



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

Acosta V., Silvana

PTERIGIUM COLLI Y SU RECONSTRUCCIÓN

Revista Chilena de Cirugía, vol. 66, núm. 6, diciembre, 2014, pp. 599-602

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345532850015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

***PTERIGIUM COLLI Y SU RECONSTRUCCIÓN\****Dra. Silvana Acosta V.<sup>1</sup><sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile, Sección Cirugía Plástica. Chile.**Abstract*****Pterigium colli and its reconstruction***

The *Pterigium colli* is a cervical malformation included in several syndromes, produces an important stigmatization of patients because of its evident location, implying that a real solution becomes necessary in a 100% of the cases. Through history, many reconstructive alternatives have been described; the aim of this paper is to present a review of the most common surgical technics, its results and complications.

**Key words:** *Pterigium colli*, cervical malformation, Turner syndrome.

**Resumen**

El *Pterigium colli* es una malformación cervical que forma parte de varios síndromes, produce una importante estigmatización de los pacientes portadores dado lo notorio de su ubicación, lo cual hace que su solución sea necesaria casi en el 100 % de los casos. A través de la historia se han descrito varias alternativas reconstructivas, el objetivo de este documento es presentar una revisión de las técnicas más utilizadas, sus resultados y complicaciones.

**Palabras clave:** *Pterigium colli*, cuello alado, síndrome de Turner.

**Aspectos generales de la patología**

Esta alteración anatómica toma su nombre del idioma griego y se puede traducir como cuello alado, consistiendo en la presencia de bandas o membranas de tejido subcutáneo, fascia y en algunas oportunidades fibras musculares, que se dirigen desde la mastoides en dirección del hombro, insertándose en la zona medio clavicular o acromion. La cara posterior de ellas está completamente cubierta de cabello (el cual en ocasiones llega hasta nivel de

C6-C7) y puede estar conformado por varios pliegues (Figuras 1 y 2). Siempre es bilateral aunque a veces es asimétrico. En algunos casos puede existir una disminución discreta de los movimientos de flexión lateral del cuello y los de rotación ya que hay una falta de distancia vertical.

Fue descrito por primera vez en 1883 por Kobilinsky, aunque el nombre actual se lo dio Funke en 1902. La primera revisión extensa de la literatura publicada al respecto la desarrolló Foucar en 1948, quien planteaba que durante la etapa embrionaria,

\*Recibido el 2 de mayo de 2014 y aceptado para publicación el 3 de junio de 2014.

Sin fuentes de financiamiento. Sin conflicto de interés.

Correspondencia: Dra. Silvana Acosta V.  
contacto@doctoraacosta.cl



**Figura 1.** *Pterigium colli* en paciente con Síndrome de Turner. Visión lateral.



**Figura 2.** Misma paciente, visión posterior.

entre las 8 y 12 semanas de edad gestacional, las dimensiones y aspecto del cuello eran muy similares a las vistas en los niños con cuello alado, por lo que probablemente alguna noxa en esa etapa era la causante de la alteración. Hasta el día de hoy su causa es desconocida<sup>1,2</sup>.

Lo más característico es verlo en el contexto del síndrome de Turner, sin embargo, se ha descrito su presencia en síndrome de Noonan, síndrome de Down, trisomía del cromosoma 13, trisomía del cromosoma 18 y otros menos frecuentes. En algunos de ellos, como el Síndrome de Klippel-Feil, va acompañada de alteraciones de la anatomía vertebral lo cual limitará la recuperación del aspecto cervical normal que buscamos con la cirugía reconstructiva.

Los niños portadores de esta enfermedad sufren deterioro importante de la autoestima y de la relación con sus pares, siendo el aspecto cosmético más importante que la disminución de la funcionalidad<sup>3</sup>.

### Técnicas reconstructivas

Los objetivos que debe perseguir la reparación quirúrgica a este problema son:

a) Eliminación del tejido excedente; b) recuperación del contorno y c) lograr cicatrices poco visibles. En la actualidad con el advenimiento de la depilación láser, restablecer la línea de implantación capilar ha dejado de ser una exigencia primordial de la técnica quirúrgica como ocurría antaño.

En casos muy leves se puede realizar una resección de la fascia y de todo el tejido subcutáneo anómalo por una incisión en el límite superior de la

banda en la línea de implantación del pelo<sup>4</sup>.

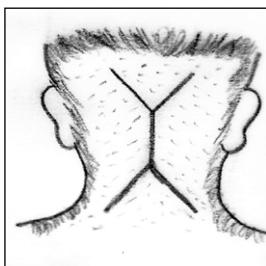
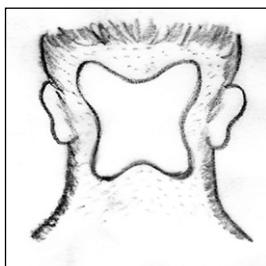
Lo más frecuente es que nos enfrentemos a cuadros más severos y en estos casos se describen: zetoplastías, abordajes posteriores y abordajes laterales, todas las cuales se realizan bajo anestesia general y con el paciente en decúbito prono o decúbito lateral según corresponda. Siempre es recomendable rasurar.

### Abordajes posteriores

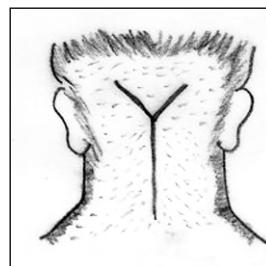
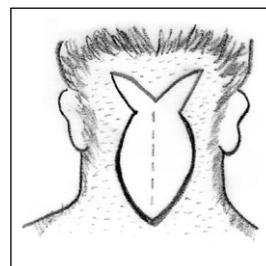
El colgajo en mariposa descrito en el año 1980 consiste en resecar el tejido central excedente transformándose en 4 colgajos (superior, inferior, derecho e izquierdo), los que al suturar resultan en una doble Y opuesta. Tiene la virtud de permitir el avance de colgajos extensos y que la cicatriz queda cubierta por el pelo (Figuras 3 y 4).

Las desventajas descritas por sus creadores, son el ensanchamiento de la parte central de la cicatriz y la recurrencia parcial de las bandas por lo que es aconsejable fijar los colgajos al subcutáneo y realizar cierre en X<sup>5</sup>.

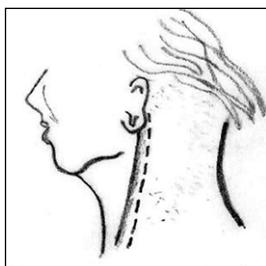
En 1983, Agris propone un abordaje en la línea media en forma de pescado invertido resecando dicha área (que llega a ser el 70-90% de toda la zona occipital) y luego diseña extensamente hacia anterior por sobre la fascia del músculo trapecio hasta llegar al borde posterior del músculo esternocleidomastoideo que es donde se comienza a visualizar la banda fibrosa la cual se reseca desde la zona de la mastoides hasta lo más distal posible. El tejido subcutáneo ubicado entre borde posterior del esternocleidomastoideo y el trapecio lo tracciona hacia la línea media



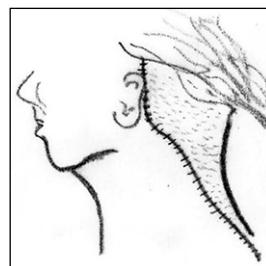
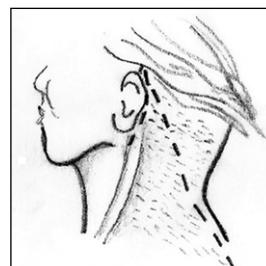
**Figuras 3 y 4.** Reconstrucción en mariposa de Shearin.



**Figuras 5 y 6.** Técnica posterior de Agris.



**Figuras 7 y 8.** Abordaje lateral según Menick y Furnas.



**Figuras 9 y 10.** Avance V-Y de Gargan.

y lo fija con material no absorbible para afinar el contorno cervical<sup>6</sup> (Figuras 5 y 6).

Cualquiera sea el diseño seleccionado, la cantidad de tejido a resecar se estima, una vez posicionado el paciente en la mesa operatoria, por medio del pinzamiento entre los dedos del cirujano de todo lo redundante y que habitualmente varía entre 8-15 centímetros (Agris incluso sostiene que se puede resecar hasta el doble de la distancia estimada con esta maniobra).

#### **Abordajes laterales**

Menick y Furnas publicaron en 1984 su técnica, la cual inicia con una incisión oblicua sobre la deformidad, justo anterior a la zona en que comienza la implantación del cabello, realizan una extensa disección anterior levantando colgajo que incluye el músculo platisma luego, traccionándolo hacia posterior, determinan la zona de máximo desplazamiento y resecan un triángulo de base anterior en la zona occipital suturando en este defecto el colgajo mencionado, es necesario compensar hacia arriba para resecar las colas de perro<sup>7</sup> (Figuras 7 y 8).

Thomson y cols, probaron con el uso de expansor tisular basados en la teoría que con piel excedente se podría recuperar la altura del cuello. Despues de 3 casos concluyeron que esto no ocurría y que no se justificaba someter a pacientes a varios tiempos quirúrgicos dado que realizaban sólo un lado a la vez

para evitar la compresión de ambas venas yugulares simultáneamente<sup>8</sup>.

Dentro de este grupo y en un intento de alargar la altura cervical, Gargan propuso efectuar un avance V-Y en casos severos. Incide desde el lóbulo auricular hacia el reborde superior de la oreja en la zona del surco auricular posterior y baja por el borde anterior de la línea de implantación del pelo. Eleva extensamente este colgajo cervical hasta la clavícula y acromion, reseca toda la banda fibrosa y luego efectúa el cierre avanzando inferiormente al tiempo que reseca lo redundante<sup>9</sup> (Figuras 9 y 10).

#### **Zetoplastías**

Las zetoplastías descritas han sido múltiples y variadas, de hecho esta fue la primera solución utilizada, pero efectuar una zeta clásica sobre la zona del pliegue no sólo deja una gran cicatriz en la zona lateral del cuello, fácilmente visible, sino que además, la rama posterior de ella traslada cabello hacia la zona delantera. Se intentó solucionar esto último con varias zetas pequeñas pero aún así la cicatriz permanece<sup>10</sup>.

Hikade propone realizar la zetoplastía eliminando la rama posterior de ella, las orejas de perro las soluciona con múltiples zetoplastía que llegan hasta el acromion. Realiza, además, incisiones de relajación horizontales sobre el músculo trapecio que él considera parte constitutiva de la banda<sup>11</sup>.

## Complicaciones

Las más descritas son la dehiscencia parcial de la zona de sutura, cicatriz inaceptable, recurrencia, falta de definición de contorno, alteración en la implantación del cabello y pérdida de la sensibilidad en la zona operatoria.

Independiente de la técnica que seleccionemos para ejecutar, debemos respetar el nervio gran auricular así como los ramos 6 y 7 del plexo cervical.

## Resultados

A la luz de lo escasamente publicado y que principalmente está dado por la presentación de series clínicas con un "n" muy pequeño, podemos afirmar que no existe una técnica que claramente sea ventajosa en relación a las otras y que la recurrencia ocurre con frecuencia, lo cual hay que advertírselo a los padres del menor, aunque parece ser más evidente cada día que una apropiada resección de la banda fibrosa es la principal fuente de éxito.

La edad recomendada en las publicaciones más actuales para proceder a la intervención es entre los 4-6 años.

## Referencias

1. Kobilinsky O. Über eine flughautähnliche Ausbreitung am Halse. Arch Antropol. 1883;14:343.
2. Foucar HO. *Pterygium colli* and Allied Conditions. Can Med Assoc J. 1948;59:251-5.
3. Hikade K, Bitar G, Edgerton MT, Morgan R. Modified Z-Plasty Repair of Webbed Neck Deformity Seen in Turner and Klippel-Feil Syndrome. Cleft Pal Cran Journal 2002;39:261-6.
4. Qian J, Wang X. Noonan syndrome and correction of the webbed neck. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2007;60:316-9.
5. Shearin C, DeFranzo A. Butterfly Correction of Webbed-Neck Deformity in Turner's Syndrome. Plast Reconstr Surg. 1980;66:129-33.
6. Agris J, Dingman R, Varon J. Ann Plast Surg. 1983;11:299-307.
7. Menick F, Furnas D, Achauer B. Lateral Cervical Advancement Flaps for the Correction of Webbed-Neck Deformity. Plast Reconstr Surg. 1984;73:223-8.
8. Thomson S, Tanner B, Mercer D. Web neck deformity; anatomical considerations and options in surgical management. Br J Plast Surg. 1990;43:94-100.
9. Gargan T. Web neck deformity in Turner syndrome. Plast Rec Surg. 1997;99:871-4.
10. Chandler F. Webbed neck (*Pterygium colli*). American Journal of Diseases of Children. 1937;53:798.
11. Hikade K, Bitar G, Edgerton M, Morgan R. Modified Z-Plasty Repair of Webbed Neck Deformity Seen in Turner and Klippel-Feil Syndrome. Cleft Palate-Craniofacial Journal 2002;39:261-6.