

CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Reconstrucción de defectos en el canto interno mediante colgajo de pedículo subcutáneo triangular

Matilde Martínez Fernández, Pedro Sánchez Sambucety y Manuel Ángel Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Hospital de León.

La reconstrucción de defectos en el canto interno constituye un problema, pues una cicatriz a tensión en esta zona produciría un desplazamiento del párpado inferior, con la consiguiente alteración de la simetría facial, en una zona de la cara donde cualquier deformidad es muy visible.

El colgajo de pedículo subcutáneo es una variación del colgajo de avance. Monks, en 1898, fue el primero que ideó un colgajo sin piel sólo de tejido celular subcutáneo¹, lo utilizó para reparar el defecto causado por la extirpación de un epiteloma en el párpado inferior, pero fue Esser, en 1917², quien lo denominó «en isla» porque una vez suturado daba la impresión de ser un injerto. La nutrición en este tipo de colgajo proviene del tejido celular subcutáneo, que puede contener una arteria determinada o con mayor frecuencia una vascularización al azar. El colgajo consta de piel y tejido subcutáneo hasta la fascia muscular superficial, aunque algunos autores también incluyen el plano muscular dentro del colgajo³. La magnitud de movimiento del colgajo está determinada por la laxitud del tejido subcutáneo.

Presentamos la técnica quirúrgica del colgajo, valorando las ventajas y los inconvenientes, así como las posibles complicaciones.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La extirpación de la tumoración se plantea como un cuadrado y el colgajo se diseña como un triángulo isós-



Figura 1. La lesión ha sido extirpada como un cuadrado y el colgajo diseñado como un triángulo.

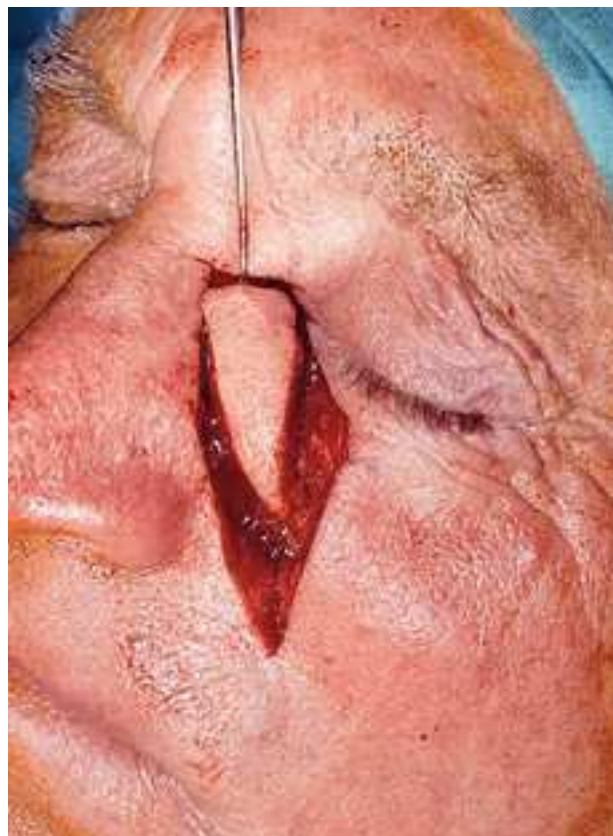


Figura 2. Se tracciona del colgajo hasta cubrir el defecto.

Correspondencia: Dra. Martínez Fernández.
Servicio de Dermatología. Hospital de León.
Altos de Nava, s/n. 24008 León.
Correo electrónico: mmartinez@hleoinsalud.es.



Figura 3. Colgajo suturado en V-Y.

celes adyacente, cuya base es el lado inferior del cuadrado y la altura el doble del tamaño del mismo, siguiendo la dirección del pliegue nasogeniano.

Posteriormente, se extirpa la lesión y se prepara el colgajo. Se realiza una incisión rectilínea con bisturí que secciona la piel hasta el tejido celular subcutáneo; posteriormente, se diseccionan los bordes con tijera roma hasta la fascia muscular, cortando las bridas que pudieran existir (fig. 1). Hay que evitar disecar por debajo del colgajo, pues esto podría provocar una necrosis del mismo al disminuir la vascularización. Una vez seccionado, se tracciona del colgajo con erinas con mínima tensión hasta cubrir totalmente el defecto (fig. 2) y se sutura en forma V-Y (fig. 3), comenzando por la base y terminando por el brazo largo de la Y.

COMENTARIO

La piel alrededor del canto interno es muy fina; una capa delgada de tejido celular subcutáneo yace entre ella y los huesos nasales. El canto interno contiene la carúncula y los orificios de los canaliculos lagrimales superior e inferior; una lesión de estas estructuras provoca estenosis de gravedad variable con epífora y a veces conjuntivitis. Las áreas cantales varían con las características raciales. Son simétricas; por tanto, cualquier alteración es notoria y estéticamente desagradable. Para reconstruir la región cantal es indispensable utilizar piel lampiña y debe adaptarse a la región bicóncava de la región cantal.

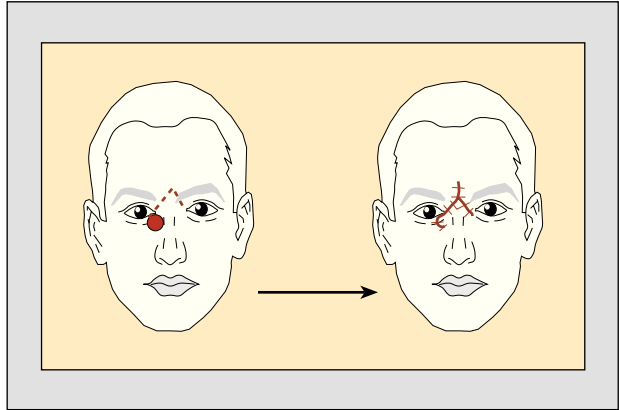


Figura 4. Alternativa quirúrgica al colgajo en isla: colgajo glabellar de rotación.

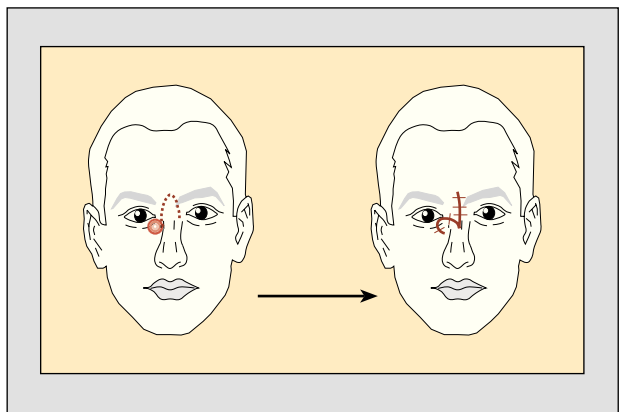


Figura 5. Alternativa quirúrgica al colgajo en isla: colgajo glabellar de transposición.

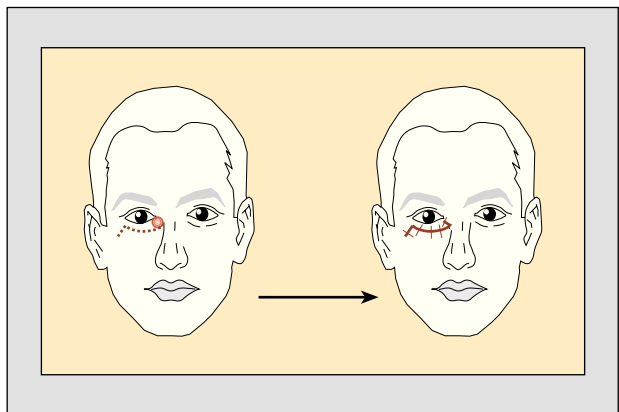


Figura 6. Alternativa quirúrgica al colgajo en isla: colgajo de rotación de la mejilla (IMRE).

El colgajo en isla triangular es una alternativa a los colgajos glabellares tanto de rotación como de transposición o digital, o del colgajo de rotación de la mejilla, que son los que principalmente se utilizan para la reconstrucción de esta zona (figs. 4-6).

El principal inconveniente de este colgajo es que puede producirse un abultamiento del mismo aunque, en general, se corrige espontáneamente en el plazo de un año.

La complicación más importante es la necrosis del colgajo que ocurre cuando el pedículo es muy estrecho, bien porque la lesión extirpada sea pequeña (no debe utilizarse en defectos menores de 1 cm) o bien porque hayamos diseñado mal la plastia. Los puntos críticos, de máxima tensión, de este son los de la base del triángulo.

La ventaja del colgajo es tener un color y textura similares a la piel del defecto que creamos tras la extirpación del tumor, por lo que el resultado cosmético es

muy aceptable. Además, hay un mínimo sacrificio de tejidos y la técnica es muy sencilla de realizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monks GH. The restoration of a lower eyelid by a new method. Boston Med Surg J 1898; 139: 385.
2. Esser JFS. Islands flaps. NY Med J 1917; 106: 264.
3. Emmett AJ. Triangular and hatchet subcutaneous pedicle skin flaps. En: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, editores. Grabb's encyclopedia of flaps. Vol 1. Filadelfia: Lippincott-Raven, 1998; 348-352.

INFORMACIÓN

7.º CONGRESO DE LA EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC DERMATOLOGY

21-23 de noviembre de 2002, Hotel Hilton, Barcelona.

Organizadores:

Departamento de Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Grupo Español de Dermatología Pediátrica:

Presidente de Honor: José M.^a Mascaró

Presidente: Juan Ferrando

Secretario: Ramón Grimalt

Actividades:

Conferencias magistrales, simposios, comunicaciones libres, presentaciones cortas y pósters.

Temas:

Dermatitis atópica, Enfermedades sistémicas, Terapéutica, Genodermatosis, Enfermedades del cabello y las uñas, Tumores, Enfermedades vasculares, Histiocitosis, Neonatología, Enfermedades infecciosas, Epidermolisis bullosa, Exantemas, ¿Qué hay de nuevo?, Presente y Futuro de Dermatología Pediátrica.

Lengua oficial:

Inglés. Habrá traducción simultánea del inglés al español en las Sesiones Plenarias y Simposios.

Secretaría del Congreso:

RCT-TorreLazur. Mccann.

Josep Irla i Bosch, 3-5.

08034 Barcelona, España.

Tel.: +34 93 206 46 46.

Fax: +34 93 204 97 32.

Correo electrónico: rct@tlm-rct.com

Secretaría Científica:

Dr. Ramón Grimalt.

Departamento de Dermatología.

Villarroel, 170.

08036 Barcelona, España.

Fax: +34 93 227 54 38

Correo electrónico: rgrimalt@medicina.ub.es

www.espd2002.com