

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, J.

Versatilidad del colgajo zigomático de mejilla en la reconstrucción nasal
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 38, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 273-277
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537878009>

- 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

Versatilidad del colgajo zigomático de mejilla en la reconstrucción nasal

Versatility of cheek zygomatic flap in nose reconstruction



De Abullarade, J.

De Abullarade, J.*

Resumen

Conocemos bien la gran variedad de técnicas quirúrgicas existentes para la reconstrucción nasal, sin embargo está bien contar con una alternativa que permita restituir los tejidos del defecto con un colgajo zigomático de mejilla, que bien manejado, permite la reconstrucción nasal tridimensional y el camuflaje de las cicatrices.

En este trabajo, comprobamos la versatilidad del colgajo zigomático de mejilla para la reconstrucción nasal en defectos postcáncer.

Abstract

It is well known the variety of surgical techniques for nasal reconstruction, but it is good to have an alternative that offers restore tissue defect with zygomatic cheek flap, which well managed, allows reaching the three-dimensional nasal reconstruction and subsequent camouflage of the scars.

In this study we found the versatility of the cheek zygomatic flap in nasal reconstruction post cancer defects.

Palabras clave Reconstrucción nasal, Colgajo zigomático, Colgajo de mejilla.

Código numérico 2444-2428

Key words Nasal reconstruction, Zygomatic flap, Cheek flap.

Numerical Code 2444-2428

* Cirujano plástico. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. San Salvador. El Salvador.

Introducción

Aristóteles dijo que “arte, es la concepción del resultado a obtener producido desde antes de su realización material”. La apreciación estética de lo normal y la habilidad para realizarlo, son los prerequisites necesarios para alcanzar dicho resultado.

Conocemos bien la gran variedad de técnicas quirúrgicas disponibles para la reconstrucción nasal. Sin embargo, al paciente solo le interesan los resultados, no la técnica que el cirujano vaya a utilizar; lo que quiere es verse normal, no importa su edad. Éste es nuestro objetivo, ofrecer al paciente un resultado lo más cercano posible a la normalidad, y lo que nos llevó a encontrar la utilidad del colgajo zigomático de mejilla, ya descrito, para cobertura del canto interno del ojo en pacientes a los que se les ha practicado extirpación de carcinoma en tan difícil área nasal (1). Aplicamos los principios de Menick y Burguet sobre subunidades nasales para la resección tumoral y para la posterior reconstrucción del defecto creado (2), enfrentándonos con él para lograr el objetivo (lo normal, o lo que se espera).

El colgajo zigomático de mejilla, se levanta siguiendo las subunidades y obteniendo por tanto una calidad de piel para la reconstrucción (color, textura y grosor) similar a la extirpada, siguiendo las concavidades y convexidades nasales y alcanzando las tres dimensiones-nasales.

Sabemos que los defectos menores de 1.5 cm pueden reconstruirse con colgajos locales que no requieran injerto de cartílago; estos colgajos no añaden nuevo tejido, sino que más bien redistribuyen la piel restante nasal, arriesgando crear tensión, distorsión de los bordes, asimetría, y múltiples cicatrices en zigzag. No sucede lo mismo con los colgajos regionales de piel, que agregan piel adicional por la trasposición de tejidos similares a los reseca-dos, eliminando muchos de los problemas anteriores. Se utilizan también en defectos mayores de 1.5 cm (3).

Este estudio añade el uso del colgajo zigomático de mejilla a defectos del dorso, del ala y de la punta nasales, comprobando su versatilidad; cuando es adecuadamente levantado siguiendo las subunidades nasales, las cicatri-

ces quedan camufladas en los bordes, concavidades y convexidades nasales.

Como menciona Menick, todos los defectos deberían ser reparados en un solo tiempo con el tejido regional disponible cuyas características concuerden con el tejido resecado, si con ello se obtiene el objetivo del paciente que es verse normal (4).

En este estudio, analizamos la versatilidad del colgajo zigomático de mejilla como una herramienta más en las manos del cirujano plástico para la reconstrucción de la punta, ala y pared dorsal de la nariz.

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo sobre 7 pacientes a lo largo de un período de 3 años, referidos a Cirugía Plástica por el Servicio de Dermatología, a los que se intervino quirúrgicamente para resección de carcinoma basocelular con biopsia por congelación cuyos resultado fue de límites quirúrgicos negativos en todos los casos, datos comprobados posteriormente mediante biopsia definitiva.

Los pacientes presentaron lesiones de 1.2 cm de promedio, con un defecto promedio postextirpación tumoral de 2 cm. A todos se les efectuó biopsia por congelación transoperatoria así como reconstrucción del defecto con colgajo zigomático de mejilla basándonos en los contornos faciales de ambos lados de la cara (Fig. 1), con el objetivo de dejar las cicatrices ocultas en los pliegues naturales faciales tanto en el mismo lado como en los contralaterales. No se presentó ninguna complicación y la satisfacción de los pacientes fue del 100% en cuanto a los resultados (dato medido mediante pregunta directa al paciente y respuesta espontánea del mismo). No hemos observado recidivas hasta la fecha (Tabla I).

En un artículo publicado en esta misma revista (4), describimos hace algún tiempo la técnica quirúrgica a emplear para levantar el colgajo. Solo recordamos ahora por tanto que la irrigación del mismo, que es básica para que la parte distal no se necrose, viene dada por perforantes faciales y por la rama cigomático-cutánea ya descrita también por Gardetto y col. (5) (Fig. 1).

Tabla I: Datos demográficos y de percepción del paciente

SEXO	2 hombres	5 mujeres
EDAD	52-92	Media = 72
DEFECTO	2 – 3.5 cm	Media = 2.75 cm
COMPLICACIONES	Ninguna	
PERÍODO TIEMPO	3 años	
RECIDIVAS	Ninguna	
SATISFACCIÓN del PACIENTE	100%	



Fig. 1: Marcaje de los pliegues naturales a un lado, empleando el contralateral como patrón.

Incluimos en este artículo 3 de los casos tratados quirúrgicamente por nosotros, por considerarlos como los más representativos del grupo.

Caso 1. Mujer de 52 años de edad, referida al Servicio de Cirugía Plástica por el de Dermatología con cuadro de carcinoma basocelular en ala nasal izquierda. Se le efectuó resección del tumor con límites de 3 mm. alrededor; el informe anatomopatológico de la biopsia por congelación informó de afectación de borde proximal y borde derecho, por lo que se procedió a una nueva resección de 3 mm. de los bordes reportados quedando un defecto final de 2.4 cm. Para la reconstrucción empleamos un colgajo zigomático de mejilla, que al ser avanzado a nivel palpebral, tuvo que ser recortado para que el párpado quedara a nivel del contralateral; del fragmento recortado obtuvimos un injerto dermograso para realzar el borde del ala nasal. Los resultados a los 18 meses de seguimiento fueron excelentes. No ha habido recurrencia



Fig. 2: A) Defecto postresección en ala nasal, fosa triangular y pared lateral. B) Reconstrucción. C y D) 3 meses de postoperatorio con maquillaje. E y F). 18 meses de postoperatorios sin maquillaje.

de la lesión tras 2 años y 6 meses de seguimiento postoperatorio. La paciente manifiesta estar satisfecha con los resultados (Fig.2).

Caso 2. Varón de 73 años de edad referido desde el Servicio de Dermatología con cuadro de carcinoma basocelular en dorso nasal. Efectuamos resección con límites quirúrgicos de 3 mm en todos los bordes; el informe de la biopsia por congelación fue de límites sanos, quedando un defecto de 2.5 x 3.3 cm. Procedimos a movilizar un colgajo zigomático de mejilla del lado izquierdo, avanzándolo para cubrir el defecto y siempre siguiendo los contornos naturales faciales, con un resultado excelente a los 5 y a los 18 meses de seguimiento postoperatorio. El paciente también muestra satisfacción con el resultado (Fig. 3).



Fig. 3: A) defecto postresección B) Reconstrucción. C) Resultado postoperatorio a los 5 meses. D y E) Resultado a los 18 meses

Caso 3. Mujer de 65 años de edad, también referida desde el Servicio de Dermatología con diagnóstico de carcinoma basocelular en fosa triangular y pared lateral derecha. Practicamos extirpación con biopsia por congelación que informó de afectación de los límites derecho y proximal, por lo que procedimos a retirar 3 mm. más de tejido de dichos bordes y obtuvimos un informe de límites quirúrgicos sanos. El defecto resultante fue de 3.3 x 2.4 cm. Procedimos a su cobertura con un colgajo zigomático de mejilla derecha. Tras 18 meses de seguimiento no ha habido recidivas y los resultados son satisfactorios tanto para nosotros como para la paciente (Fig. 4).

Discusión

Un defecto nasal puede ser abordado con cierre secundario, injerto de piel o mediante una amplia variedad de colgajos, pero no necesariamente estos procedimien-



Fig. 4: A) Defecto postresección tumoral. B) Reconstrucción. C y D) Resultado postoperatorio a los 18 meses.

tos restablecen de manera sutil los contornos del macizo facial. Es importante recordar siempre que los pacientes quieren verse igual que antes de sufrir la resección, pero es imposible crear otra nariz; el cirujano plástico reconstruye un símil tomando pedazos de otros tejidos. Para ello debe conceptualizar las opciones que le ofrecen los diferentes tejidos disponibles para cerrar la herida o para llenar el defecto, logrando el resultado más natural posible.

Es muy importante la teoría de la unidad regional, porque aunque no podemos controlar la cicatrización de heridas o prevenir las cicatrices resultantes, sí podemos seleccionar el color, la textura y el grosor del tejido donante, controlar el tamaño, la forma y la dirección de las incisiones y escisiones, y juiciosamente, elegir y modificar tanto el receptor como los tejidos donantes para establecer la exacta sustitución de los defectos, recrear y mantener los contornos faciales y obtener un resultado exitoso (6).

Encontramos múltiples publicaciones acerca de la reconstrucción nasal, muchas alternativas quirúrgicas y muy buenos resultados que enfatizan principalmente sobre el uso de tejido similar. Algunos autores (7) señalan el uso del colgajo nasolabial en isla para la reconstrucción de los defectos nasales; sin embargo, el grosor y la textura de los tejidos no son similares a los de la nariz y por otro lado, hemos de tener en cuenta que los colgajos en isla circulares y ovalados tienden a hacer cicatrices

retráctiles (*trapdoor*). El colgajo zigomático de mejilla, al ser un colgajo regional, aporta tejidos de características similares a las de la piel extirpada de la nariz, tanto en grosor, como en color y textura. Además, siguiendo las concavidades y convexidades naturales del defecto nasal a cubrir, evita los fenómenos deformantes vistos con los colgajos en isla.

Nuestra técnica asegura una máxima irrigación sanguínea en la porción distal del colgajo, que sufriría si no se hubieran dejado intactas las arterias perforantes faciales y la rama cigomática cutánea. Rorich (8) presenta un caso de colgajo nasolabial en el que el defecto es solamente de piel nasal, pero sin embargo, al levantar el colgajo, cuenta cómo tuvo que aplicar pasta de nitroglicerina durante 36 horas para que éste no sufriera debido a que la punta del colgajo es muy estrecha, problema que no tenemos con el colgajo cigomático de mejilla debido a que es un colgajo arterializado y podemos levantar la punta del mismo aunque sea estrecha y moverla tanto distalmente, hacia la punta nasal, como proximalmente, hacia el canto interno nasal, sin problemas de falta de riego.

El colgajo cigomático de mejilla tiene también la ventaja de que sigue los pliegues naturales de la cara, permitiendo el camuflaje de las cicatrices y cubriendo a la perfección y de una manera natural el defecto. Es indiscutible por tanto su excelente resultado estético.

Aunque el colgajo frontal paramediano se ha descrito como ideal para la cobertura de punta, dorso y ala nasales, en defectos mayores de 2 cm y en defectos de toda la nariz (9) el colgajo que nosotros presentamos puede ser una excelente alternativa para la cobertura de esas áreas.

Otra de las ventajas que presenta el colgajo zigomático de mejilla es que no deja orejas de perro, defectos tipo parche o crestas que requieran revisión quirúrgica posterior, por lo que se efectúa en un solo tiempo quirúrgico.

Puesto que como hemos señalado, en un artículo previo habíamos hablado de la utilidad de este colgajo para la reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal (4), aportamos con este nuevo trabajo una alternativa de uso más, prueba de su gran versatilidad, que permite su empleo en la cobertura de defectos en otras áreas de la nariz con excelentes resultados estéticos.

Conclusiones

El colgajo zigomático de mejilla, permite obtener tejido regional de similares características al de la nariz con mínima deformidad del área donante, creando un resultado excelente y satisfactorio desde el punto de vista estético. Puede ser una herramienta para la reconstrucción nasal que no sustituye al colgajo frontal paramediano con excelentes resultados probados en reconstrucción nasal. En nuestro trabajo, comprobamos la utilidad del colgajo zigomático de mejilla como alternativa reconstructiva.

Dirección del autor

Dra. Jezabel de Abullarade
Servicio de Cirugía Plástica
Unidad Médica Atlacatl-Hospital Roma del I.S.S.S
San Salvador, El Salvador
e-mail: drdeabullarde@yahoo.com

Bibliografía

1. **Burget, G. E., and Menick, F. J.:** The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985, 76 (2): 239.
2. **Menick, F.:** Discussion by Frederick Menick to Nasal Reconstruction Beyond Aesthetics. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003, 114 (6):1419.
3. **Menick, F.:** Nasal Reconstruction: Forehead Flap, *Plast. Reconstr. Surg.* 2004, 113 (6): 10e.
4. **De Abullarade, J.:** Reconstrucción de canto interno del ojo con colgajo zigomático de mejilla. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2010, 35 (2):123.
5. **Gardetto A, Moriggi. B, Maurer. K.:** Anatomical basis for a new island axial pattern flap in the perioral region. *Surg. Radio. Anat.* 2002, (24)147.
6. **Turan, Aydin, Kul. Zekeriya, Türkaslan. Tayfun:** Reconstruction of Lower Half Defects of the Nose with the Lateral Nasal Artery Pedicle Nasolabial Island Flap, *Plast. Reconstr. Surg.* 2007, 119 (6): 1767.
7. **Rorich. R., Mathew. H, C.:** The Superiorly Based Nasolabial Flap for Simultaneous Alar and Cheek Reconstruction, *Plast. Reconstr. Surg.* 2001, 108 (6): 1727.
8. **Serracanta Domènech, J. et al.:** Reconstrucción nasal total: a propósito de un caso. *Cir.plast.iberolatinoam.*, 2007, 33 (4):.249.
9. **Menick, F.:** Nasal reconstruction forehead flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004, 113 (6):111e.