



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Cirugía dermatológica

Reparación de defectos transmurales del ala nasal

Reconstruction of full thickness nasal defects



Marta Alegre Fernandez

Servicio de Dermatología, Hospital Plató, Barcelona, España

La nariz es una de las localizaciones más comunes para las neoplasias cutáneas. El 85% de ellas lo constituye el carcinoma basocelular, el 4% el carcinoma escamoso y el 1% representa el melanoma maligno. La localización central de la nariz hace que participe de forma muy importante en la estética facial de manera que, pequeñas deformidades o asimetrías, pueden derivar en un mal resultado cosmético final.

De todas las neoplasias de la nariz aproximadamente el 21% asientan en el ala nasal. El ala nasal es un área especialmente compleja para la reconstrucción. Esto es debido a que se trata de una estructura cutánea cartilaginosa relativamente rígida, con un margen libre amplio y de contorno curvilíneo peculiar que se hace semicóncavo en su parte más lateral. El cartílago es importante porque es el que soporta las fuerzas de tracción y evita el colapso inspiratorio. Es precisamente esta función valvular la que debe intentar mantenerse en la reconstrucción de los defectos transmurales del ala nasal, los cuales son muy susceptibles a la retracción.

Los puntos clave a considerar cuando se plantea la reconstrucción de estos defectos incluyen el tamaño, la localización, el color y la textura que tiene la piel de la nariz del paciente y si se conserva la integridad funcional de la válvula nasal.

De manera global las opciones quirúrgicas de los defectos transmurales de la nariz se basan en la curación por segunda intención, el cierre directo, injertos compuestos, colgajos locales o colgajos pediculados con o sin interposición de cartílago.

Opciones quirúrgicas

Curación por segunda intención

Es evidente que la curación por segunda intención cuando se trata de reparar un defecto de espesor total de la nariz

únicamente se plantea en circunstancias muy especiales porque, aun en defectos muy pequeños, siempre resulta en una muesca o retracción del margen libre. Únicamente puede dejar resultados estéticamente aceptables cuando se trata de un defecto muy pequeño localizado en áreas cóncavas, como el surco alar y a más de 5-6 mm de distancia del margen libre.

Cierre directo

El cierre directo, una vez convertido el defecto en morfología triangular o reparando el posible triángulo de Burow, solo se plantea en defectos de anchura muy pequeña que no distorsione el contorno ni las proporciones de la nariz.

Otras alternativas reconstructivas en la reparación de defectos transmurales del ala nasal

Las otras opciones reconstructivas consisten en injertos compuestos, colgajos locales o colgajos pediculados con o sin interposición de cartílago libre.

Distinguiremos los defectos pequeños, menores a 1,5-2 cm de diámetro, de los defectos transmurales mayores.

En los defectos pequeños también es necesario distinguir los defectos que incluyen el margen libre de los que respetan este:

Defectos transmurales pequeños que respetan el margen libre

Cuando el margen libre del ala nasal está respetado tenemos un perfecto anclaje para plantear los distintos colgajos, además de un soporte rígido para evitar las fuerzas de tracción. En primer lugar hay que plantear el revestimiento

mucoso interno que se puede hacer con un colgajo en bisagra a partir de la zona cutánea adyacente al defecto. Estos colgajos requieren de una meticulosa técnica para prevenir el compromiso aéreo y ser cauto en no realizar demasiado estrecho el pedículo para preservar el aporte sanguíneo. Algunos autores prefieren utilizar colgajos mucosos a partir del septum nasal o colgajos de avance bipediculados de la mucosa nasal superior. Incluso se han descrito injertos libres de la mucosa labial, aunque en muchas ocasiones estos injertos se desprenden. Sin embargo, en los casos en que acaba perdiéndose este revestimiento mucoso interno la parte del colgajo que se utiliza para cubrirlo consigue con el tiempo reepidermizarse. Una vez reconstruida la parte interna mucosa se reviste externamente mediante un injerto libre o un colgajo local de transposición uni o bilobulado o nasolabial, según el tamaño y la localización a cubrir^{1,2}.

Para defectos pequeños menores a 1 cm en los que puede no ser necesario reparar la mucosa interna se puede también emplear un injerto libre de cartílago, con pericondrio incluido, que se sutura con monofilamento directamente en los bordes y curación por segunda intención. Se requieren un mínimo 6 semanas para la curación total, por lo que es importante seleccionar bien al paciente para que haga las curas apropiadas durante un largo espacio de tiempo³.

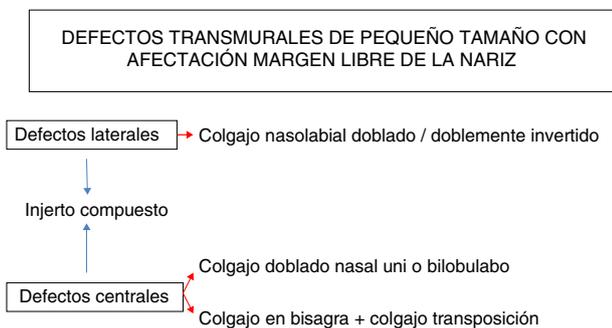


Figura 1 – Algoritmo terapéutico para los defectos transmurales de pequeño tamaño de la nariz.

Defectos transmurales pequeños que afectan el margen libre

En estos casos se pueden emplear distintos colgajos o la colocación de un injerto compuesto.

Proponemos el siguiente algoritmo terapéutico para estos defectos transmurales pequeños, menores a 1,5-2 cm, según su localización en el ala nasal (fig. 1).

Injerto compuesto

La reconstrucción mediante un injerto compuesto condrocáutano puede ser una opción reconstructiva independientemente de la localización del defecto. Este injerto incluye piel, cartílago y piel. Se emplea únicamente en defectos de espesor total de la nariz de tamaño inferior a 1,5 cm de diámetro. Debido al mayor número de capas cutáneas y cartilaginosas este injerto es muy susceptible a la necrosis, por lo que se debe seleccionar muy bien al paciente posible candidato. Se desaconseja por lo tanto utilizar este injerto en pacientes fumadores, diabéticos, con bajo tratamiento vasoconstrictor o inmunosupresor. El injerto se obtiene generalmente del hélix del pabellón auricular. Es importante que sobresalga ligeramente el cartílago en ambos lados con pericondrio incluido para reforzar el anclaje en la zona receptora (fig. 2 a)⁴.

La base del hélix es generalmente la zona donante idónea por su color y textura, y porque la zona anterior del hélix permite una sencilla extracción y la realización posterior del cierre directo⁵. Se realiza un triángulo con base en el borde libre tal y como se muestra en la figura 2 b.

Hay que mantener el injerto en una gasa empapada con suero salino inmediatamente después de su extracción hasta su colocación definitiva en el defecto.

Es vital no ejercer ninguna presión posterior en este tipo de injerto para facilitar la vascularización que garantiza la viabilidad del injerto. Solamente se aplica una gasa con vaselina o pomada antibiótica en el interior del vestíbulo nasal para ayudar a dar la forma deseada. De esta manera se puede observar la evolución del injerto.

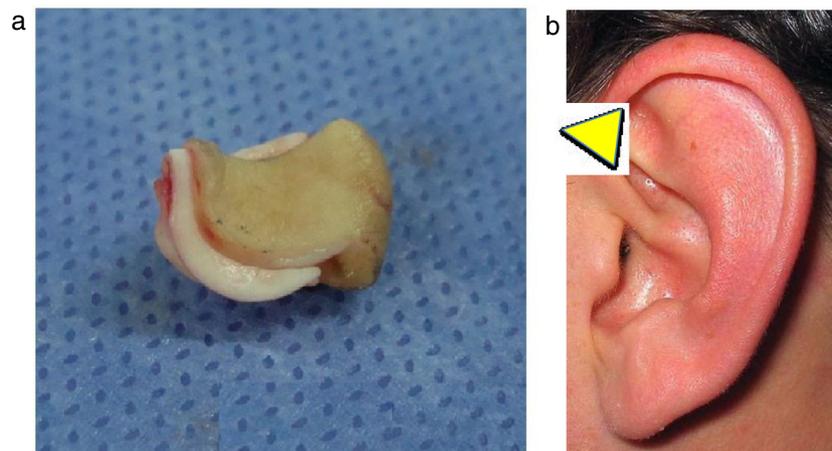


Figura 2 – a) Injerto mixto de piel y cartílago con el cartílago ligeramente extruido; b) zona dadora idónea para el injerto compuesto de piel y cartílago.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8716718>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8716718>

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