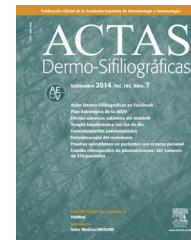


# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## E-CASOS CLÍNICOS

# Cirugía oncológica en la región ciliar



R. Santesteban\*, M.E. Iglesias y B. Bonaut

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

### PALABRAS CLAVE

Ceja;  
Cirugía  
dermatológica;  
Tumores cutáneos

### KEYWORDS

Eyebrow;  
Dermatologic  
surgery;  
Skin tumors

**Resumen** La cirugía dermatológica de tumores que afecten únicamente a la región ciliar no es muy frecuente, y en ocasiones es difícil encontrar en los distintos tratados y artículos texto que trate únicamente de la cirugía en esta región. Sin embargo, la reconstrucción de la zona ciliar es muy importante, ya que además de su función protectora del globo ocular, su posición y continuidad tienen gran importancia en la expresividad, estética y armonía facial. Presentamos casos clínicos de cirugía oncológica en la región de la ceja intervenidos en nuestro servicio en los últimos años, y realizamos una revisión de distintas técnicas propuestas para la reconstrucción de la región ciliar.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

### Oncologic Surgery to the Ciliary Region

**Abstract** Dermatologic surgery for tumors affecting only the ciliary region is not very common and it can sometimes be difficult to find published descriptions that deal specifically with surgery to this area. However, reconstruction of the ciliary region is very important, not only because this region is necessary to protect the eye, but also because its position and continuity are of great importance in facial expression, aesthetic appearance, and harmony. We present the cases of patients who have undergone oncologic surgery to the eyebrow region in our department in recent years and review the different techniques proposed for reconstruction of this region.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

## Introducción

Las cejas cumplen fundamentalmente una función de protección del globo ocular, evitando agresiones externas, como pueden ser el sudor, la lluvia o el polvo que cae en la cara, teniendo además gran importancia en la expresividad

y estética facial<sup>1</sup>. Anatómicamente podemos dividirla en cabeza, cuerpo y cola, siendo la cabeza la parte más ancha y más medial; en ella los folículos pilosos siguen una disposición casi vertical, mientras que en el cuerpo y la cola los folículos pilosos son más finos y tienden a horizontalizarse a medida que se alejan de la zona más medial de la ceja<sup>2</sup>. La posición de las cejas difiere entre géneros, siendo habitualmente la ceja femenina más arqueada y con una posición ligeramente más superior a la ceja masculina<sup>3</sup>. Bajo la piel de las cejas se encuentran los músculos frontal, orbicular, piramidal y corrugador. La vascularización principal del área

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [raquel.santesteban@hotmail.com](mailto:raquel.santesteban@hotmail.com)  
(R. Santesteban).



**Figura 1** A. Carcinoma epidermoide en la región de la cola de la ceja izquierda. B. Exéresis de la lesión triangulando el defecto en la parte superior, con colgajo de avance lateral izquierdo para cubrir el defecto creado. C. Resultado inmediato tras la sutura con safil y seda 3/0. D. Resultado en el momento de la retirada de los puntos de sutura, con simetría en ambas cejas.

de la ceja se realiza por anastomosis de ramas de las arterias supratrocLEAR, supraorbitaria y la temporal superficial<sup>3</sup>.

En esta área se pueden asentar diferentes tumores cutáneos, siendo los más frecuentes los carcinomas basocelulares y epidermoides. Presentamos casos clínicos de cirugía oncológica en la región de la ceja realizados en nuestro servicio, entre los que se encuentran resecciones de carcinomas epidermoides, basocelulares y lentigo maligno, con reconstrucción posterior mediante colgajos de avance, avance-rotación e isla, con pedículo subcutáneo, y se revisan distintas técnicas propuestas para la reconstrucción del área ciliar.

## Casos clínicos

### Caso clínico 1

Mujer de 85 años con placa indurada, polilobulada, de unos 12 mm de diámetro en la región de la cola de la ceja izquierda (fig. 1 A). Bajo anestesia local más sedación se realiza exéresis de la lesión con margen lateral de seguridad y profundizando hasta el músculo, triangulando el defecto en la parte superior. Se diseña un colgajo de avance lateral izquierdo con triángulo de descarga en la zona preauricular inferior, para cubrir el defecto creado (fig. 1 B), y se sutura con safil y seda 3/0 (fig. 1 C). El estudio anatomopatológico informa de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. En el momento de la retirada de los puntos de

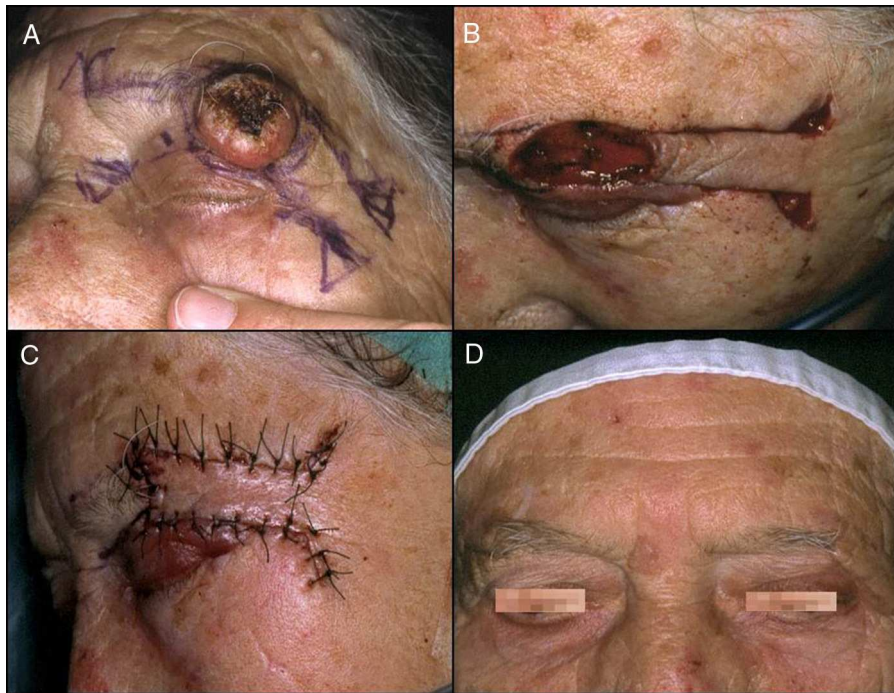
sutura presenta buen aspecto de la cicatriz, apreciándose la simetría en ambas cejas (fig. 1 D).

### Caso clínico 2

Mujer de 92 años con lesión tumoral excrecente, de crecimiento rápido, con cono queratósico central, localizado en la ceja izquierda (fig. 2 A). Se realiza exéresis de la lesión con margen lateral de seguridad y profundizando hasta el músculo. Se diseña un colgajo de avance cuadrangular con triángulos de Burrow en la base para cubrir el defecto creado (fig. 2 B), y se sutura con seda 3/0 (fig. 2 C). El estudio anatomopatológico informa de queratoacantoma con bordes libres. El resultado de la cirugía fue satisfactorio desde el punto de vista estético, con buen aspecto de las cicatrices y manteniendo simetría en las cejas, con alopecia de la cola de la ceja (fig. 2 D).

### Caso clínico 3

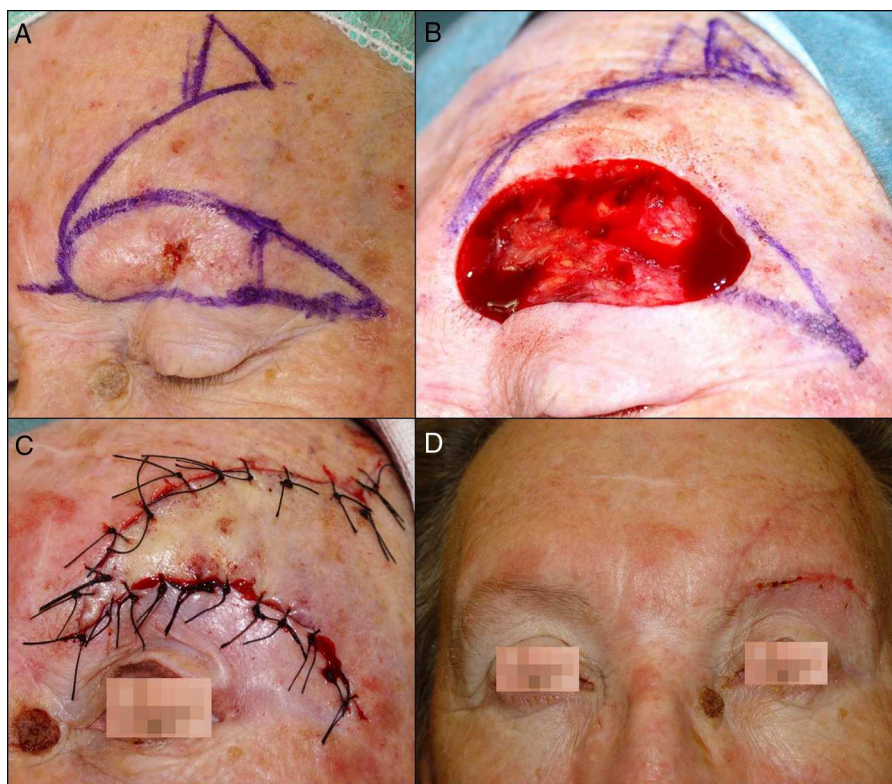
Mujer de 83 años con placa pigmentada en la sien izquierda, en la que se aprecia un área más desestructurada, con retículo no homogéneo en la parte superior (fig. 3 A). Se realiza en la consulta una biopsia incisional en la sien izquierda, con características histológicas de lentigo maligno. Posteriormente en quirófano se extirpa la lesión con 5 mm de margen lateral, y profundizando en el tejido celular subcutáneo. Se diseña una plastia de avance-rotación con isla de



**Figura 2** A. Queratoacantoma en la ceja izquierda. B. Exéresis de la lesión y diseño de un colgajo de avance cuadrangular con triángulos de Burow en la base para cubrir el defecto creado. C. Resultado inmediato tras la sutura del colgajo con seda 3/0. D. Resultado final; se mantiene la simetría en las cejas, con alopecia de la cola de la ceja izquierda.



**Figura 3** A. Placa pigmentada asimétrica, con retículo no homogéneo en la parte superior, localizada en la sien izquierda, diagnosticada con biopsia incisional como lentigo maligno. B y C. Exéresis de la lesión con 5 mm de margen lateral y diseño de plastia de avance-rotación con isla de pedículo celular subcutáneo de la zona malar izquierda. D. Resultado inmediato tras la sutura con seda de 3/0 y 4/0. E. Resultado al mes de la intervención.



**Figura 4** A. Recidiva de carcinoma basocelular que afecta a todo el cuerpo de la ceja izquierda. B. Defecto creado tras la exéresis de la lesión. C. Reconstrucción mediante colgajo de rotación superior de frente con triángulo de descarga de Burow. D. Resultado al mes de la intervención.

pedículo celular subcutáneo de zona malar izquierda (figs. 3 B y C). Se sutura con seda de 3/0 y 4/0 (fig. 3 D). El estudio anatomopatológico diagnostica lentigo maligno, melanoma *in situ*, con planos de sección quirúrgica a 5 mm el más cercano. El resultado al mes de la intervención se muestra en la figura 3 E.

#### Caso clínico 4

Mujer de 78 años con recidiva de carcinoma basocelular que afecta a todo el cuerpo de la ceja izquierda (fig. 4 A). Se realiza exéresis de la lesión produciendo un defecto de gran tamaño, extirpando también la cola de la ceja para que pueda rotar el colgajo (fig. 4 B). Posteriormente se reconstruye mediante colgajo de rotación superior de frente, con triángulo de descarga de Burow (fig. 4 C). El resultado al mes de la intervención se aprecia en la figura 4 D.

#### Discusión

Los tumores cutáneos en la región ciliar no son muy frecuentes, ya que dicha área, de manera similar a la zona preauricular, la mandíbula y el mentón, son las zonas relativamente menos expuestas de la cara, recibiendo menos del 20% del máximo de la exposición ultravioleta<sup>4</sup>. Los diferentes tratados de cirugía dermatológica incluyen esta área anatómica en los capítulos bien de cirugía del párpado, bien de cirugía de la frente. Hemos creído interesante presentar casos quirúrgicos con defectos de gran tamaño que afectan

principalmente a la región de la ceja por su dificultad en la reconstrucción y su importancia en la estética facial. Cuando nos enfrentamos a estos casos, tras realizar la exéresis tumoral completa, nuestro principal objetivo en la reconstrucción será conseguir cerrar el defecto creado sin alterar en lo posible la anatomía de la ceja, así como su función motora, vascularización y su inervación, evitando en lo posible destruir los folículos pilosos y crear una disrupción en la unidad de la ceja, ya que el resultado estético tiene una gran importancia en la expresión facial<sup>3,5</sup>. Debemos tener en cuenta varios puntos clave en la reconstrucción de estos defectos, como serían mantener la simetría de ambas cejas e igual longitud dentro de lo posible, dando preferencia a mantener la zona más medial de la ceja sobre la longitud de la cola<sup>3,5</sup>.

Existen múltiples técnicas reconstructivas que ayudan a conseguir estos resultados, y van desde el cierre directo hasta cirugías más complejas. Para los defectos del área ciliar pueden utilizarse colgajos de avance, trasposición, o de deslizamiento en

V-T o A-T<sup>2,6</sup>. Silapunt et al. revisan técnicas de reconstrucción del área de la ceja, como la isla de pedículo subcutáneo para defectos de la zona central o lateral, colgajo de avance bilateral para zonas centrales de la ceja, colgajo en O-T para el borde inferior, el colgajo de rotación o el cierre vertical<sup>3</sup>. Bakkour et al. proponen también el uso de la isla con pedículo subcutáneo para reparar defectos en la zona medial de la ceja que incluyan la zona más medial de la cabeza de la ceja<sup>5</sup>. Hikage et al. plantean el uso de colgajos bilobulados para la reconstrucción de defectos laterales

de la ceja<sup>7</sup>. Una opción para defectos circulares pequeños en el área ciliar sería el colgajo Mercedes, que permite la exéresis de las lesiones extirpando la menor cantidad de piel sana, y requiere menos tejido para el cierre del defecto, lo que permite una cicatriz menos visible<sup>8</sup>. El colgajo V-Y en isla basado en la vascularización de la arteria supratroclear es otra opción quirúrgica, como describen Schonauer et al.<sup>9</sup>. Kim et al. describieron una reconstrucción utilizando 2 colgajos, uno vascularizado por la arteria supraorbitaria y el otro por una rama de la arteria temporal superficial<sup>10</sup>.

Para una correcta reconstrucción debe evitarse la depilación de la ceja, ya que la dirección de los folículos pilosos indica la dirección a seguir durante la sutura del defecto, evitando asimetrías posteriores. En caso de que fuera necesaria la exéresis completa de la ceja se puede aconsejar a los pacientes distintos métodos para mejorar la estética facial, como por ejemplo los microinjertos de pelo<sup>2,11</sup>, o el uso de cejas postizas, que producen buen resultado estético y suponen una mejor alternativa que el tatuaje, ya que no dificulta la detección precoz de posibles recidivas, cosa que podría ocurrir en el caso de los tatuajes, sobre los que además se han descrito la aparición de tumores, tanto carcinomas basocelulares como melanomas o carcinomas escamosos<sup>4</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sadr J, Jarudi I, Sinha P. The role of eyebrows in face recognition. *Perception*. 2003;32:285-93.
2. Tajirian AL, Yelverton CB, Goldman GD. Eyebrow reconstruction after removal of melanoma in situ. *Dermatol Surg*. 2013;39:1385-9.
3. Silapunt S, Goldberg LH, Peterson SR, Gardner ES. Eyebrow reconstruction: Options for reconstruction of cutaneous defects of the eyebrow. *Dermatol Surg*. 2004;30 4 Pt 1:530-5.
4. Lee JS, Park J, Kim SM, Yun SK, Kim HU. Basal cell carcinoma arising in a tattooed eyebrow. *Ann Dermatol*. 2009;21:281-4.
5. Bakkour W, Ghura V. Medial eyebrow defects: reconstruction with whole eyebrow subcutaneous island pedicle. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2013;29:330-2.
6. Mayor Arenal M, Hervella Garcés M, Piteiro Bermejo AB, Hernández-Cano N, Pérez-España L, Casado Jiménez M. Reconstrucción de la región ciliar mediante colgajo de deslizamiento en V-T. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:569-72.
7. Hikage S, Ono I, Yamashita T, Kimura T. Three cases of reconstruction with a simply designed bilobed flap after excision of squamous cell carcinomas of the lateral eyebrow areas. *J Dermatol*. 2014;41:399-402.
8. Xue S, Mutesi R, Rong M, Liu J. The Mercedes flap: A modified closure for circular skin defects around the eyebrow. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38:816-7.
9. Schonauer F, Tagliatalata Scafati S, Molea G. Supratroclear artery based V-Y flap for partial eyebrow reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63:1391-2.
10. Kim KS, Hwang JH, Kim DY, Lee SY, Cho BH. Eyebrow island flap for reconstruction of a partial eyebrow defect. *Ann Plast Surg*. 2002;48:315-7.
11. Jiménez-Acosta F, Ponce I. Follicular unit hair transplantation: Current technique. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:291-306.