

TERAPÉUTICA

Reconstrucción del párpado inferior mediante injerto condromucoso y colgajo de rotación de la mejilla

Resumen.—La reconstrucción del párpado inferior es un problema frecuente en cirugía dermatológica. El injerto condromucoso obtenido del septum nasal recubierto por un colgajo de rotación de la mejilla o técnica de Mustardé constituye en la actualidad la técnica quirúrgica de elección para reparar defectos de espesor total del párpado inferior comprendidos entre la mitad y la totalidad del mismo. La técnica consigue excelentes resultados estéticos y funcionales.

Presentamos los casos de un varón de 71 años con un carcinoma basocelular y una mujer de 88 años con un melanoma nodular en los que se realizó la técnica mencionada.

Palabras clave: Reconstrucción del párpado inferior. Injerto condromucoso. Colgajo de rotación de la mejilla.

PALOMA RAMÓN FABÁ*
FULGENCIO MUÑOZ ROMERO*
MARIO MÁRQUEZ MENDOZA**
MANUEL TAFALLA NAVARRO**
MERCEDES RUIZ DOMÍNGUEZ**
* *Dermatólogo y cirujano plástico. Práctica privada. Murcia.* ** *Médico Residente de Cirugía Plástica. Sección de Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Alicante.*

Correspondencia:

PALOMA RAMÓN FABÁ. Batalla de las Flores, 3, 1.º B. 30008 Murcia.

Aceptado el 30 de noviembre de 1998.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del párpado inferior es un problema muy común en cirugía dermatológica ya que una gran variedad de tumores aparecen en dicha localización. El tumor maligno más frecuente del párpado inferior es el carcinoma basocelular. Con menor frecuencia se originan carcinomas sebáceos a partir de las glándulas de Meibomio, adenocarcinomas ecrinos, carcinomas epidermoides, melanomas, sarcomas de Kaposi, etc. (1). Cuando el tumor alcanza el borde palpebral o se encuentra adherido al tarso, se requiere la resección del párpado en su espesor total. La reconstrucción de los defectos palpebrales de espesor total precisan de una capa cutánea externa, una capa mucosa interna y un soporte esquelético entre ambos (2).

La técnica quirúrgica empleada para reconstruir el defecto palpebral secundario a la exéresis de un tumor con márgenes oncológicos adecuados depende fundamentalmente del tamaño y del espesor de la pérdida de sustancia. En esta localización, la cirugía micrográfica de Mohs proporciona los más altos índices de extirpación tumoral completa. En el presente artículo nos centraremos en los déficit del párpado infe-

rior de espesor total comprendidos entre la mitad y la totalidad del mismo. En estos casos, la técnica de elección, que describimos a continuación, es la del injerto condromucoso obtenido del tabique nasal combinado con un colgajo de rotación de la mejilla o técnica de Mustardé (3).

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1.

Varón de 71 años que consultó por tumor ulcerado localizado en párpado inferior de ojo izquierdo de dos años de evolución. El paciente había sido intervenido con anterioridad en diferentes centros por lesiones faciales semejantes. A la exploración se apreció un tumor ulcerado de 2 cm de longitud por 1 cm. de altura en el párpado inferior izquierdo con destrucción del borde ciliar (fig. A). Igualmente se advertía ectropion del párpado inferior derecho secundario a cirugía previa. Se realizó biopsia de la lesión que confirmó la sospecha clínica de carcinoma basocelular. El paciente fue intervenido bajo anestesia ge-



FIG. 1.—Paciente de 71 años portador de carcinoma basocelular en párpado inferior izquierdo. A) Exéresis planificada y diseño del colgajo. B) Injerto condromucosa suturado en la zona receptora. C) Postoperatorio inmediato. Injerto cutáneo en region preauricular. Drenaje bajo el colgajo. D) Resultado a las 6 semanas, vista frontal (Ectropion de párpado inferior derecho secundario a cirugía previa realizada en otro centro).

neral extirpando completamente la lesión incluyendo la totalidad del párpado inferior subyacente. Tras realizar biopsia intraoperatoria de la pieza quirúrgica que informó de la no afectación de los márgenes de la misma, se procedió a la reconstrucción del párpado mediante injerto condromucoso de septum nasal (Fig. 1B), colgajo de rotación de la mejilla e injerto cutáneo en la porción preauricular de la zona donante del colgajo. El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones (Fig. 1C). Al mes y medio de la intervención consideramos que el resultado estético y funcional es muy aceptable (Fig. 1D). Tras

dos años de seguimiento, el paciente se encuentra libre de recidivas locales.

Caso 2.

Mujer de 88 años remitida por lesión tumoral localizada en párpado inferior de ojo derecho de año y medio de evolución (Fig.2A). Tras realizar estudio preoperatorio se intervino bajo anestesia general realizando extirpación-biopsia de la lesión. El estudio anatómico informó de melanoma nodular con már-



FIG. 2.—Paciente de 88 años portadora de melanoma nodular en párpado inferior de ojo derecho. B) Resultado al mes.

genes de resección libres de lesión. Se reconstruyó el defecto palpebral mediante la técnica de Mustardé. La paciente evolucionó sin complicaciones locales, con un resultado satisfactorio al mes de la intervención (Fig. 2B). A los 18 meses de la operación la paciente no presenta signos de recidiva local, ni adenopatías cervicales; el estudio de extensión no descubrió metástasis.

DISCUSIÓN

Los párpados protegen la córnea y contribuyen al drenaje de las lágrimas. La ausencia de párpado inferior causa epífora, queratoconjuntivitis y un defecto estético muy aparente. En los grandes defectos de espesor total del párpado inferior, la técnica de Mustardé proporciona un párpado reconstruido de altura adecuada con un borde libre estable

El primer paso de la técnica, tras completar la resección del tumor, consiste en obtener el injerto condromucoso. Para ello se realiza una incisión próxima y paralela al borde caudal del septum nasal, que comprende la mucosa y el cartílago septal, respetando la mucosa contralateral. Ésta se despega del tabique cartilaginoso en el plano subpericóndrico, del mismo modo en que se realiza en las septoplastias. A continuación se completan las incisiones de mucosa y septum hasta obtener el injerto condromucoso de tamaño ade-

cuado al defecto a reparar. Esta maniobra puede facilitarse practicando una incisión en la base del ala nasal que deberá ser suturada al final de la intervención.

El segundo paso de la técnica consiste en el despegamiento del colgajo (4). La incisión superior del colgajo cutáneo parte del canto externo en forma de trayecto curvo de convexidad superior. Dependiendo del tamaño del defecto a reconstruir la incisión alcanzará el pliegue preauricular o se detendrá en el espesor de la mejilla. Desde uno de estos dos puntos, la incisión se continúa hacia abajo por un trazo vertical hasta el lóbulo de la oreja o 1 ó 2 cm por debajo del mismo, para permitir la adecuada rotación del colgajo. Ésta se facilitará mediante la resección de un triángulo de piel de vértice inferior por debajo del defecto palpebral. El lado del triángulo más próximo a la pirámide nasal debe ser prácticamente vertical para disminuir la tracción hacia abajo del colgajo. Si es necesario puede practicarse una sección posterior de aproximadamente 1 cm por debajo del lóbulo de la oreja.

El plano de disección del colgajo a través de toda la mejilla es el de la grasa subcutánea al igual que en el lifting cervicofacial. Se realiza hemostasia cuidadosa.

Cuando se ha completado la disección del colgajo cutáneo se procede a suturar en el defecto el injerto condromucoso. El cartílago del injerto debe adelgazarse hasta 1 mm de espesor para favorecer su adaptación a la esfera ocular. La mucosa nasal del injerto

debe suturarse, en la zona receptora, a la conjuntiva mediante sutura continua con monofilamento de 6/0 o mediante puntos simples con catgut de 6/0. La mucosa septal debe recubrir el límite superior de la porción cartilaginosa del injerto, para permitir su posterior sutura a la piel del colgajo, igualmente con monofilamento de 6/0 (5).

A continuación el colgajo es rotado sobre el defecto. Se recomienda fijar la cara profunda del colgajo al periostio del reborde orbitario inferior y lateral mediante dos o tres puntos de sutura no absorbibles con objeto de disminuir el peso del párpado reconstruido y evitar el ectropion (3). El resto de las incisiones se suturan en dos planos, subcutáneo y piel. En los casos de reconstrucción de amplios defectos palpebrales y en pacientes con escasa elasticidad cutánea puede requerirse un injerto de piel en la región preauricular. Cuando el defecto palpebral incluye el canalículo lagrimal inferior, la mayoría de los autores proponen canalizarlo durante la intervención hasta la cicatrización de los tejidos (6); otros difieren su reconstrucción varios meses, condicionándola a la intensidad de la epífora residual.

En el postoperatorio se coloca un apósito estéril sobre el área reconstruida que evite la formación de un hematoma por debajo del colgajo sin comprometer la vascularización del mismo. La secreción de moco por parte de la mucosa del injerto septal es abundante, por lo tanto deben ser diarios los cuidados tópicos oculares (limpieza de las secreciones y aplicación de colirio o pomada antibiótica). En la fosa nasal de la que se ha obtenido el injerto se coloca un taponamiento, que deberá renovarse cada día. El defecto mucoso septal epiteliza rápidamente (7). La complicación más grave, aunque afortunadamente poco frecuente, es la necrosis del colgajo cutáneo. Puede deberse a la disección demasiado superficial del mismo, a un hematoma subyacente que compromete el retorno venoso, a la excesiva compresión del vendaje o a la sutura bajo tensión del colgajo. Sólo en casos de necrosis masiva del colgajo cutáneo puede producirse pérdida parcial o total del injerto condromucoso; éste presenta una elevada resistencia a la necrosis debido a la naturaleza muy vascular de la mucosa. Por otra parte, el exceso de tracción en sentido vertical puede provocar ectropion.

En conclusión, el injerto condromucoso nasal combinado con un colgajo de rotación de la mejilla o técnica de Mustardé, representa en la actualidad el procedimiento quirúrgico de elección para reparar los defectos de espesor total del párpado inferior comprendidos entre la mitad y la totalidad del mismo ya que restaura el recubrimiento mucoso, proporciona soporte cartilaginoso y asegura una adecuada cober-

tura cutánea. En ausencia de complicaciones, el resultado funcional y estético es muy satisfactorio (8,9).

Abstract.—Lower eyelid reconstruction is frequent in dermatologic surgery. A composite chondromucosal graft from the nasal septum covered with a cheek rotation flap, the Mustardé technique, is the technique of choice in reconstruction of full-thickness defects of 50 to 100% of the lower eyelid. Excellent aesthetic and functional results are achieved.

We describe the cases of a 71-year-old man with a basal cell carcinoma and a 88-year-old woman with a nodular melanoma who were treated with this procedure.

Ramón Faba P, Muñoz Romero F, Márquez Mendoza M, Tafalla Navarro M, Ruiz Domínguez M. Composite condromucosal graft and cheek rotation skin flap for lower eyelid reconstruction. Actas Dermosifiliogr 1999;90:132-135.

Key words: Lower eyelid reconstruction. Chondromucosal graft. Cheek rotation flap.

BIBLIOGRAFÍA

- Burton JL. The skin and the eyes. En: Rook A, Wilkinson SD, Ebling FJG, eds. *Textbook of Dermatology*. 5th Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1992: p. 2639-69.
- Jackson IT. Reconstrucción del párpado y región cantal. En: Jackson IT ed. *Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello*. Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1990:273-326.
- Mustardé JC. Repair and reconstruction in the orbital region. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.
- Jelks GW, Smith BC. Reconstruction of the eyelids and associated structures. En: McCarthy JG ed. *Plastic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990:1671-784.
- Mustardé JC. Cheek rotation skin (Mustardé) flap to the lower eyelid. En: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, eds. *Grabb's Encyclopedia of flaps*. 1st ed. Boston: Little, Brown and Company, 1990: p. 51-6
- Carraway JH. Reconstruction of the eyelids and eyebrows and correction of ptosis of the eyelid. En: Smith JW, Aston SJ eds. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 4th ed. Boston: Little, Brown and Company, 1991: p. 425-62
- Fuente del Campo A, Sánchez J, Martínez-Elizondo M. Cirugía reparadora de los párpados y del sistema lagrimal. Aspectos generales. En: Coiffman F ed. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*. 2.ª ed. Barcelona: Masson Salvat, 1994: p. 1380-92
- Marconi F, Zannetti G, Pistorale T, Gallucci A, Marra M, Di Giovanni P. La ricostruzione totale della palpebra inferiore secondo Mustardé. *Minerva Chir* 1995;50:257-61
- Vázquez Doval FJ, Aliseda Pérez de Madrid D. Colgajos cutáneos faciales (IV): técnicas de reconstrucción del párpado inferior: *Piel* 1998,13:152-62