

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

de Abullarade, Jezabel

Reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal con colgajo zigomático de mejilla
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 35, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 123-127

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537847006>

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

Reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal con colgajo zigomático de mejilla

Reconstructing soft tissue defects at the medial canthus and sidewalls of the nose with cheek zygomatic flap



De Abullarade, J.*

De Abullarade, J.

Resumen

En la reconstrucción del canto interno palpebral y de la pared lateral nasal es importante la continuidad del color, de la textura y del grosor del tejido que vamos a reemplazar. El colgajo zigomático de mejilla es un colgajo de patrón axial que, cuando se diseña adecuadamente, puede seguir los contornos naturales de la cara, como el pliegue nasolabial y el borde del párpado inferior, logrando un reemplazo casi exacto de la calidad de la piel existente y con una reparación realizada en un solo tiempo quirúrgico.

Abstract

In it's important to keep the continuity of colour, texture and thickness of the tissue in a reconstructed nose. The zygomatic cheek flap is an axial pattern flap that, when is properly designed, can follow the natural existing contour lines such as the nasolabial fold and the lower eyelid border. It gets an almost exactly replacement of matching skin quality, in one surgical stage.

Palabras clave Reconstrucción canto interno, Reconstrucción nasal, Colgajo zigomático, Colgajo de mejilla

Código numérico 2500-2428

Key words Zygomatic, Cheek, Axial pattern, Flap

Numerical Code 2500-2428

Introducción

Las cualidades cutáneas en la nariz difieren en color, textura y grosor de una región a otra; la piel de las paredes laterales y del canto interno es más delgada, lisa y relativamente más flexible que la de la punta y dorso, pero sigue siendo firme. Estas variaciones provocan la necesidad de usar diferentes técnicas quirúrgicas durante la cirugía de reconstrucción.

La reconstrucción nasal por unidades estéticas fue descrita por Burget y Menick (1); sin embargo, Rohrich (2) refiere que debemos hacer un análisis minucioso del defecto existente para determinar el plan reconstructivo y la técnica a emplear, con especial atención a la cubierta y al esqueleto. En cualquier caso, el principio de la subunidad estética es esencial para el análisis antes de la reconstrucción; debemos ser estrictos con este principio en la práctica a fin de evitar la pérdida de tejido sano, especialmente cuando tenemos que reconstruir grandes defectos (2) como los que vamos a presentar en nuestro trabajo, que pueden abarcar parte de dos unidades, canto interno y parte de la pared lateral nasal.

Aunque se han descrito colgajos locales bilobulados (3) para cubrir este tipo de defectos, e incluso colgajos frontales, no son del todo satisfactorios debido al efecto parche que provocan en la zona, por la diferencia de textura y grosor de la piel de la frente con la de la nariz y por las cicatrices resultantes, que no se esconden en los pliegues naturales.

Es por todo esto que intentamos buscar la manera de que un colgajo cubra esta difícil área sin dejar los defectos descritos; probamos con el avance de un colgajo de mejilla, pero perdímos el borde medial avanzado que es el que debería servir para cubrir el defecto. Al leer el artículo de Alexander Garetto y cols. (4), en el que describen las bases anatómicas para la localización y disección de la llamada rama zigomática cutánea, rama de la arteria facial (5), pensamos que podríamos conservar este borde si manteníamos la integridad de la arteria zigomática cutánea con su colgajo zigomático en isla. De esta forma logramos el éxito.

Con esta técnica no necesitamos retirar el tejido remanente de la unidad para completarla y así reconstruirla según describieron Burget y Menick, sino que siguiendo los pliegues naturales faciales, el borde inferior del párpado y el pliegue nasolabial, respetando la arteria zigomática cutánea y a pesar de que levanta toda la mejilla para el avance de la misma hacia el canto interno y la pared lateral, no provocamos efecto parche, puesto que el borde de este colgajo tiene parecidas características a las del área a cubrir.

Con nuestro planteamiento técnico, no estamos rechazando en ningún momento los principios de Burget y Menick, valiosos y básicos, aunque como Rohrich dice en su estudio de 15 años de reconstrucción nasal, este principio es esencial para el análisis antes de la reconstrucción, pero apegarse estrictamente a él en la práctica puede llevar a la pérdida de tejido sano y a la necesidad de reconstruir después defectos más grandes.

Material y método

Técnica quirúrgica

Cuando levantamos un colgajo de mejilla y lo avanzamos hacia el canto interno, el borde medial del mismo, que es el que cubrirá el defecto, queda prácticamente devascularizado y sufre necrosis; pero si respetamos la rama zigomática cutánea y levantamos toda la mejilla para cubrir con este colgajo el defecto de canto interno y pared lateral nasal, este borde permanece y se adapta fácilmente a la convexidad de la zona, siguiendo el borde inferior del párpado y el pliegue nasolabial de la mejilla, por donde corren las incisiones. De esta forma adaptamos el colgajo a la topografía facial y dejamos en el paciente una mínima deformidad quirúrgica.

Para diseñar el colgajo es importante marcar el origen de la rama zigomática cutánea, rama de la arteria facial según la definió Garetto, a fin de conservarla durante la elevación del colgajo. Diseñamos el borde palpebral inferior y el pliegue nasolabial e incidimos estos bordes levantando toda la mejilla en el plano subcutáneo, pero localizando y respetando esta arteria que puede alcanzar hasta 6 cm; finalmente avanzamos el colgajo suturándolo al defecto y adaptándolo a los bordes descritos. Colocamos drenajes de succión que se mantienen durante 24 a 72 horas.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 55 años de edad, diagnosticada de carcinoma basocelular en canto interno de ojo izquierdo por el Servicio de Dermatología de nuestro Hospital que la envía para tratamiento quirúrgico al Servicio de Cirugía Plástica. Practicamos resección tumoral con márgenes de 0.6 cm. Después de confirmar que los límites quirúrgicos estaban sanos mediante biopsia por congelación, procedimos a la reconstrucción con la técnica descrita (Fig. 1).

Caso 2

Mujer de 65 años de edad, también referida por el Servicio de Dermatología con diagnóstico de carcinoma



Fig. 1. Caso 1. a) Defecto tras la resección de carcinoma basocelular en paciente de 55 años. b) Reconstrucción mediante colgajo zigomático cutáneo. c) Postoperatorio a año de la intervención.

ma basocelular en el canto interno de ojo derecho. Practicamos resección tumoral con margen libre de 0.5 cm confirmado mediante biopsia por congelación.

El defecto se extendió hasta la pared lateral de la nariz. La reconstrucción se hizo también con la técnica descrita (Fig. 2).



Fig. 2. Caso 2. a) Defecto tras resección de carcinoma basocelular en paciente de 65 años. b) Reconstrucción mediante colgajo zigomático cutáneo. c) Resultado al año de la intervención.

Caso 3

Varón de 55 años con diagnóstico de carcinoma basocelular en el canto interno del ojo derecho. La

resección se hizo con margen sano de 0.5 cm también confirmado mediante biopsia por congelación. Cobertura del defecto con la técnica descrita (Fig.3).



Fig. 3. Caso 3. a) Defecto tras resección de carcinoma basocelular en paciente de 55 años. b) Reconstrucción mediante colgajo zigomático cutáneo. c) Postoperatorio al año de la intervención.

Caso 4

Mujer de 67 años de edad en la que se diseñó un colgajo zigomático de mejilla después de resección completa de carcinoma basocelular en canto interno de ojo izquierdo tras biopsia por congelación y com-

probación de límites sanos de resección tumoral. Se puede notar en las imágenes (Fig. 4) que la resección llega cerca del borde interno de la ceja izquierda y aún así el defecto queda fácilmente cubierto por el colgajo zigomático de mejilla sin ninguna retracción.



Fig. 4. Caso 4. a) Rayado del área en la que esperamos encontrar la arteria zigomática cutánea, de la que depende la integridad de la parte superior y derecha que se señala y que cubrirá el defecto. b) El colgajo se incide siguiendo el borde nasogeniano y el borde del párpado tal y como se muestra en la figura, levantándolo y avanzándolo, teniendo el cuidado de levantar con precaución el área señalada con rayas. c, d) Resultado posoperatorio a los 2 años tras resección de carcinoma basocelular y cobertura con colgajo zigomático cutáneo en paciente de 67 años.

Caso 5

Varón de 42 años referido con diagnóstico de carcinoma basocelular en canto interno de ojo derecho. Se

efectuó resección con límites quirúrgicos sanos comprobados mediante biopsia por congelación y reconstrucción mediante la técnica descrita (Fig. 5).



Fig. 5. Caso 5. a, b) Carcinoma basocelular en paciente de 42 años. Resección y reconstrucción con colgajo zigomático cutáneo. c) Resultado al año de postoperatorio.

Resultados

Hemos recopilado un total de 8 pacientes operados con esta técnica; de ellos, 5 los presentamos por ser los que mejor representan el colgajo que describimos con excelentes resultados. Las edades de los pacientes estuvieron comprendidas entre los 37 y los 69 años, 6 mujeres y 2 varones. En uno de los casos se cortó accidentalmente la rama zigomática cutánea, por lo que sucedió lo esperado, es decir, se perdió el colgajo en su borde medial y fue necesaria una corrección con injerto de piel. En otro paciente se produjo un ectropion debido a que la resección del tumor abarcó parte de ambos párpados del ojo izquierdo, pero la paciente no aceptó la corrección.

Los tumores resecados tuvieron un tamaño promedio de 1.5 cm, con límites quirúrgicos de 5 mm establecidos mediante biopsia por congelación, debido a que no contamos con la técnica de Mohs. El defecto resultante en cada caso tuvo un tamaño promedio de 2x3 cm.

La anestesia empleada en todos los casos fue general y todos los pacientes fueron dados de alta hospitalaria al día siguiente de la intervención.

Ningún paciente tuvo reingreso por complicación. Los puntos de sutura fueron retirados a los 8 días de promedio. No se presentaron dehisencias ni ninguna otra complicación postoperatoria, a excepción de la paciente en la que se seccionó la arteria zigomática y

en la que como hemos dicho se produjo la necrosis de la parte más importante del colgajo (comprobamos así la necesidad de esta arteria para la integridad del mismo) y la paciente que resultó con ectropion a la que también hemos hecho ya mención.

Tras 2 años de seguimiento postoperatorio no se han producido recidivas en ningún caso.

Discusión

Los defectos que afectan al canto interno palpebral y a la pared lateral nasal pueden ser cubiertos por medio de muchos métodos; sin embargo, los colgajos con patrones axiales son los que obtienen mejores resultados estéticos (2).

Con nuestro método de colgajo zigomático de mejilla, la cicatriz resultante se camufla entre los pliegues naturales al tiempo que logramos un reemplazo tisular acorde a la calidad de la piel de la zona y en un solo tiempo quirúrgico.

El colgajo de mejilla fue descrito para la reconstrucción de la nariz (6), sin embargo, la diferencia radica en que este colgajo depende de la rama de la arteria zigomática cutánea que, por su amplio arco de rotación ya descrito por Gardetto (5), presenta un avance fácil; además la constancia de esta rama arterial da seguridad al colgajo cuando está adecuadamente diseñado.

Conclusiones

Con la técnica descrita, no es necesario resecar tejido remanente para completar la unidad estética, lo que da como resultado la pérdida de tejido sano y la necesidad de reconstruir grandes defectos, sino que

por lo contrario seguimos el pliegue del borde del párpado inferior y el pliegue nasogeniano manteniendo la rama zigomática cutánea intacta. De esta forma y aunque levantamos y avanzamos prácticamente toda la mejilla, no se produce el efecto parche debido a que mantenemos las características de textura, color y grosor de la piel de la zona afectada, adaptándose también a la convexidad del área y produciendo por tanto excelentes resultados estéticos.

Consideramos por tanto que, esta técnica, puede ser la mano derecha del cirujano plástico entre las alternativas para la reconstrucción del canto interno y del lateral de la nariz.

Dirección del autor

Dra. Jezabel de Abullarade

Unidad Médica Atlacatl del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

San Salvador. El Salvador

e-mail: drdeabullarade@gmail.com

Bibliografía

- Burget G.C., Menick F.J.:** "Aesthetic reconstruction of the nose". St. Louis, Mosby Year Book, 1994.
- Rohrich, R. et al:** "Nasal reconstruction beyond aesthetic subunits: a 15 year review of 1334 cases". Plast. Reconstr. Surg., 2004; 114 (6): 1405.
- Rohrich R., Barton F.E. Jr, Hollier L.:** "Nasal reconstruction" In: S.J. Aston R.W. Beasley and C.H. Thome (Eds.) Grabb and Smith's Plastic Surgery 5 th Ed. Philadelphia Pa. Lippincott-Raven, 1997, Pp: 513-527.
- Gardetto A., et al.:** "The zygomatic flap: a further possibility in reconstructing of tissue defects of the nose and upper lip". Plast. Reconstr. Surg., 2004; 113 (2): 485.
- Gardetto A. Et al.:** "Anatomical basis for a new island axial pattern flap in the perioral region". Surg. Radio Anat., 2002, 24: 147.
- Herber D.C.:** "Subcutaneous pedicled cheek flap for reconstruction of alar defects". Br. J. Plast. Surg., 1978; 31: 79.