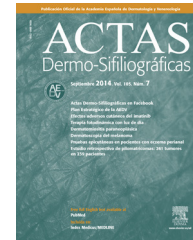




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Reconstrucción de carcinoma espinocelular en región malar infraorbitaria mediante colgajo de rotación-avance



Rotation Advancement Flap Reconstruction Following Excision of a Squamous Cell Carcinoma in the Infraorbital Malar Region

N. Eiris*, G. Pérez Paredes y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción

La región de la mejilla puede ser dividida en 4 zonas con propiedades cosméticas diferentes a la hora de la reconstrucción quirúrgica: bucal, infraocular o medial, zigomática o lateral y mandibular^{1,2}. Algunos autores y textos han utilizado como referencia la prominencia malar como punto donde confluyen las fronteras de esas zonas. Sin embargo, las fronteras entre estas zonas no están claras y dependen tanto de factores intrínsecos de la fisonomía de la persona como de factores extrínsecos asociados al fotoenvejecimiento.

En defectos de gran tamaño (> 4 cm de diámetro) localizados en el área medial la reconstrucción quirúrgica más utilizada son los colgajos genianos o cervicofaciales^{1,3}. Dichas plastias realizarán movimientos de avance y rotación en la transferencia de tejido. La vascularización de estos colgajos, con base posterior e inferior, es muy rica, dado que depende de los abundantes vasos perforantes que surgen de la arteria transversa y de la arteria facial⁴. También pueden usarse colgajos en isla, aprovechando el abundante tejido adiposo subcutáneo de la mejilla, con excelentes resultados;

o la combinación de ambos tipos de colgajos⁵, para lograr una adecuada cobertura cutánea del defecto, evitando la tensión y el ectropión secundario. Sin embargo, no se recomienda el uso de injertos por la posible retracción y por el peor resultado cosmético. La excepción sería cuando fuera necesaria una vigilancia estrecha para la detección precoz de recidivas.

La disección de un colgajo cervicofacial debe de ser realizada en el plano subcutáneo para preservar el plexo subdérmico vascular, aunque en defectos de gran espesor o en pacientes con factores adversos para la cicatrización (fumadores, radioterapia de la zona) puede utilizarse el plano inferior al SMAS, a costa de un mayor riesgo de lesión vasculonerviosa². Debido al riesgo de ectropión, si los vectores de tensión de la sutura tuvieran un predominio vertical, sería necesario fijar el colgajo al periostio del reborde orbitario y del surco melonasal². En la maniobra de rotación del colgajo se suelen originar excesos de piel que pueden eliminarse mediante la escisión de triángulos de Burow o Z-plastia, procurando ocultar estas cicatrices en el fondo de un pliegue o arruga.

Técnica

Un paciente de 92 años de edad fue remitido a nuestro centro por carcinoma espinocelular de unos 3 cm de diámetro,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noemieiris@gmail.com (N. Eiris).



Figura 1 Carcinoma espinocelular de gran tamaño en área malar.



Figura 2 Postoperatorio inmediato; colgajo de rotación-avance para la reconstrucción del defecto quirúrgico.

ulcerado y mal definido, de rápido crecimiento, localizado en el área malar medial y surco melolabial (fig. 1). Dada la edad del paciente y el rápido crecimiento de la lesión, con clínica de sangrado y dolor, se decide el tratamiento quirúrgico.

Se decide la realización de un colgajo de rotación (ver vídeo). Se plantea, bajo anestesia general, una plastia de mejilla inferior prolongando el polo superior del defecto, siguiendo la arruga natural de la mejilla, hasta el área cervical. Se levanta el colgajo por el plano subcutáneo, se rota y comprueba la buena cobertura del defecto y se procede a la sutura con seda de 4/0. La piel redundante es eliminada con 2 pequeños triángulos de descarga (fig. 2).

Indicaciones

- Defectos grandes (> 3-4 cm de diámetro) de la subunidad malar.



Figura 3 Postoperatorio a las 8 semanas; se puede observar el excelente resultado cosmético y funcional.

Contraindicaciones

- Absolutas: ninguna.
- Relativas: alteraciones de la coagulación, factores extrínsecos que predispongan a la isquemia cutánea (tabaquismo, radioterapia previa, etc.), intervenciones quirúrgicas previas en la zona que puedan interferir con la movilidad del colgajo.

Complicaciones

- Infección de la herida quirúrgica, incluyendo piel y planos profundos.
- Edema, hematoma y necrosis cutánea.
- Ectropión posquirúrgico.
- Alteraciones, permanentes o temporales, de la sensibilidad y movilidad por lesión de estructuras nerviosas, vasculares o musculares.

Conclusiones

El uso del colgajo cervicofacial para la reconstrucción del área medial de la mejilla es una de las técnicas más útiles para la reconstrucción de defectos quirúrgicos grandes en dicha zona¹. La intervención es técnicamente sencilla, aunque laboriosa si queremos lesionar el mínimo número de vasos de pequeño calibre subyacentes para reducir el sangrado posquirúrgico, y si fuese necesario movilizar piel de la zona cervical, evitar la lesión de las estructuras vasculonerviosas de esa zona³. Produce unos resultados cosméticos y funcionales excelentes, ya que permite ocultar parte de las incisiones en los pliegues de la cara (fig. 3).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A D. José Lavigne por su ayuda con la elaboración y edición del vídeo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2014.12.001](https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.12.001).

Bibliografía

1. Bradley DT, Murakami CS. Reconstruction of the cheek. En: Baker SR, editor. Local flaps in facial reconstruction. Philadelphia: Elsevier; 2007. p. 525–56.
2. Pérez-Paredes MG, González-Sixto B, Otero-Rivas MM, Rodríguez-Prieto MA. Cirugía reconstructiva de la región cigomática-medial de la mejilla: presentación de 5 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;105:e27–31.
3. Jowett N, Mlynarek AM. Reconstruction of cheek defects: A review of current techniques. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;18:244–54.
4. Pepper JP, Baker SR. Local flaps: Cheek and lip reconstruction. *JAMA Facial Plast Surg*. 2013;15:374–82.
5. Rozas-Muñoz E, Pujol RM, Toll A. Reconstruction of defects of the infraorbital malar cheek. *Dermatol Surg*. 2011;37:1675–8.