

de los mecanismos fisiopatológicos de ambas enfermedades, podrían arrojar luz al enigma.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstreser PR, Jacobe HT. Distinct autoimmune syndromes in morphea: A review of 245 adult and pediatric cases. *Arch Dermatol*. 2009;145:545–50.
2. Burns DA, Sarkany I. Generalized morphea with bullous lesions and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1976;95 Suppl 14:33–4.
3. Bilen N, Apaydin R, Erçin C, Harova G, Ba F, Bayramgürler D. Coexistence of morphea and psoriasis responding to acitretin treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1999;13:113–7.
4. Saleh Z, Arayssi T, Saleh Z, Ghosn S. Superficial morphea: 20-year follow-up in a patient with concomitant psoriasis vulgaris. *J Cutan Pathol*. 2009;36:1105–8.
5. Walls AC, Qureshi AA. Psoriasis and concomitant fibrosing disorders: Lichen sclerosus, morphea, and systemic sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2010;67:1079–83.
6. Stewart FA, Gavino AC, Elewski BE. New side effect of TNF-alpha inhibitors: Morphea. *Skinmed*. 2013;11:59–60.

7. Shevliakov LV, Koncha AI. Combination of focal scleroderma and psoriasis. *Vestn Dermatol Venerol*. 1987;7:70 [Article in Russian].
8. Aounallah A, Zaraa I, El Euch D, Chelly I, Haouet S, Mokni M, et al. Lipomembranous panniculitis associated with venous insufficiency, morphea, and psoriasis. *Skinmed*. 2016;14:127–9, eCollection 2016.
9. Cuesta-Montero L, Belinchón I. Conectivopatías y psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:487–97.
10. Akdis M, Palomares O, van de Veen W, van Splunter M, Akdis CA. Th17 and Th22 cells: A confusion of antimicrobial response with tissue inflammation versus protection. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129:1438–49.
11. Bezalel SA, Strober BE, Ferenczi K. Interferon beta-1a-induced morphea. *JAAD Case Rep*. 2015;1:15–7.

O. Corral Magaña, J. Escalas Taberner*,
M.M. Escudero Góngora y A. Giacaman Contreras

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jetpalma@hotmail.com
(J. Escalas Taberner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.11.005>
0001-7310/

© 2016 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reconstrucción del ala nasal mediante injerto condrocútáneo



Chondrocutaneous Graft for Reconstruction of the Ala Nasi

Sra. Directora:

La pirámide nasal es un área fotoexpuesta con importante incidencia de tumores cutáneos, que se tratan de forma quirúrgica en la mayor parte de los casos. El ala nasal¹, que se compone de mucosa, cartílago y piel, es una estructura anatómicamente compleja y consecuentemente presenta una compleja reconstrucción. Para la reconstrucción de defectos en el ala debemos tener en cuenta el tamaño y la profundidad del defecto, el color y la textura de la piel circundante, la simetría con el ala contralateral y las condiciones de los tejidos perilesionales, así como considerar las posibles zonas donantes y sus características, y los antecedentes del paciente. El objetivo principal es preservar la función de la válvula y la estética de la pirámide nasal.

Describimos el caso de una mujer de 77 años, pluri-patológica, que presentaba una recurrencia de carcinoma basocelular confirmada mediante biopsia en el ala nasal derecha.

La recidiva del tumor (fig. 1A) fue tratada con cirugía de Mohs (fig. 1B), siendo necesaria una única etapa para

extirparlo completamente. Tras la cirugía, se observó un defecto de espesor total del ala nasal de 0,8 × 1 cm, afectando al borde libre del ala.

Para reparar el defecto decidimos emplear un injerto condrocútáneo compuesto, extraído de la base del hélix. En este caso, la zona donante idónea es el pabellón auricular, por su color y textura, y porque la zona anterior del hélix permite una extracción sencilla del injerto y la realización de cierre directo posteriormente². Con ello conseguimos un injerto en bloque que presenta cartilago entre 2 superficies cutáneas. El cartilago³, aporta estabilidad mecánica y forma al injerto y al ala nasal, evitando el colapso del injerto con los movimientos respiratorios. Además, el cartilago previene la retracción de la cicatriz y preserva la funcionalidad de la válvula de forma secundaria.

En nuestro caso, en primer lugar, diseñamos el injerto en forma de «v»⁴ sobre la base del hélix, un milímetro más grande que el defecto (fig. 1C) y se extrajo en bloque. El defecto resultante en el hélix fue suturado mediante puntos simples (fig. 2B).

Para fijar el injerto a la zona receptora se inició suturando la pieza a la parte interna del ala nasal, para ello se empleó una sutura reabsorbible de 5/0. Posteriormente el injerto fue inmovilizado mediante un taponamiento nasal. Finalmente, la piel de la zona externa³ fue suturada con seda de 5-0 (fig. 2A).

El primer injerto compuesto obtenido de pabellón auricular para la reconstrucción de la pirámide nasal fue descrito por Konig en 1902⁵, y como principales ventajas

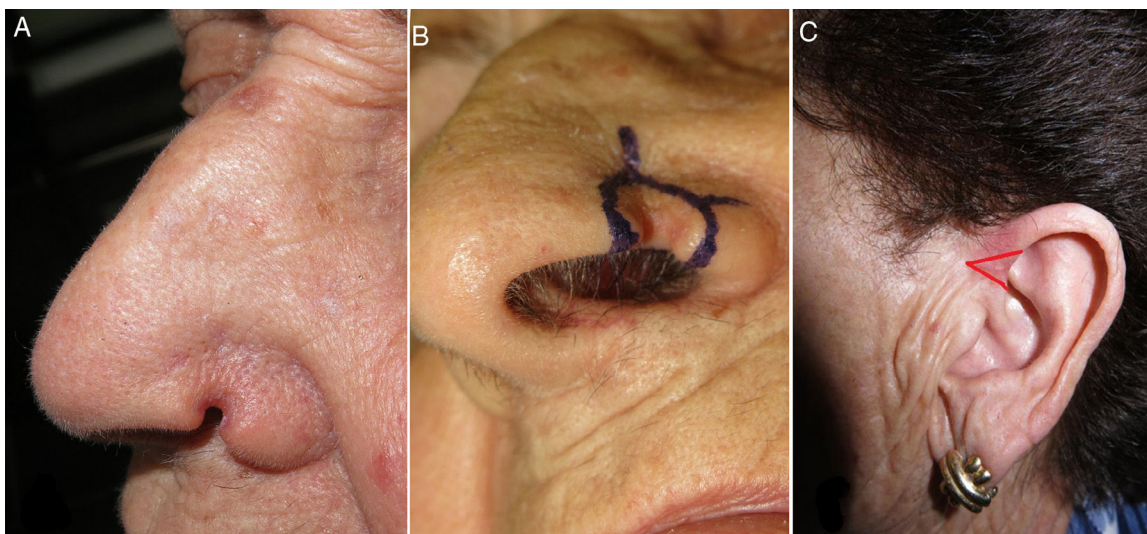


Figura 1 A) Recurrencia del carcinoma basocelular. Imagen tomada en la consulta preoperatoria. B) Primera etapa de cirugía de Mohs. C) Diseño del injerto sobre la base del hélix.

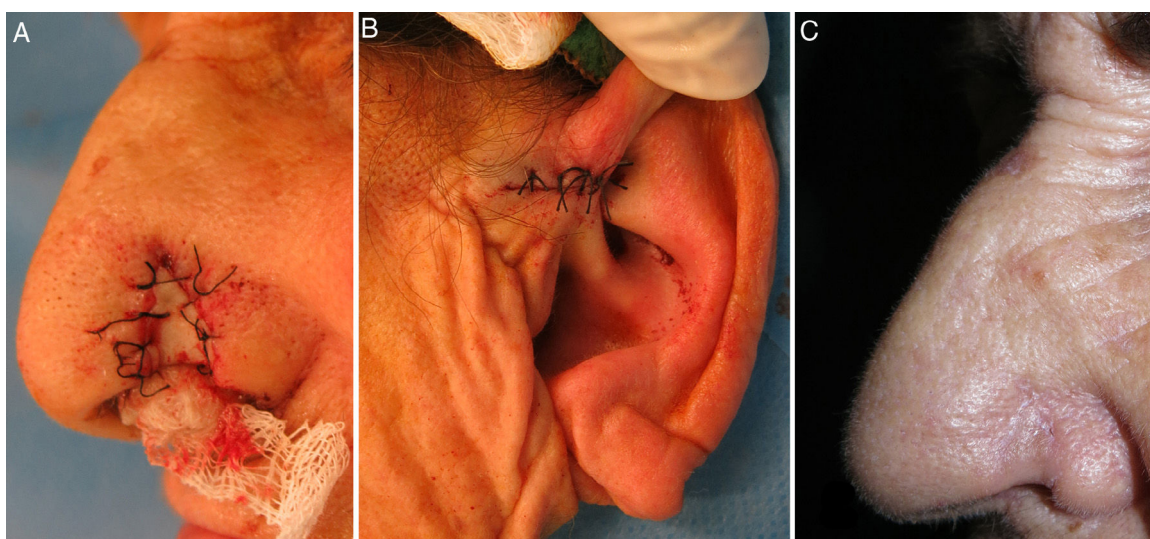


Figura 2 A y B) Resultado tras la cirugía. C) Diez semanas después.

encontramos que la cirugía se realiza en una sola etapa, con un único bloque y permitiendo un único tiempo quirúrgico.

Entre los factores que disminuyen la supervivencia del injerto condrocútáneo están el tabaco, el compromiso del lecho vascular por radioterapia previa, la presencia de cicatrices, la diabetes y la arteriosclerosis grave. Los injertos de gran tamaño tienen una alta demanda metabólica, lo cual disminuye la probabilidad de supervivencia, por ello descripciones previas recomiendan un injerto condrocútáneo con un diámetro máximo de 10 mm^{3,4,6}. Por otra parte, se han reportado buenos resultados con injertos de hasta 10 × 18 mm⁷. Lo idóneo es que el centro del injerto no diste más de 0,5 cm del aporte vascular.

Entre las complicaciones que se pueden presentar después de la extracción del injerto están las asimetrías, las contracturas del pabellón auricular, las deformidades y las cicatrices hipertróficas o hipo/hiperpigmentaciones.

Este injerto condrocútáneo permite la reconstrucción en un único tiempo quirúrgico de las 3 capas del ala nasal, preservando la funcionalidad y la estética (fig. 2C), y siendo una buena opción para defectos iguales o menores a 1 cm.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Driscoll BP, Baker SR. Reconstruction of nasal alar defects. *Arch Facial Plast Surg.* 2001;3:91–9.
2. Singh DJ, Bartlett SP. Aesthetic management of the ear as a donor site. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120:899–909.
3. Brown JB, Cannon B. Composite free grafts of two surfaces of skin and cartilage from the ear. *Ann Surg.* 1946;124:1101–7.

4. Maves MD, Yessenow RS. The use of composite auricular grafts in nasal reconstruction. *J Dermatol Surg Oncol*. 1988;14:994–9.
5. Konig F. Zur Deckung von Defekten der Nasanflugel. *Klin Wochenschr*. 1902;7:137.
6. Lehman F J.A. Jr, Musgrave WS Jr, Garrett RH. Earlobe composite grafts for the correction of nasal defects. *Plast Reconstr Surg*. 1971;47:12–6.
7. Son D, Son D, Jeong H, Choi T, Kim J, Han K. A new mechanism associated with composite graft success. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63:1900–9.

T. Kueder-Pajares^{a,*}, C. Prada-García^b,
P. Sanchez-Sambucety^b y M.A. Rodríguez-Prieto^b

^a *Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

^b *Servicio de Dermatología y Venereología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Tkueder@hotmail.com

(T. Kueder-Pajares).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.11.006>

0001-7310/

© 2016 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.