

Colgajo de transposición preauricular tunelizado para la reconstrucción de defectos de la cara anterior del pabellón auricular

P. Sánchez-Sambucety, T. Alonso-Alonso y M.A. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de León. León. España.

Sr. Director:

La reconstrucción de la cara anterior del pabellón auricular tras la cirugía oncológica suele ser complicada y requiere imaginación en la planificación de la técnica quirúrgica. Habitualmente se utilizan la sutura directa, los injertos, el cierre por segunda intención y los colgajos de pedículo retroauricular, en particular «en puerta giratoria»¹.

Describimos un colgajo de transposición preauricular ingenioso porque lo situamos en el defecto a través de una incisión en la cara posterior del antehélix.

Se trata de un paciente de 81 años de edad con antecedentes personales de bronquitis crónica que acude a nuestra consulta por presentar desde hace más de un año en las caras anterior y posterior del pabellón auricular lesiones extensas clínica e histológicamente compatibles con carcinoma epidermoide (figs. 1 y 2). Realizamos la extirpación de ambas lesiones incluyendo pericondrio y respetando el cartílago que reparamos mediante dos colgajos de transposición pre y retroauriculares.

Inicialmente diseñamos las plastias y posteriormente ponemos la anestesia local (bupivacaína con adrenalina) siguiendo la técnica circunferencial, infiltrando desde el lóbulo toda la periferia del pabellón auricular. Para la reconstrucción del defecto localizado en el antehélix diseñamos un colgajo de transposición de región preauricular y desepitelizamos la superficie que va a quedar interpuesta en el área auricular (fig. 1), lo despegamos por encima de los vasos temporales superficiales y lo pasamos a través de una incisión en la cara posterior del antehélix para situarlo sobre el defecto (fig. 2). Finalmente suturamos con seda la plastia y la región preauricular (fig. 3). Para reconstruir el defecto de la región posterior diseñamos un colgajo retroauricular de rotación que despegamos y suturamos al defecto.

La cirugía del pabellón auricular es compleja, especialmente la de aquellos procesos que ocurren en su cara anterior, que es la más visible y, por tanto, la que precisa mejores resultados estéticos y mas aún cuando se asocia

con otro tumor en el mismo pabellón auricular.

Cuando el tumor se sitúa en el antehélix, la reconstrucción dependerá del tamaño del defecto creado y de si hemos extirpado cartílago o pericondrio.

En defectos pequeños se puede recurrir, sacrificando el hélix, a la sutura directa, o si tenemos el pericondrio intacto al cierre por segunda intención o poner un injerto.

En defectos de más de 1 cm sin afectación de pericondrio utilizaremos las mismas medidas y si hemos extirpado el cartílago los colgajos retroauriculares, bien en isla «en puerta giratoria» o bien un colgajo de transposición pediculado en 2 tiempos^{2,3}.

En nuestro caso describimos un colgajo original que aporta en un solo tiempo piel de color y textura similares a los del defecto. Bien vascularizado, consistente, útil para defectos con o sin afectación de cartílago y pericondrio, sobre todo cuando no podemos utilizar los colgajos retroauriculares o injertos.

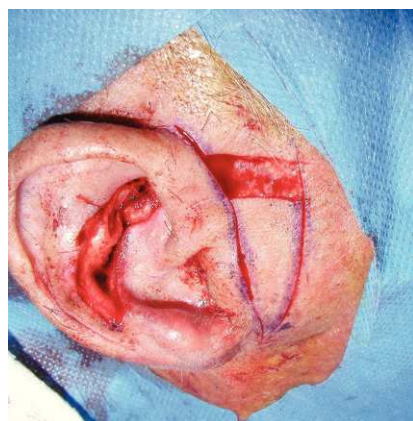


Figura 1. Plastia de transposición preauricular y desepitelización de la plastia.

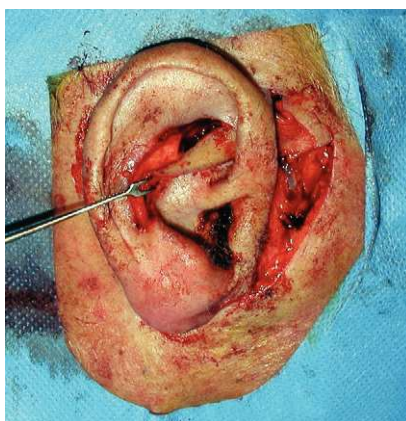


Figura 2. Tunelización de la plastia.

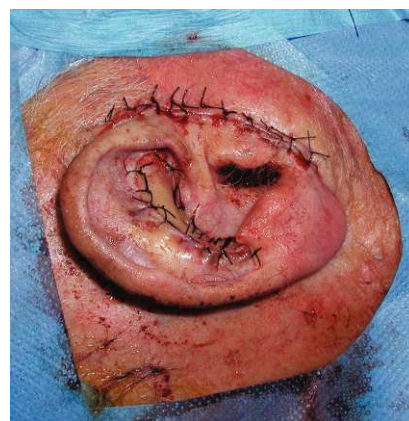


Figura 3. Sutura.

Bibliografía

1. Sánchez P, Rodríguez MA, Martínez M, Ruiz I. Leiomiomas cutáneos del pabellón auricular. Tratamiento quirúrgico. *Piel*. 2001;16:365.
2. Lázaro P, Suárez-Fernández R. Cirugía del pabellón auricular. En: Serrano Ortega S, editor. *Perfiles Quirúrgicos en Dermatología*. Barcelona, Madrid: Len/Mayo; 2005. p. 113-32.
3. Ciria G, Piqueras JM, Bengoechea MP, Pellicer D, Pellicer JL, Abascal A. Reconstrucción auricular de defectos secundarios a patologías adquiridas. En: Gil-Carcedo LM, Vallejo Valdezate LA, editores. *El oído externo*. Madrid: Ediciones Ergon, S.A.; 2001. p. 177-258.

Resolución de condilomas acuminados recalcitrantes en un paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana tratado con cidofovir tópico

A. Tejera-Vaquero, R.J. Bosch-García, A. Fernández-Orland y E. Herrera-Ceballos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Facultad de Medicina. Málaga. España.

Sr. Director:

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente, afectando entre el 1 y el 35 % de la población a lo largo de la vida¹. Existen hoy en día datos que sugieren un aumento de este porcentaje, especialmente en hombres de raza blanca e infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)². En cuanto a los costes médicos del manejo de estos casos, se calculó en 30 millones de euros nada más que en el Reino Unido durante el año 2003³. Los tratamientos disponibles actualmente para los condilomas acuminados engloban la crioterapia, la podofilotoxina, el ácido tricloroacético, el láser, el electrocauterio y, de más reciente introducción, el imiquimod, un modificador de la respuesta inmune⁴.

Queremos aportar un caso de un paciente infectado por el VIH con condilomas acuminados resistentes a las terapias convencionales, tratado de

forma exitosa con cidofovir tópico al 3 %.

Un varón de 37 años de edad presentaba desde hacía un año una historia de lesiones verrucosas en la cara interna del prepucio y surco balanoprepucial (fig. 1A). El paciente había sido tratado previamente con podofilotoxina, imiquimod, crioterapia, electrocoagulación y láser con el resultado de rápidas recidivas de las lesiones. En la historia del paciente era remarcable su infección por el VIH. Presentaba un recuento de células CD4 bajo ($120 \times 10^6/l$). El paciente fue instruido para aplicarse una crema de cidofovir al 3 % una vez al día. Después de cinco días el tratamiento fue interrumpido debido a la presencia de una intensa respuesta inflamatoria en las áreas tratadas. La zona presentaba un marcado eritema y pequeñas erosiones en algunos condilomas (fig. 1B). Desde este momento se le aplicó un tratamiento con sulfato de cinc y antibióti-

cos tópicos. Cuatro semanas más tarde todas las lesiones y el eritema habían desaparecido (fig. 1C). No ha habido evidencia de recurrencia después de un año de seguimiento.

El cidofovir es un nucleótido análogo del monofosfato de deoxicidina con un amplio espectro contra los virus ADN, incluido el VPH. Hasta la fecha, el cidofovir está sólo aprobado para su uso intravenoso en el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus en el paciente VIH resistente al ganciclovir y el foscarnet. Sin embargo, ha demostrado su eficacia en algunas lesiones víricas como tratamiento tópico en las que se incluyen las verrugas y el *molluscum contagiosum*⁵. También ha demostrado ser efectivo en algunas lesiones neoplásicas como la neoplasia intraepitelial cervical, eritroplasia de Queyrat, papilomatosis del tracto respiratorio, sarcoma de Kaposi, carcinomas nasofaríngeos asociados al virus de Epstein-Barr, carcinomas de células

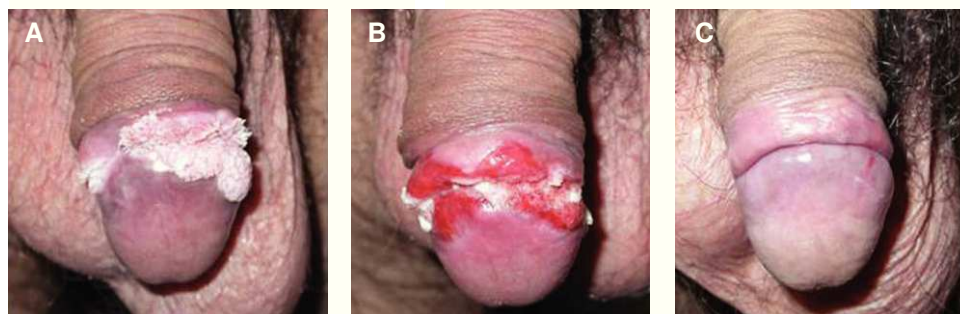


Figura 1. (A) Condilomas acuminados con una apariencia verruciforme en la zona interna del prepucio y surco balanoprepucial (semana 0). (B) Respuesta inflamatoria al cidofovir tópico con eritema y erosiones (semana 1). (C) Desaparición completa de las lesiones a las cuatro semanas (semana 4).