente. Risulta intuitivo che la tecnica ricostruttiva con innesto sia di più facile esecuzione, sebbene a scapito di un peggior risultato estetico. Espone inoltre ad un maggior rischio di infezione delle ferite, essendo due i siti di intervento sulla quale si opera, così come è avvenuto nel caso che abbiamo riportato.

I lembi invece, nonostante si accompa-

gnino a una maggior difficoltà di esecuzione e richiedano maggior dimestichezza del chirurgo, offrono una serie di vantaggi che dovrebbe far propendere per il loro utilizzo ogni qual volta sia possibile: consentono un risultato estetico molto superiore rispetto a quello ottenibile con un innesto, non presentano il problema della vascolarizzazione essendo dotati di un proprio peduncolo vascolare, ma soprattutto permettono di ricostruire la zona lesa con un tessuto che è identico a quello di origine.

Ed è proprio da queste constatazioni che potremmo affermare che l'utilizzo dei lembi dovrebbe essere considerato come la tecnica di elezione nell'approccio alla ricostruzione post-chirurgica dei carcinomi cutanei, visto e considerando anche che le zone del corpo su cui insorgono maggiormente questo genere di lesioni (viso, cuoio capelluto, orecchie, labbra e tronco) ben si prestano a tale tecnica ricostruttiva. Facendo riferimento anche alla classificazione riportata in precedenza, le caratteristiche dei lembi li rendono particolarmente versatili, a tal punto che ne esistono numerose varietà adattabili ad ogni tipo di situazione.

Prendendo come esempio il caso del nostro paziente, per lesioni localizzate al cuoio capelluto il lembo che più si presta per la ricostruzione è il doppio lembo di avanzamento o plastica ad H. Tale tecnica consiste nell'effettuare inizialmente un'incisione quadrangolare intorno alla neoplasia in modo da asportarla completamente. Successivamente si procede prolungando i margini di incisione su due lati tra loro opposti. La scelta di quali margini allungare viene fatta in funzione dell'orientamento delle linee di tensione superficiale di Langer, in modo da ridurre al minimo lo stress a carico della cute (*figura 4*).

Una volta prolungati i margini abbiamo così individuato i 2 lembi che si trovano tra loro affrontati. Dopo aver scollato la cute dal sottocute e aver rimosso dei

triangoli di tessuto alle estremità di ogni linea di incisione (detti "triangoli di scarico", rimossi per ridurre ulteriormente la tensione cutanea durante l'avanzamento), i 2 lembi vengono fatti avanzare l'uno verso l'altro sfruttando l'elasticità della cute, ed infine suturati tra loro (*figura 5*).

Si ottiene in questo modo un risultato come quello mostrato in *figura 6*: si avrà una cicatrice ad H che con il progredire del tempo diventerà sempre

Figura 4



Figura 5



Figura 6



meno visibile e ben integrata nel contesto facciale, fornendo un risultato estetico decisamente soddisfacente. Confrontando il risultato ottenuto nel nostro paziente con quello che si sarebbe ottenuto mediante la plastica ad H, abbiamo un riscontro effettivo di quanto discusso finora, ovvero che la tecnica con lembi si associa ad un risultato estetico migliore.

Tuttavia, non è comunque possibile affermare che quanto eseguito sul nostro paziente sia da considerarsi errato. Non esistono linee guida che indirizzino all'adozione di una tecnica piuttosto che l'altra, la scelta viene fatta a discrezione del chirurgo.

Sicuramente si tratta di una scelta che, oltre a tenere in considerazione il risultato estetico ottenibile, viene fatta anche sulla base della praticità e della confidenza che si ha con la tecnica cui si decide di far ricorso. Ed è proprio su quest'ultimo punto che dovremmo riflettere: è vero che compito del medico è garantire il miglior risultato possibile al paziente, ma è anche da ricordare che il medico è una persona prima di tutto e come tale non è esente dalla possibilità di errore. Scegliere di ricorrere ad una procedura più semplice ma dal risultato qualitativamente minore non è da considerarsi sbagliato, soprattutto in questo ambito della chirurgia plastica ricostruttiva post-neoplastica dove il risultato estetico è sì importante, ma ancora di più lo è la corretta rimozione della neoplasia.

Possiamo quindi concludere dicendo che, anche in considerazione dell'età avanzata e tralasciando la complicità infettiva che non era comunque prevedibile, il risultato finale sul nostro paziente è più che soddisfacente, pur se ottenuto con una tecnica non esattamente consona alla zona ma di più facile esecuzione.

Bibliografia disponibile a richiesta