



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Injerto dermograso en reconstrucción de defectos quirúrgicos en ala nasal, serie de 5 casos

#### Five-Case Report Series of Dermofat Graft in Nasal Alar Surgical Defect Reconstruction

Sr. Director,

La reconstrucción de defectos quirúrgicos del ala nasal constituye un reto dermatológico por su particular morfología, rigidez, carácter sebáceo y localización centroracial. Presentamos una serie de cinco pacientes con defectos posquirúrgicos en ala nasal reconstruidos mediante injerto dermograso (IDG) (tabla 1). El IDG está compuesto por dermis y su grasa subyacente. Aunque su uso en dermatología es más reciente<sup>1</sup>, constituye una técnica ampliamente utilizada en otras especialidades para corregir defectos con pérdida de volumen del área facial<sup>2,3</sup>.

Los pacientes fueron intervenidos de carcinoma basocelular en ala nasal mediante cirugía de Mohs (tabla 1),

decidiéndose la reconstrucción mediante IDG. La zona donante fue la región anterior de antebrazo por ser fácilmente accesible durante la cirugía. Otras alternativas incluyen la fosa supraclavicular, la región abdominal inferior, la ingle o la región medio-sacra, prefiriéndose zonas con abundante tejido adiposo, laxitud cutánea, vello fino y no muy visibles<sup>1-3</sup>. Para la reconstrucción se diseñó un cuadrado de tamaño similar al defecto, sobre el cual incidimos con el bisturí frío profundizando hasta panículo adiposo, dejando sin incidir uno de los lados del cuadrado, que actuará de pedículo. Posteriormente, se desepitelizó el injerto, y con la tijera de disección se labró un plano en tejido celular subcutáneo y se cortó el pedículo de dermis y grasa, liberando el injerto. Adaptamos su forma al defecto alar, suturamos, y aplicamos una lámina de contacto de silicona y un apósito húmedo anudado. Para favorecer el estiramiento de la piel del ala nasal y evitar su retracción colocamos un taponamiento en la nariz que fue reemplazado cada 48 horas en su centro de salud. La primera evaluación posquirúrgica tuvo lugar a los siete días, retirándose el apósito anudado y el taponamiento nasal. Se retiró la costra serohemática en los casos que la presentaban y se realizó cura húmeda con pomada antibiótica. Los pacientes continuaron con curas húmedas ambulatoriamente cada 48 horas, con revisión semanal en nuestro servicio para retirar la costra serohemática que pudiera aparecer. Al mes de la cirugía los cinco pacientes presentaban una completa cicatrización del defecto, con resultado funcional y estético satisfactorio, con una mediana de tiempo de reepitelización de 25 días (rango 21-37) (fig. 1).

Las opciones reconstructivas más habituales para defectos del ala nasal incluyen colgajos locales, injertos de piel total (IPT) o cicatrización por segunda intención. Sin embargo, estas técnicas presentan diversos inconvenientes. Los colgajos locales suelen implicar unidades anatómicas adyacentes que pueden generar cicatrices inestéticas y asimetría nasal. Los IPT o la segunda intención suplen los problemas anteriores pero no aseguran un color o volumen óptimo, presentando la última tiempos de cicatrización elevados que resultan molestos para el paciente<sup>4,5</sup>. En contraposición, el IDG presenta ciertas ventajas: el componente dérmico aporta vascularización y factores proangiogénicos, mientras que el tejido adiposo aporta células madre y citoquinas antiinflamatorias que junto con los anteriores favorecen la cicatrización, además de prestar volumen y soporte al injerto. Al reepitelizar desde la piel adya-

Tabla 1 Descripción de las características de los cinco pacientes intervenidos

Características	n (%)
Varones	5 (100)
Edad (mediana, rango)	71 (56-75)
AP CCNM	2 (40) → CBC
FR perioperatorio	
Antiagregantes	3 (60)
Anticoagulantes	1 (20)
DM	3 (60)
Inmunodepresión	0 (0)
Tratamientos previos	
Ninguno	1 (20)
Cirugía convencional	2 (40) → recidivas
Vismodegib	1 (20)
Imiquimod	1 (20)

n: tamaño muestral; AP CCNM: antecedentes personales de cáncer cutáneo no melanoma; CBC: carcinoma basocelular; FR: factores de riesgo; DM: diabetes mellitus.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.041>

0001-7310/Publicado por Elsevier España, S.L.U. a nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: M.D. Pegalajar-García, A. Ayén-Rodríguez, F.M. Almazán-Fernández et al., Injerto dermograso en reconstrucción de defectos quirúrgicos en ala nasal, serie de 5 casos, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.041>



**Figura 1** A) Fotografía de los defectos quirúrgicos en el ala nasal de los cinco pacientes y B) al mes de la reconstrucción con IDG.

cente al injerto se asegura un tono y textura óptimos con menor tiempo de cicatrización que la segunda intención. Las cualidades de soporte y volumen del IDG podrían ser interesantes no solo en reconstrucción de defectos del área nasal, sino en otras unidades anatómicas, tanto para reconstrucciones primarias de defectos profundos como para la corrección de defectos de volumen de cirugías previas,

siendo una técnica sencilla con tejido donante de fácil disponibilidad<sup>1-3</sup>. Su capacidad angiogénica lo hace potencialmente viable en presencia de tejido cicatricial, siendo especialmente útil en cirugías de la recidiva o en zonas tratadas con radioterapia<sup>2,5</sup>. También en aquellas sin control de márgenes, al no alterar la morfología nasal en caso de existir márgenes afectados. Aunque no presenta contraindicaciones absolutas específicas, el IDG no sería recomendable en presencia de infección o inflamación severa del lecho quirúrgico que dificultase su viabilidad. Como complicaciones, en su uso en cirugía maxilofacial las más reportadas son la reabsorción impredecible del injerto (15-45% de los casos) y el desarrollo de quistes epidérmicos de inclusión, que puede evitarse empleando como zonas donantes áreas sin vello o con vello fino<sup>2</sup>. También se ha descrito la aparición de seroma, hematoma o infección en la zona donante o receptora<sup>3</sup>. De nuestros cinco pacientes solo uno desarrolló un seroma de pequeño tamaño en la zona donante que resolvió espontáneamente, sin reportarse otros eventos adversos. También se ha descrito la retracción del ala, que puede mitigarse retirando precozmente la costra que aparece sobre el injerto<sup>1</sup>. Nosotros proponemos el uso del taponamiento nasal, aunque serían precisos estudios con mayor número de pacientes para corroborar su eficacia.

En conclusión, el IDG puede considerarse una alternativa eficaz para la reconstrucción del ala nasal, con resultados estéticos y funcionales satisfactorios. Dada su baja dificultad técnica, su elevada viabilidad y disponibilidad de tejido donante, puede ser especialmente útil en cirugías de la recidiva, en áreas previamente tratadas con radioterapia o en cirugías sin control de márgenes.

## Bibliografía

1. Saceda-Corralo D, Beá-Ardébol S, Jaén-Olasolo P, Ríos-Buceta L. The dermo-fat graft as a novel option to repair surgical defects of the nasal ala. *Int J Dermatol.* 2020;59:e71-3.
2. Issa SA-A, Jameel ME. Free dermal fat graft for reconstruction of soft tissue defects in the maxillofacial region. *Craniofacial Trauma Reconstr.* 2020;13:260-6.
3. Kim JH, Ko HS, Park SW. Using dermo-fat grafting in revision rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2021;45:617-25.
4. Nicholas MN, Liu A, Jia J, Chan AR, Eisen DB. Postoperative outcomes of local skin flaps used in oncologic reconstructive surgery of the nasal Ala: A systematic review: A systematic review. *Dermatol Surg.* 2021;47:1205-13.
5. Neuhaus IM, Yu SS. Second-intention healing of nasal Alar defects. *Dermatol Surg.* 2012;38:697-702.

M.D. Pegalajar-García\*, A. Ayén-Rodríguez,  
F.M. Almazán-Fernández y R. Ruiz-Villaverde

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [md.pegalajar.g@gmail.com](mailto:md.pegalajar.g@gmail.com)  
(M.D. Pegalajar-García).