CASO CLÍNICO

Reconstrucción nasal con el colgajo pediculado frontal Luego de cirugía por cáncer de piel

Nasal reconstruction with the pediculated frontal flap after the skin cancer surgery

Esp. II. Caum. Francisco Fernández-Vega Barreto, [I] **Esp. II. Cir. Máx. Fac. Manuel Estrada Sarmiento,** [I] **Lic. Isel Virreyes Espinosa.** [II]

[I] Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

[II] Clínica de Especialidades Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón de 53 años de edad con carcinoma baso celular infiltrante y recidivante, localizado en el dorso nasal y región lateral izquierda que recibió tratamiento quirúrgico. Para la reconstrucción del defecto dejado por la resección completa del tumor se utilizó colgajo frontal, el cual es un colgajo seguro, eficiente, que puede ser confiado a proporcionar excelentes resultados estéticos y funcionales. Se describe cada etapa quirúrgica, con un resultado final satisfactorio.

Descriptores DeCS: COLGAJO PERFORANTE /transplante; CIRUGÍA PLÁSTICA; NEOPLASIAS NASALES.

ABSTRACT

It is presented a 53 year- old -male -patient with a infiltrating and relapsing basal cell carcinoma, located in the nasal dorsum and the lateral left region; who received surgical treatment. For the reconstruction of the defect caused by the complete resection of the tumor, it was used the frontal flap, which is a safe and efficient flap

that may be useful to provide excellent aesthetic and functional results. Each surgical stage is described with a satisfactory result.
Subject heading: PERFORATOR FLAP /transplantation; PLASTIC SURGERY; NOSE NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

La posición que ocupa la nariz en el macizo facial, la hace vulnerable a los más diversos Agentes morbosos. [1]

Esta característica aumenta su susceptibilidad a la aparición de lesiones cancerosas de la piel que la recubre, por estar más expuesta a las radiaciones Solares. Es la región de más alta incidencia de cáncer de la piel de la cara. [2]

Por estas mismas características las lesiones pueden ser generalmente diagnosticadas y tratadas con relativa prontitud lo que favorece la efectividad del tratamiento y nos obliga a una reconstrucción lo más estética posible. [1,2]

Los defectos quirúrgicos provocados por la extirpación de los tumores nasales son un verdadero desafió para su reconstrucción. [3]

La rigidez y falta de elasticidad de la piel de de la nariz hacen de la escisión y sutura.

Directa un método de posibilidades muy limitados, un defecto de anchura superior a 0.5cm raras veces puede tratarse de esa manera. La reconstrucción de los tejidos blandos de la nariz, luego de la exeresis de tumores. Puede ser a menudo difícil, proporcionando un reto para el cirujano.

Cuando el defecto es considerable y los tejidos locales inmediatos son insuficientes el cirujano esta obligado a buscar tejido adicional para una reconstrucción exitosa. [4-7]

Para la reconstrucción de los defectos quirúrgicos provocados por la extirpación de los Tumores nasales que se presentan en las diferentes zonas de la nariz, múltiples

técnicas quirúrgicas y gran variedad de colgajos han sido descritos, los que varían de acuerdo a su localización y dimensión, los cuales tienen como objetivos rehabilitar estética y psíquicamente al paciente, y procurara un cierre primario. [8,9]

Relación de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los defectos de la piel nasal consecutiva a la extirpación de los tumores nasales...

Se han planteado diversas técnicas quirúrgicas entre las cuales podemos citar las siguientes:

Colgajo Graberar:
Es una combinación de colgajos de rotación y transposición. Es útil en la parte superior del dorso nasal. [10]

Colgajo Axial Frontonasal:
Es un colgajo axial, basado en vasos que emergen cerca del canto interno. [11]

Colgajo de Riegel:
Se moviliza toda la piel de la nariz sobre un pedículo lateral que se rota hacia abajo, y se cierra el defecto de arriba en forma de V-Y. [12]

Colgajo de Pedículo Subcutáneo:
Es una modificación de los colgajos arteriales, en los cuales el pedículo subcutáneo debe ser suficiente para mantener la circulación. [13]

Colgajos Frontales:
Motivo de nuestra investigación, tienen su base en la rama anterior de la arteria temporal superficial o los vasos supraorbitarios internos. [14]

El colgajo frontal a pesar de ser el más antiguo es considerado como el método de elección para reconstrucciones nasales extensas, La piel frontal es casi ideal en textura, color y grosor para la reconstrucción nasal y el defecto secundario de la frente es muy discreto en muchos casos.

El colgajo frontal medio es considerado como un colgajo axial que deriva su irrigación de las arterias supratrocleares, también recibe irrigación secundaria de la angular, rama de la facial. [15-17]

El propósito de nuestro estudio estuvo encaminado a valorara la eficacia de la técnica del colgajo frontal en pacientes con tumores nasales.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, 53 años de edad, blanco, hipertenso de procedencia rural, con antecedente de una intervención quirúrgica anterior de una lesión infiltrante, en el dorso nasal, que fue diagnosticada histopatológica mente como carcinoma baso celular, que refiere que a los 2 años de la intervención presentó reaparición de la afección, la cual ha progresado paulatinamente de tamaño, produciéndole alteración del contorno facial, acompañándose de escozor, sangramiento al menor trauma. Acude al facultativo quien lo valora y remite a nuestro servicio para su valoración.

Examen Físico

Nariz: en el dorso nasal y región lateral derecha, se observa lesión infiltrante de 2 cm de diámetro, de forma irregular, bordes elevados, superficie perlada con zonas de ulceración dolorosa a la palpación digital, fijo al tejido subyacente por una base Cecil. (fig. 1 A y B).

Fig.1.a. Lesión infiltrante de 2 cm. De diámetro, de forma irregular en el dorso nasal. A: Vista de frente. B; Vista lateral.

Fig.1. b. Lesión infiltrante de 2 cm. De diámetro, de forma irregular en el dorso nasal. A: Vista de frente. B; Vista lateral.

Se planteó como diagnóstico: carcinoma baso celular perlado recidivante e infiltrante de la piel nasal.

No encontrándose alteraciones en los exámenes de laboratorios, se decide realizar la exéresis de la lesión y la reconstrucción mediante el colgajo frontal.

Primer tiempo

El 22/6/06 bajo anestesia genera endotraqueal se realizó la exéresis de la lesión con margen oncológico, se definió el defecto que se va a reconstruir y se confeccionó un patrón del mismo, el cual se transfirió a la línea media de la frente, encima del pedículo vascular. Se diseño un colgajo frontal lateral con base entre las dos cejas y que incluya el pedículo neurovascular de un lado. La parte distal del colgajo se eleva en el plano subdérmico para facilitar el ajuste al defecto. Se continúa la disección por debajo del músculo frontal y dentro del plano subgaleal, garantizando la integridad del pedículo supratroclear.

El colgajo, se rota 180 ^{0} para implantarse en el defecto nasal, realizándose la sutura con seda 3-0.

El pedículo nutricio frontal se cierra moderadamente para evitar su estrangulamiento. Se extrae injerto libre de piel abdominal y se coloca en el lecho frontal. (fig. 2,3, 4)

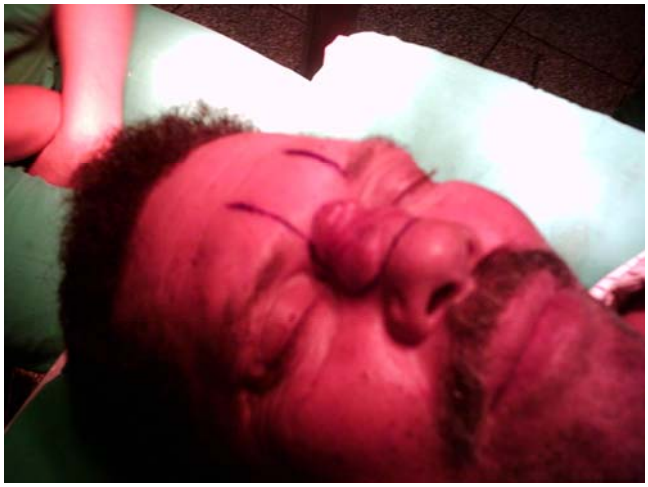

Fig.2. Diseño del colgajo frontal

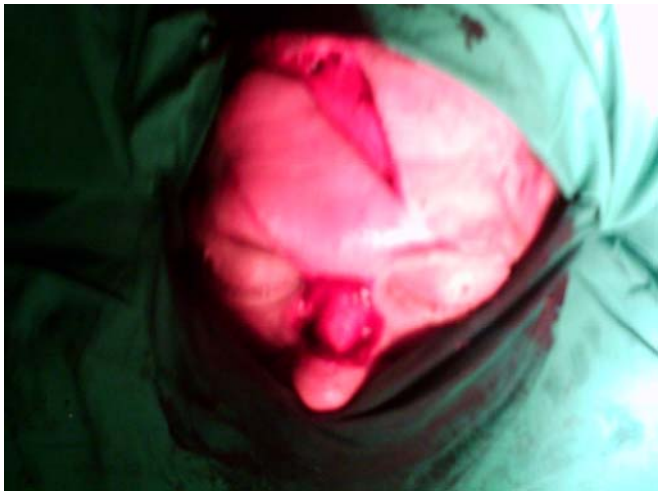

Fig.3. Levantamiento del colgajo

Fig.4 Disección por debajo del músculo frontal

Segundo Tiempo

A los 21 días del primer tiempo quirúrgico, se corta el puente dermo–epidérmico-arterial de la región frontal dejando el injerto de piel en posición y solo la parte más proximal del pedículo se reinserta en la frente para no disminuir la distancia entre las cejas.

En estos momentos la paciente tiene un año de la última intervención, presentando un resultado estético muy satisfactorio, no quedando apenas huellas de la intervención en la zona donante de la frente. (fig.5 y 5.1)

Fig. 5 Postoperatorio al año

Fig. 5.1 Postoperatorio al año

DISCUSIÓN

La piel de la nariz es una de las regiones más afectadas por tumores malignos dentro de la región Máxilo facial.

Se acepta la edad mayor de 50 años como factor de riesgo en los pacientes con tumores malignos de la piel. [1,5]

Otras investigaciones sobre tumores de la piel destacan la raza blanca como la más afectada, lo que es debido a que estas personas desarrollan una degeneración solar e hiperqueratosis que posteriormente se convierten en carcinomas. [1,2, 5]

Como se ha demostrado en la literatura médica revisada el tumor maligno primitivo de la piel mas importante por su frecuencia, evolución, y pronóstico es el carcinoma baso celular. [1, 2, 5]

Varios Autores plantean que para rehabilitar estética y psíquicamente al paciente se debe tener en cuenta el diámetro a reparar. [1, 5, 16]

Los defectos nasales comúnmente vistos por el cirujano Máxilo facial, resultan de refección de tumores.

La reconstrucción nasal es uno de los primeros empeños de la cirugía Plástica. Para la planificación de la reconstrucción de un defecto nasal, hay que tener en cuenta dos parámetros, Cada herida es diferente y cada nariz es diferente.

Las técnicas quirúrgicas continúan su desarrollo y son modificadas.

El colgajo frontal es uno de los procederes quirúrgicos reconstructivos más antiguos. Es considerado como el método de elección para muchos casos en los cuales existen significantes perdidas de tejidos en la región dorsal de la nariz. Se conocen múltiples variantes de colgajos frontales para la reconstrucción nasal: colgajos medios, horizontales, colgajos laterales, colgajos medios extendidos en la línea del pelo. [11]

El riesgo sanguíneo del colgajo es suministrado por la arteria supratroclear, supraorbitaria y frontal, rama de la temporal superficial, las cuales forman una red anastomótica entre el músculo frontal y la piel. Es considerado un colgajo axial un colgajo eficiente, seguro que puede ser optimista para proporcional una función superior y cosmética en la reconstrucción de grandes defectos nasales. [12]

Las dimensiones del colgajo deben ser iguales o superiores al defecto, lo que luego permite realizar las correcciones quirúrgicas necesarias que aseguren el éxito del tratamiento.

La utilización de la piel frontal como injerto en los defectos parciales de la nariz es muy satisfactoria, ya que por la cercanía de la zona donante al lecho receptor obtenemos una piel casi ideal en textura, color y grosor para la reconstrucción nasal, y el defecto secundario de la frente es muy discreto en muchos casos.

Debemos aclarar que el tercer tiempo no se realizo para mejorar la estética del paciente, pues el cirujano no se encontraba en el país, y el paciente se negó a realzarse la intervención para concluir diremos que en nuestra experiencia obtenida con el colgajo frontal es adecuado para la reconstrucción de los defectos parciales o totales del dorso nasal. [15]

Estamos satisfechos con los resultados de esta técnica reconstructiva que es eficaz en los pacientes con tumores localizados en el dorso nasal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Estrada Sarmiento Manuel, Fernández-Vega Barreto Francisco, Virelles Espinosa Isel. Reconstrucción de los tumores nasales con el colgajo de pediculo subcutáneo: Nuestra experiencia. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2014 Nov 07]; 41(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000400001&lng=es.

2- Pitanguy I. Considerations on nasalnasal skin tumors. Rev Bras Cir 2009; 77(66): 393-406.

3- Morretti EA. Colgajo Miocútaneo nasales para la reconstrucción de Defectos del ala nasal. Rev Arg Cir Plast 2008; (3): 102-6.

4- Coiok J. Primary closure for midline defects of nose: A simple approach for reconstruction. Ann Plast Surg 2010; 44(6): 687-9.

5- Menick FJ. Triple flap technique for reconstruction of large nasal defect. Arch acial Plast Surg 2010; (3): 33-7.

6- Boyd CM. The forehead flap for nasal construction. Arch Dermatol 2002; 136(11): 1365-76.

7- Rigosaut F. An experience with the frontal flap. Rev Stomatol Cher Maxillo Facial 2003; 98(6): 363-70.

8- Marchac O. The axial frontonasal flap revisited. Plast Reconstr Surg 1985; 76(5): 7- 9.

9- Brodland D. Paramedian forehead flap reconstruction for nasal defects. Dermatol Surg 2005; 31 (8): 1046-52.

10- Furuta S, Hayashi M, Shinohara H. Nasal reconstruction with an expanded dual forehead flap. Br J Plast Surg 2000 Apr; 53(3): 261- 4.

11- Redondo P. Repair of large defects in the forehead using a median forehead rotation flap and advancement lateral U-shaped flap. Dermatol Surg. 2006 Jun; 32(6): 843-6.

12- Behroozan DS, Goldberg LH. Combined linear closure and Burow's graft for a dorsal nasal defect. Dermatol Surg 2009 Jan; 32(1): 107-11.

13- Mentzer RM. Nasal reconstruction. J KY Med Assoc 2003; 101: 280-7.

14- Rieger RA. A local flap for repair of the nasal tip. Br J Plast Surg 2007; 40: 147.

15- Shipkov HD. Nasal Recontruction with vascularized forehead flap. Folia Med (Plovdiv) 2009; 46(1): 22-5.

16- Ramsey J. Interpolation flap. Dermatol Clin 2011; 23: 87-112.

17- Estrada Sarmiento M, Domínguez Moralobo R, Virelles Espinosa I. Cánceres cutáneo del paciente Geriático. Rev Cubana Oncol [Internet] 2001 [citado 16 de enero del 2014]; 17(3): 171-5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_3_01/onc05301.htm

Recibido: 3 de septiembre del 2014.
Aprobado: 25 de septiembre del 2014.

Manuel Estrada Sarmiento. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.E-mail: mesarmiento.grm@infomed.sld.cu