

Casado Sánchez, C.; Fidalgo Rodríguez, F.; Galache Collell, J.; Rivera Díaz, P.; Rioja Torrejón, L.
Colgajo circunferencial bloqueado: una nueva opción reconstructiva
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 159-162
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930007>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,
ISSN (Versión impresa): 0376-7892
ciplatin@gmail.com
Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Colgajo circunferencial bloqueado: una nueva opción reconstructiva

Blocked circunferencial flap: a new reconstructive option



Casado Sánchez, C.

Casado Sánchez, C.*, Fidalgo Rodríguez, F.** †, Galache Collell, J.*,
Rivera Díaz, P.*, Rioja Torrejón, L.***

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar una nueva opción reconstructiva basada en un colgajo aleatorio circunferencial diseñado junto al defecto tisular a reconstruir, lo que ofrece características idénticas de espesor y color, y una sutura circunferencial tipo *round block* en el defecto que englobaría al colgajo.

Creemos que tiene gran versatilidad dado que puede emplearse en múltiples territorios corporales. Con este artículo queremos demostrar esta versatilidad y describir los pasos para alcanzar buenos resultados.

Abstract

The purpose of the present paper is to present a new reconstructive option based in a random circular flap raised just next to the tissue defect, which is filled with tissue of the same thickness and color, and a round block purse string suture including both, the defect and the flap.

We think it is a versatile option that can be used to close defects in many parts on the body. The present paper tries to demonstrate this versatility and describes the steps to achieve good results.

Palabras clave Colgajo aleatorio,
Sutura de bloqueo circunferencial.

Código numérico 1583-18831

Key words Random flap,
Round block suture.

Numeral Code 1583-18831

* Médico Interno Residente.

** Médico Especialista.

*** Jefe de Servicio.

Introducción

Tras la exéresis tumoral o cuando es necesario reconstruir defectos medianos o grandes, surge la dificultad para alcanzar resultados estéticamente aceptables. Intentar minimizar las secuelas en el área donante aportando además características adecuadas en el área reconstruída, supone un interesante desafío para el cirujano plástico.

Por otro lado, cabe hacer un breve recordatorio de la sutura de tipo bloqueo circunferencial (*round block*). Se trata de una simple maniobra que puede resultar muy útil para el cierre tisular (1), particularmente adecuada para defectos de gran tamaño en localizaciones de piel laxa. Esta sutura continua intradérmica tiene las ventajas de su simplicidad y rapidez; posibilita disminuir el tamaño del defecto mediante el reclutamiento de la piel adyacente, y minimiza la cicatriz ya que la resultante posee una longitud menor que el defecto original y, generalmente, es de buena calidad.

Este tipo de sutura se diseñó para reducir el tamaño de un defecto y posteriormente realizar la cobertura del mismo mediante un injerto cutáneo (2-4), e incluso puede emplearse para realizar distintos procedimientos de cirugía mamaria (5, 6).

Material y método

El colgajo circunferencial bloqueado que presentamos es una combinación de un colgajo de flujo aleatorio de superficie circular disecado justo junto al defecto y una sutura intradérmica continua de bloqueo circunferencial en el mismo (Fig. 1). Así, la sutura circunferencial debe

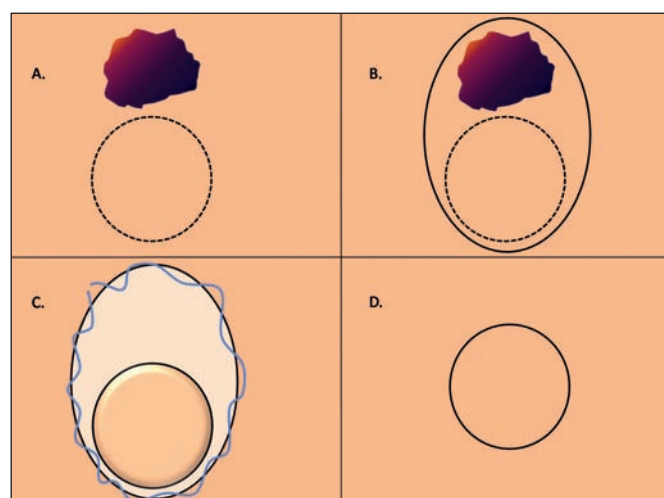


Fig. 1. Esquema del colgajo circunferencial bloqueado (Colgajo Nerva). (A) Se diseña un colgajo circunferencial junto al defecto cutáneo o a la pieza oncológica a resear. (B) Se marcan los límites de exéresis cutánea en torno a este colgajo, incluyendo la pieza a extirpar o desbridar. (C) Una vez realizada la exéresis de la pieza y de los márgenes cutáneos alrededor del colgajo según lo marcado, se realiza una sutura tipo *round block* en la circunferencia del nuevo defecto. (D) Finalizamos el procedimiento movilizándolo sobre su base para centrarlo en un punto medio entre su localización original y la del defecto, anudando la sutura.

incluir ambos: el área correspondiente del defecto y el colgajo empleado para su reconstrucción (Fig. 2). Su objetivo es limitar la cicatriz, ya que únicamente resultará la obtenida tras la exéresis tumoral o el desbridamiento del área traumatizada.

De utilización preferente en el territorio facial, el colgajo circunferencial bloqueado puede emplearse también en otras múltiples localizaciones de la anatomía corporal, dependiendo de las características cutáneas del paciente. Nosotros lo indicamos fundamentalmente en reconstrucción de defectos en cara y miembros superiores, dada la mayor elasticidad cutánea en estos territorios respecto al tronco y a los miembros inferiores, aunque lo hemos empleado también en otras localizaciones diversas como reflejamos en la iconografía que presentamos y que describiremos más adelante.

Inicialmente pueden presentarse irregularidades en la periferia del área reconstruída o en las estructuras adyacentes, pero se observa una mejoría sustancial en unas 2 o 3 semanas, alcanzando la normalidad en aproximadamente 4 a 8 semanas, (cuando la sutura tipo *round block* podría retirarse si fuera necesario).

En nuestra experiencia, no hemos registrado ninguna complicación significativa con esta técnica (necrosis, dehiscencia de sutura, etc.); en cambio, hemos detectado un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes en los que la hemos realizado debido principalmente a que no incrementa el número de cicatrices resultantes tras la exéresis oncológica o el desbridamiento postraumático, ocultando en estas cicatrices la propia del colgajo empleado para la reconstrucción del defecto tisular.

Discusión

El empleo de la sutura tipo bloqueo circunferencial (*round block*) asociada a un injerto cutáneo para cobertura de defectos tras exéresis oncológica, está bien documentado en la literatura por otros autores (2-4). También se ha descrito su uso para limitar una posible dilatación del diámetro areolar tras una mastopexia o mamoplastia de reducción, conociéndose comúnmente como sutura de Benelli (5, 6). El procedimiento que describimos propone la asociación de esta sutura a un colgajo circunferencial de aporte vascular subcutáneo, incidiendo completamente alrededor del tejido dérmico e hipodérmico adyacente, que movilizado sobre su base, se centraliza sobre el defecto a reconstruir.

La ausencia de numerosas cicatrices que podrían deberse a las múltiples incisiones practicadas en el territorio receptor y donante, proporciona una importante ventaja del método que presentamos al valorar el resultado final respecto al logrado mediante otras técnicas. Las cicatrices pueden situarse en áreas concretas, como por ejemplo de forma periareolar, cuando realizamos la exéresis de lesiones localizadas en la proximidad de las areolas (Fig. 3).

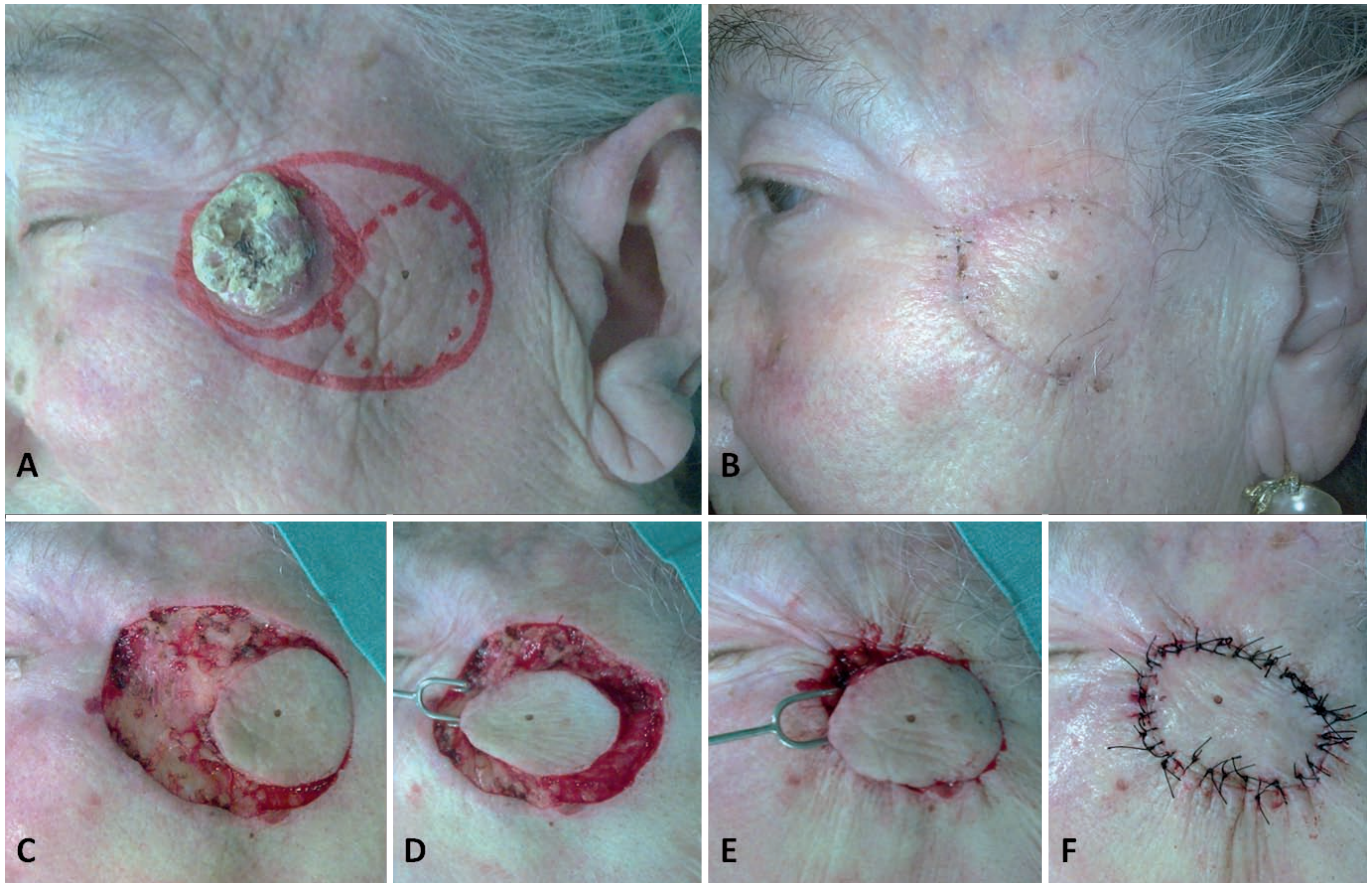


Fig. 2. Mujer de 72 con carcinoma basocelular de rápido crecimiento. Imágenes intraoperatorias y a los 15 días de postoperatorio. No hay más cicatrices que la resultante de la exéresis oncológica.

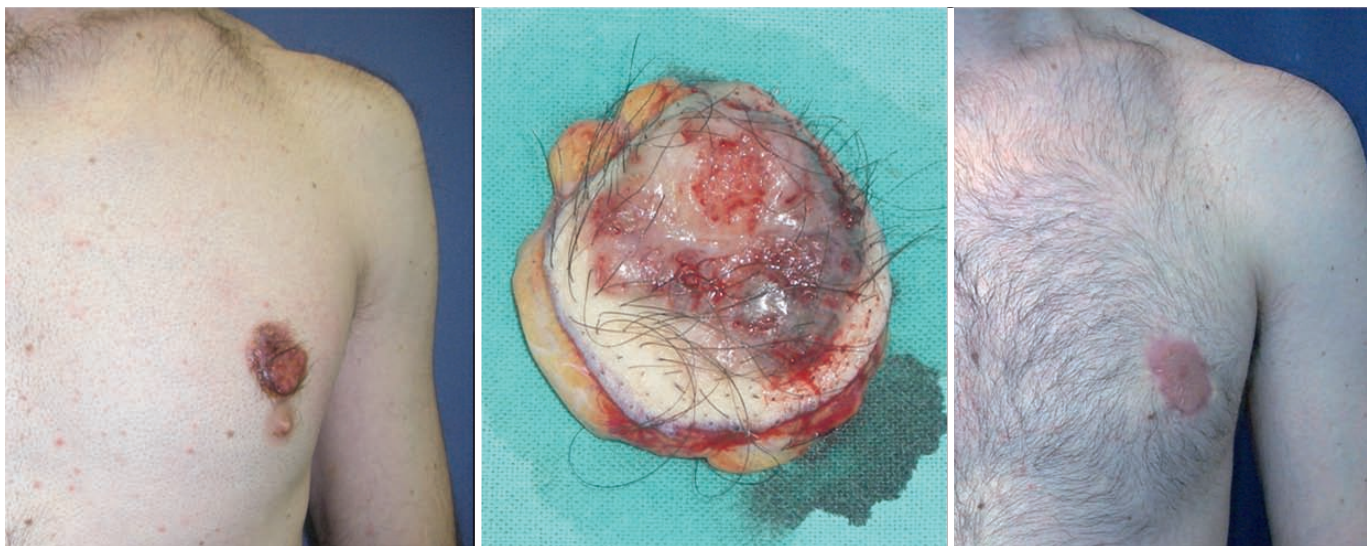


Fig. 3. Varón de 32 años con carcinoma espinocelular de 4 meses de evolución. Resultado postoperatorio a los 2 meses. La cicatriz resultante se camufla de forma periareolar.

Otro aspecto interesante de este colgajo es la falta de efecto en *trap – door*, que haría que el colgajo sobresaliese en almohadilla sobre los tejidos circundantes (Fig. 4). Esto se debe probablemente al incremento de la tensión alrededor del colgajo, dada la discreta pérdida de fuerza tensil de la sutura. En comparación con los colgajos locales tipo romboidal (Limberg o Dufourmentel), bilobulados, en hacha o similares, cabe señalar que el col-

gajo que proponemos precisa un despegamiento de los tejidos periféricos similar al de los anteriores. En estas condiciones, el menor número de cicatrices resultantes sería la principal razón que apoyaría la elección de nuestro colgajo. Cuando se emplea en áreas donde la vascularización cutánea es deficitaria o en las que el colgajo pueda precisar mayores dimensiones, es útil localizar un pedículo de vasos perforantes a la musculatura subya-



Fig. 4. Varón 77 años al que se le practicó colgajo Nerva en la mejilla izquierda. Tres meses de postoperatorio. Observese la ausencia de efecto *trap-door*.

cente que nos ofrezcan mayor seguridad respecto a la viabilidad del colgajo seleccionado.

La satisfacción de los pacientes con los resultados finales es generalmente alta, especialmente cuando se usa para reconstruir secuelas de escisiones de lesiones tumorales en la cara o en aquellas zonas corporales en las que las cicatrices puedan camuflarse en determinadas estructuras anatómicas.

Conclusiones

Presentamos una técnica de reconstrucción tisular simple, barata, que proporciona resultados satisfactorios en los pacientes en los que se indica correctamente y que podría considerarse como técnica de primera opción en reconstrucción de defectos cutáneos de espesor total.

Dedicatoria

Esta técnica fue ideada por el Dr. Félix Fidalgo, coautor del artículo, y en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Reina Sofía se conoce como colgajo Nerva en reconocimiento a su localidad natal. Todos aquellos que tuvimos la fortuna de trabajar con Félix Fidalgo destacaremos siempre el ingenio y capacidad creativa que poseía. Su gran sentido del humor y la energía que transmitía, hacían de él un excelente compañero.

Dirección del autor

Dr. César Casado Sánchez
Servicio de Cirugía Plástica,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal s/n. 14005, Córdoba. España
e-mail: doctorcasado@gmail.com

Bibliografía

1. Tremolada C, Blandini D, Beretta M, Mascetti M.: The "round block" purse-string suture: a simple method to close skin defects with minimal scarring. *Plast Reconstr Surg*. 1997;100(1):126-131.
2. Patel KK, Telfer MR, Southee R.: A "round block" purse-string suture in facial reconstruction after operations for skin cancer surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003;41(3):151-156.
3. Gargano F.: Interrupted "waved round block suture" to secure skin grafts on the scalp. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(3):1071-1072.
4. Kiliç A, Kiliç A.: "Round-block" purse-string suture on skin graft. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108(5):1456-1457.
5. Benelli L.: A new periareolar mammaplasty: the "round block" technique. *Aesth Plast Surg*. 1990;14(2):93-100.
6. Atiyeh BS, Hashim HA, El-Douaihy Y, Kayle DL.: Perinipple round-block technique for correction of tuberos/tubular breast deformity. *Aesth Plast Surg*. 1998;22(4):284-288.