



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

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



## VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

### Colgajo combinado invertido de dorso nasal y de avance-rotación para reparación de defecto de espesor total en punta y pared lateral nasal



### Turnover Flap of the Nasal Dorsum Combined With a Rotation Advancement Flap to Reconstruct a Full-Thickness Defect of the Nasal Tip and Wall

M. Azcona Rodríguez\*, L. Loidi Pascual, J. Aróstegui Aguilar y M.E. Iglesias Zamora

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

#### Introducción

Los carcinomas en la pirámide nasal son muy frecuentes, y la reconstrucción de esta área supone un reto quirúrgico, no solo por el gran impacto estético de esta subunidad facial sino porque, además, es importante mantener la funcionalidad. Se han descrito varios procedimientos para la reconstrucción de los defectos quirúrgicos en esta localización<sup>1</sup>, en los que es necesario tener en cuenta 3 pilares básicos para obtener un buen resultado estético<sup>2</sup>. Primero, es importante determinar las características del defecto cutáneo, su localización, la extensión y la profundidad. Segundo, hay que procurar reconstruir el defecto creado con una piel lo más parecida posible a la extirpada. Y, finalmente, hay que tener en cuenta que se deben respetar las subunidades estéticas de la nariz: el dorso nasal, las paredes nasales, las alas nasales, los triángulos blandos, la punta nasal y la columela<sup>3</sup>.

Describimos el tratamiento quirúrgico y la reconstrucción realizada en un varón de 84 años que había sido intervenido de un carcinoma basocelular ulcerado sólido e infiltrante en la pared nasal derecha. El defecto quirúrgico fue

inicialmente reconstruido mediante una plastia en espiral, pero tras el análisis anatomopatológico en el que presentaba la afectación de los márgenes lateral y profundo de resección, se planteó una segunda resección de la zona de espesor completo para asegurar un resultado oncológico óptimo.

#### Descripción de la técnica

Bajo anestesia local se realizó la exéresis de la cicatriz reseccando el espesor total, que incluyó tanto el cartilago como la mucosa, creando un defecto circular de unos 14mm de diámetro situado en la intersección de la punta con el ala y la pared nasal derecha, a unos 5mm del borde libre. En el estudio histológico todos los bordes quirúrgicos estaban libres de tumor. Se diseñó una plastia de avance-rotación de pedículo superior tipo colgajo crecéntico nasoyugal<sup>2</sup>, una modificación del colgajo en «J» horizontal<sup>3</sup>. Se dibujó una línea desde la parte inferior del defecto, continuando en forma arqueada por encima del ala nasal hasta alcanzar el surco alar y llegar a la unión del ala nasal con el labio superior. En el surco alar se diseñó una semiluna de descarga para facilitar el avance de la mejilla. Para que la plastia pueda avanzar mejor y evitar una oreja de perro fue necesario extirpar un triángulo de descarga en la zona superior-lateral del defecto, de base en el defecto y de punta orientada a la pared nasal.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maialen.azcona@gmail.com](mailto:maialen.azcona@gmail.com)  
(M. Azcona Rodríguez).

En nuestro caso este triángulo se aprovechó como un colgajo invertido<sup>4</sup>, que se utilizó para reconstruir la cara mucosa del defecto creado previamente. Se labró un pedículo de base proximal al defecto quirúrgico sobre el que se hizo girar 180° al colgajo a modo de bisagra. Tras suturarlo con sutura reabsorbible 3/0 al cartílago nasal, se procedió al despegamiento del colgajo crescéntico nasoyugal, que ha de ser generoso, alcanzando el límite entre nariz y mejilla. Se realizó una disección submuscular, justo por encima de la fascia que envuelve al pericondrio.

En nuestro paciente se comprobó que la plastia se desplazaba con facilidad cubriendo el defecto en su totalidad sin ser necesario realizar la semiluna de descarga en el surco alar previamente diseñada. Se suturó la plastia con puntos sueltos con seda de 3/0.

### Indicaciones/contraindicaciones de la técnica

Las indicaciones de esta combinación de colgajos serían las mismas que las del colgajo crescéntico nasoyugal (defectos en punta nasal de no más de 20 mm situados en zona medial o paramedial<sup>2</sup>) en situaciones en las que el defecto creado es de espesor total. El defecto debe situarse a una distancia razonablemente segura del borde libre del ala nasal.

### Complicaciones

El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, realizando curas diarias y retirando la sutura a los 7 días. El colgajo invertido tuvo muy buena evolución. En la zona de la punta del colgajo crescéntico se produjo una pequeña necrosis superficial que se resolvió satisfactoriamente con curas locales en pocos días.

### Conclusiones

Describimos un caso en el que se usó una combinación de 2 colgajos que puede ser útil para la resolución de defectos de espesor total situados en la punta nasal.

La extirpación del espesor total asegura un buen resultado oncológico, que es el primer objetivo de la cirugía oncológica.

El colgajo crescéntico nasoyugal ofrece una solución para la reconstrucción de defectos en la punta nasal con un resultado estético muy bueno ya que la reconstrucción se realiza con una piel de características muy similares a la reseca, y las incisiones se esconden en los pliegues naturales de la nariz. Además, es un colgajo seguro ya que tiene un pedículo muy ancho que asegura su viabilidad.

Conviene destacar de esta combinación de colgajos el aprovechamiento que se hace del triángulo de Burow en la parte superior del defecto como zona dadora para la reconstrucción de la cara mucosa del defecto creado.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2019.10.006](https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.10.006).

### Bibliografía

1. Pérez Paredes MG, González Sixto B, Valladares Narvanes LM, Rodríguez Prieto MA. Techniques in nasal tip reconstructive surgery after surgical oncology. *Piel*. 2013;28:428–35.
2. Smadja J. Crescentic Nasojugal Flap for Nasal Tip Reconstruction. *Dermatol Surg*. 2007;33:76–81.
3. Snow SN, Mohs FE, Olansky DC. Nasal Tip Reconstruction: The Horizontal "J" Rotation Flap Using Skin from the Lower Lateral Bridge and Cheek. *J Dermatol Surg Oncol*. 1990;16:727–32.
4. Godoy-Gijón E1, Palacio-Aller L2, González-Sabin M2. Reconstruction of the ala nasi using a malar turnover island pedicle flap. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:233–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.001>.