



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Cirugía dermatológica

Colgajos de interpolación axial para la reconstrucción de la pirámide nasal

Axial interpolation flaps for the reconstruction of the nasal pyramid

María Genma Pérez Paredes^{a,*}, Marcos Antonio González López^a, Alicia Pérez Bustillo^b y Paula Fernández Canga^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España



Introducción

Los colgajos de interpolación son colgajos transferidos mediante un movimiento giratorio de un tejido cuya base no es contigua al defecto y que poseen su propia vascularización. Para la reconstrucción de la pirámide nasal los colgajos de interpolación que podemos utilizar son los colgajos de interpolación paramediofrontales, los colgajos de interpolación melolabial de pedículo cutáneo y subcutáneo. Son ideales para reconstruir grandes defectos quirúrgicos, especialmente si no se pueden utilizar tejidos adyacentes, en aquellos defectos en los que haya que reconstruir hueso o cartilago y defectos de espesor total.

Estos colgajos se pueden clasificar en función de la vascularización del colgajo y de la localización del pedículo.

Según el tipo de vascularización podemos encontrar los colgajos con vascularización axial, en los que el colgajo se nutre a partir de una sola arteria, y los colgajos con vascularización aleatoria, en los que su nutrición se basa en los vasos perforantes de la zona.

Según la localización del pedículo nos encontramos con los colgajos de pedículo localizado sobre la piel, cuya ejecución conlleva la realización de 2 tiempos quirúrgicos, y los colgajos con pedículo localizado por debajo de la piel, en los que el colgajo solo necesita un tiempo quirúrgico¹.

Aspectos preoperatorios a considerar

Antes de diseñar la reconstrucción quirúrgica de un defecto nasal debemos tener en cuenta varios puntos importantes: la unidad estética afectada, el tamaño del defecto y las estructuras anatómicas que se precisan reparar.

Unidad estética afectada

A la hora de preparar una intervención quirúrgica es importante considerar la ubicación del defecto quirúrgico dentro de las subunidades estéticas nasales. Para ello debemos saber que la división de las unidades estéticas nasales se basa en variaciones del grosor y textura de la piel, y en variaciones en el contorno, que es creado por la propia anatomía facial.

Observar cuáles son las unidades estéticas adyacentes al defecto, las características de la piel que las compone y considerar la posibilidad de utilizar la subunidad estética contralateral a la que tenemos que reparar, como plantilla para la reconstrucción del defecto primario y secundario; de todo ello dependerá la calidad de los resultados. Además, siempre hay que intentar que las cicatrices descansen dentro de una zona de transición entre las unidades estéticas adyacentes, para conseguir el mejor resultado estético,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pegemina@yahoo.es (M.G. Pérez Paredes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2016.12.003>

0213-9251/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

sabiendo que la premisa principal en cirugía dermatológica es la extirpación completa del defecto quirúrgico².

Tamaño del defecto

El tamaño del defecto primario nasal va a ser determinante a la hora de elegir el tipo de cierre. Kim et al.³ realizaron un estudio retrospectivo con 211 reconstrucciones de carcinomas basocelulares nasales, que tenían una afectación exclusivamente cutánea, durante un período de 10 años. Para ello realizaron una valoración iconográfica preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Para evaluar los resultados llevaron a cabo escalas de valoración subjetiva estética y funcional. Con los resultados obtenidos diseñaron un algoritmo reconstructivo para defectos nasales, que ayuda a seleccionar la mejor técnica reconstructiva en función del tamaño y la localización del defecto. Si tenemos en cuenta este algoritmo, estos autores recomiendan la utilización de colgajos de interpolación para aquellos defectos mayores de 2 cm localizados en la parte inferior nasal.

Estructuras anatómicas afectadas

Antes de reconstruir un defecto debemos analizar las estructuras anatómicas a reparar: cartílago, mucosa... para conseguir no solo un buen resultado estético, sino también funcional, que permita mantener la función nasal.

Colgajos paramediofrontales

Estos colgajos fueron descritos por primera vez en un tratado médico hindú en el año 700 antes de Cristo, y se utilizaron para reconstruir la amputación nasal, que en aquella época era habitual realizarla como castigo por ciertos delitos, como el robo o el adulterio⁴. Posteriormente fue Braca quien en el siglo xv realiza la primera reconstrucción nasal utilizando piel de la frente⁵, y Carpue realiza su primera reconstrucción nasal con el colgajo, primero en cadáveres y luego en 2 pacientes con éxito^{6,7}.

El colgajo paramediofrontal es un colgajo axial, que puede realizarse en uno o varios tiempos quirúrgicos, dependiendo de la localización de su pedículo. Para su ejecución, se utiliza la piel frontal que presenta características similares a las de la piel nasal. Este colgajo sustituye al colgajo mediofrontal debido a que posee un diseño más axial, su base es más estrecha, tiene una longitud efectiva mayor, nos permite diseñar 2 colgajos orientados verticalmente y consigue mejores resultados estéticos.

Indicaciones

Está indicado su realización en: defectos mayores de 2 cm, defectos que presentan hueso expuesto y cartílago con déficit de pericondrio, defectos con pérdida de mucosa, defectos localizados en zonas irradiadas, defectos perioculares, que no pueden ser reparados con otros métodos, por ejemplo los del canto interno con hueso expuesto y los defectos con historia de radiación previa^{2,8}.

Consideraciones anatómicas

En cuanto a la técnica quirúrgica, antes de adentrarnos en ella, debemos realizar un pequeño recuerdo anatómico. Para ello tenemos que saber cómo es la irrigación frontal. Fueron Mangold et al.⁹ quienes demostraron que la irrigación sanguínea frontal se debe a la arteria supratroclear, supraorbitaria y temporal superficial. La arteria supratroclear⁹ sale por el agujero supraorbitario, aproximadamente a 1,7-2,2 cm lateral a la línea media y continúa su curso en posición paramediana aproximadamente a 2 cm lateral a la línea media por debajo del músculo orbicular y sobre el músculo corrugador. Posteriormente continúa en sándwich entre el músculo corrugador y el frontal, pero en su tercio distal la arteria discurre bajo la dermis. Para comprobar la posible supervivencia del colgajo en el caso de que se perdiera el aporte sanguíneo de las arterias supratroclears y supraorbitarias, McCarthy et al.¹⁰ ligaron estas arterias e inyectaron un contraste en la arteria facial, observando suficiente vascularización frontal, concluyendo que el colgajo paramediofrontal podría sobrevivir sin la arteria supratroclear, en el hipotético caso en el que fueran lesionadas durante la intervención.

Diseño del colgajo

A la hora de diseñar el colgajo a nivel frontal tenemos que tener en cuenta ciertas consideraciones: a) la localización de la línea de implantación del cuero cabelludo y la presencia de recesión temporal, para no trasladar folículos pilosos a la región nasal; b) La laxitud del tejido frontal; c) la posición de la ceja, para no alterar su ubicación; d) el grosor de la piel; y e) la existencia de cicatrices previas.

Es muy importante la valoración de la función nasal para considerar realizar, en el caso de que sea necesario, una reconstrucción de las válvulas nasales o la reconstrucción de la turbina, una septoplastia o un injerto de cartílago vs una malla de titanio en el caso de que fuera preciso para reconstruir el ala nasal o la columela¹¹.

Para valorar el estado funcional nasal debemos realizar el «test de Cottle», que evalúa la función de la válvula interna nasal. Para ello, se pide al paciente que coja aire de forma profunda por la nariz, y en la siguiente inhalación se tracciona de su pared nasal. Si consideramos que mejora la función ventilatoria nasal con la maniobra el test es positivo, e indica que existe una válvula interna nasal debilitada, y por tanto habrá que reforzar esta válvula¹².

Técnica quirúrgica

Una vez diseñado el colgajo se colocará al enfermo en posición de Trendelenburg invertido a 20-30°, que va a disminuir el estancamiento sanguíneo, provocando menor pérdida de sangre durante la intervención. Se recomienda sedación intravenosa y poner anestesia local con lidocaína al 1% asociado a epinefrina 1:100.000 y bupivacaína al 0,25%. En el caso de que el paciente requiera injerto de cartílago o hueso se debe pautar un antibiótico antiestafilocócico profiláctico. Para la localización de la arteria supratroclear, podemos ayudarnos de los conocimientos anatómicos, pero también de la utilización del doppler, aunque Bramlette et al.¹³ defienden

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5650151>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5650151>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)