

3. Stephansson EA, Niemi KM. Antiphospholipid antibodies and anetoderma: Are they associated? *Dermatology*. 1995;191:204-9.
 4. Herrero-González JE, Herrero-Mateu C. Primary anetoderma associated with primary Sjögren's syndrome. *Lupus*. 2002;11:124-6.
 5. Romaní J, Pérez F, Llobet M, Planagumá M, Pujol RM. Anetoderma associated with primary anetoderma associated with primary Sjögren's syndrome: case report and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15:175-8.
 6. Hodak E, David M. Primary anetoderma and antiphospholipid antibodies - review of the literature. *Clinic Rev Allerg Immunol*. 2007;32:162-6.
 7. Martínez-Escala ME, Rozas E, Pujol RM, Herrero-González JE. Mid-dermal elastolysis: another dermatological clue to autoimmunity? *Acta Derm Venereol*. 2012;92:434-5.
 8. Jeandel C, Leclech C, Pasquali JL, Heid E. Anétodermie maculeuse et syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. *Presse Med*. 1988;17:343.
 9. Jubert C, Cosnes A, Clerici T, Gaulard P, André P, Revuz J, et al. Sjögren's syndrome and cutaneous B cell lymphoma revealed by anetoderma. *Arthritis Rheum*. 1993;36:133-4.
 10. Oikarinen AI, Palatsi R, Adomian GE, Oikarinen H, Clark JG, Uitto J. Anetoderma: biochemical and ultrastructural demonstration of an elastin defect in the skin of three patients. *J Am Acad Dermatol*. 1984;11:64-72.
 11. Braun RP, Borradori L, Chavaz P, Masouyé I, French L, Saurat JH. Treatment of primary anetoderma with colchicine. *J Am Acad Dermatol*. 1998;38:1002-3.
- O. Yélamos^{a,*}, M.A. Barnadas^a, C. Díaz^b y L. Puig^a
^a Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
^b Servicio de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: oyelamos@santpau.cat (O. Yélamos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.013>

Doble colgajo combinado de rotación en la mejilla

Combined Double Rotation Flap on the Cheek

Sr. Director:

El carcinoma basocelular es la neoplasia cutánea más frecuente en la raza caucásica¹. Predomina en áreas fotoexpuestas y generalmente presenta baja agresividad y lento crecimiento. Pese a ello, de manera habitual llegan a la consulta tumores con un tamaño mayor del deseado para una reconstrucción sencilla.

El área de la mejilla supone un reto, puesto que se debe conservar la funcionalidad sin distorsionar los surcos mandibular y nasal o el pliegue palpebral, además de minimizar el impacto estético de la cicatriz resultante.

Presentamos a un paciente varón, de 83 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, que consultó por una lesión de 3 años de evolución, localizada en la confluencia del reborde malar externo derecho con el arco cigomático.

Se trataba de un tumor de 2,5 cm de diámetro mayor, de bordes perlados, bien definidos, de aspecto esclerodermiforme. Presentaba telangiectasias en la mayor parte de su superficie y pequeñas zonas de ulceración con costra serohemática (fig. 1).

Ante la sospecha clínica de carcinoma basocelular morfeiforme, se programó al paciente para su exéresis quirúrgica bajo anestesia local.

Tras la palpación de la lesión y la zona dadora circundante, se diseñó en primer lugar una plastia de rotación con base inferior y un triángulo de descarga superior para cerrar posteriormente el defecto mediante una M-plastia en la zona inferior de la lesión (fig. 1).

Se procedió a la infiltración con anestesia local perilesional y de la zona del colgajo. Tras la exéresis con margen

suficiente del carcinoma y la incisión del colgajo, se decidió, ante la escasa movilización de tejido, realizar otro colgajo de rotación preauricular (fig. 2). El triángulo de Burow diseñado en la figura 1 no se llegó a realizar.

Se procedió a la disección de ambos colgajos en un plano inmediatamente superior al sistema músculo aponeurótico superficial, lo que proporciona una disección más fácil y rápida por su menor sangrado. Ofrece, además, mejores



Figura 1 Carcinoma basocelular morfeiforme, de 2,5 cm de diámetro mayor en el arco cigomático derecho. Diseño de la plastia original, colgajo de rotación con M-plastia inferior y triángulo de descarga superoexterno.

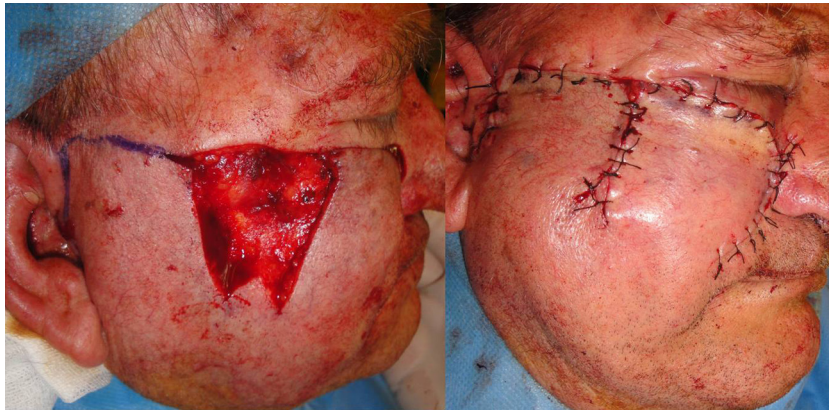


Figura 2 Diseño de colgajo de rotación preauricular con base anterior. Sutura con puntos simples con seda de 4/0. Leve edema y pequeño hematoma posquirúrgico inmediato.

resultados estéticos y funcionales al no comprometer la inervación de la zona².

Se colocaron ambos colgajos y se suturaron con puntos simples de seda de 4/0 (fig. 2).

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio, sin formación de hematoma ni infección de la herida quirúrgica. A los 24 meses, el paciente continúa sin signos de recidiva, siendo el resultado funcional y estético excelente (fig. 3).

Este caso ilustra la dificultad en la reconstrucción de una zona tan amplia como es la mejilla. Aunque no tendremos, en la mayoría de las ocasiones, falta de tejido dador, sí que se ha de tener en cuenta la necesidad de realización de grandes colgajos y la existencia de puntos críticos tanto nerviosos como vasculares. Se ha de intentar conseguir, además de una adecuada cirugía oncológica, el mejor resultado estético posible.

Es clave el conocimiento de distintas técnicas quirúrgicas para poder solucionar, de forma rápida, la imposibilidad

del cierre de un defecto con el colgajo diseñado inicialmente. En muchas ocasiones, esto se obvia haciendo una buena exploración prequirúrgica de la zona dadora, algo que se realizó, pero la distensibilidad de la piel y el desplazamiento del colgajo, y más en defectos grandes, solo se puede confirmar cuando este es levantado. La naturaleza del tumor que presentaba este paciente contribuyó además a que la pérdida de sustancia fuera mayor de la esperada.

De manera análoga a la cirugía dermatológica de otras zonas anatómicas, en la reconstrucción de la mejilla se debe intentar la obtención de un tejido similar en términos de color y textura. Esto es, en la mayoría de los casos suficiente para asegurar una adecuada simetría y estética. Sin embargo, no se requiere seguir los principios generales de reconstrucción de estructuras centrales (nariz, ojos, labios...) propuestos por Burget y Menick³, que abogan por reconstruir unidades enteras.

Dado el importante tamaño final del defecto, entre otras opciones se planteó combinar la plastia realizada en primer lugar con un injerto. La mayoría de los autores desaconsejan esta opción dado su mal resultado estético, aunque lo contemplan en pacientes con comorbilidades que descarten colgajos más complejos⁴.

La posibilidad de reconvertir el defecto en un colgajo tipo Limberg, modificado o no, causaría una cicatriz más evidente. Roth et al. aconsejan no situar ninguna incisión que no pueda ser escondida en un pliegue natural en una zona anterior a la línea Z. Esta es una línea imaginaria vertical, que se extiende desde el canto lateral perpendicularmente hacia el reborde mandibular⁵. Las plastias geométricas en la mejilla suelen ofrecer resultados estéticos no completamente satisfactorios.

Otra opción en las zonas cigomática y medial de la mejilla, donde se sitúa el defecto de este paciente, son los colgajos de avance-rotación, tanto de base posterior como anterior⁶.

Entre las complicaciones que pueden surgir en la reconstrucción de la mejilla hay que considerar las propias de los colgajos de tamaño considerable, como son la necrosis del colgajo o el efecto trampilla por el incorrecto desengrasado de la zona dadora. Además hay que tener en cuenta el



Figura 3 Resultados 24 meses poscirugía.

posible *ectropion* palpebral o el cambio en la distribución del vello facial y de la línea de implantación del cabello.

Un truco útil, y que se emplea frecuentemente para evitar el *ectropion*, es el anclaje del colgajo al periostio del reborde inferior orbitario con una sutura reabsorbible. En el caso presentado, no fue necesario, ya que al diseñar un segundo colgajo se aportó tejido suficiente. Existen autores para los cuales esta técnica, aunque bien descrita en la literatura^{7,8}, puede contribuir a la necrosis distal del colgajo⁴.

Presentamos una combinación de colgajos original, en un solo tiempo, con unos resultados funcionales y estéticos óptimos. Sirve además para ilustrar otras posibilidades de reconstrucción quirúrgica que eviten la realización de técnicas menos idóneas como los injertos o los colgajos geométricos.

La inmensa variabilidad entre las características cutáneas de cada paciente y sus lesiones supone una constante en la práctica quirúrgica dermatológica diaria. Se incide en la necesidad de un correcto diseño y planificación prequirúrgica que permita solventar de manera correcta las incidencias que se planteen excepcionalmente durante la intervención.

Bibliografía

1. Telfer NR, Colver GB, Morton CA, British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2008;159:35-48.
2. Samaniego E, Prada C, Rodríguez-Prieto MA. Planos quirúrgicos en cabeza y cuello. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:167-74.
3. Burguet GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76:239-47.
4. Rapstine ED, Knaus II WJ, Thornton JF. Simplifying cheek reconstruction: a review of over 400 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129:1291-9.
5. Roth DA, Longaker MT, Zide BM. Cheek surface reconstruction: Best choices according to zones. *Operat Tech Plast Reconstr Surg*. 1998;5:26-36.
6. Menick FJ. Reconstruction of the cheek. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108:496-504.
7. Harris GJ, Perez N. Anchored flaps in post-Mohs reconstruction of the lower eyelid, cheek and lateral canthus. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2003;19:5-13.
8. Robinson JK. Suspension sutures in facial reconstruction. *Dermatol Surg*. 2003;29:386-93.

M.M. Otero-Rivas*, G. Pérez-Paredes,
L.M. Valladares-Narganes y M.A. Rodríguez-Prieto

*Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial
Universitario de León, León, España*

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: motero@aedv.es,
acuviel@hotmail.com (M.M. Otero-Rivas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.02.007>