Colgajo de transposición para defecto en la escotadura intertrágica

Transposition flap for defect in intertragic notch

Isabel Talledo-Mera*, Víctor M. Gutiérrez-San Lucas, Ingrid de los Ángeles Masson-Pinto y Johana M. Romo-Erazo

Servicio de Dermatología, Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo" Guayaquil, Ecuador

Resumen

El colgajo de transposición se utiliza para reconstruir defectos cutáneos grandes de la cabeza y el cuello, puede combinar un movimiento de pivote y lineal, y consiste en transferir tejido cercano, pero no directamente contiguo a través de un área intermedia de piel normal para cubrir el defecto primario. Los colgajos de transposición habituales se conforman con un lóbulo único, que toma tejido de un reservorio adyacente. Existen varios subtipos del colgajo de transposición: romboidal, de Webster o Banner, bilobulados, trilobulados y tetralobulados, que permiten acceder a depósitos de tejido cada vez más alejados del defecto primario. Se presenta el caso de un paciente con carcinoma basocelular localizado en la escotadura intertrágica que se reconstruyó con un colgajo de transposición romboidal modificado con excelentes resultados.

Palabras clave: Colgajo de transposición. Carcinoma basocelular. Escotadura intertrágica. Oreja.

Abstract

The transposition flap is used to reconstruct large cutaneous defects of the head and neck, it can combine a pivoting and linear movement and consists of transferring tissue close but not directly contiguous through an intermediate area of normal skin to cover the primary defect. Classic transposition flaps consist of a single lobe, which takes tissue from an adjacent reservoir. There are several subtypes of the transposition flap; rhomboid, Webster, Banner, bilobed, trilobed and tetralobulated, which allow access to tissue deposits increasingly distant from the primary defect. We present the case of a patient with basal cell carcinoma located in the intertragic notch, which was reconstructed with a modified rhomboid transposition flap with excellent results.

Key words: Transposition flaps. Basal cell carcinoma. Intertragic notch. Ear.

Introducción

Los colgajos están diseñados para facilitar el cierre de un defecto quirúrgico; un colgajo seleccionado y diseñado de forma correcta hace posible una ejecución sencilla con un resultado estético adecuado. El colgajo

de transposición combina un movimiento de pivote y uno lineal¹; pero, a diferencia del colgajo de rotación, al hacerlo transfiere tejido proximal, pero no directamente contiguo o adyacente, a través de un área intermedia de piel sana para cubrir el defecto primario; es

Correspondencia:

*Isabel Talledo-Mera

E-mail: talledoisabel89@gmail.com

Fecha de recepción: 15-07-2020

Fecha de aceptación: 19-10-2020

DOI: 10.24875/MCUT.20000100

Disponible en internet: 01-09-2021

Med Cutan Iber Lat Am. 2021;49(3):173-176

www.MedicinaCutanealLA.com

0210-5187/© 2020 Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología A.C. (CILAD). Publicado por Permaner. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Figura 1. **A:** carcinoma basocelular localizado en la escotadura intertrágica (defecto primario). **B:** exéresis de la lesión (área intermedia de piel) 1: defecto primario; 2: área intermedia de piel; 3: colgajo. **C:** incisión del diseño del colgajo romboidal modificado 1: defecto primario; 2: área intermedia de piel; 3: colgajo.

un procedimiento de una sola etapa cuando se trata de una transposición local².

Los colgajos de transposición se diseñan para reconstruir defectos de la cabeza y el cuello; en la actualidad se han publicado numerosas modificaciones que han ampliado aún más su utilidad a lo largo del tiempo y permitiendo su uso en muchas áreas anatómicas. El colgajo de transposición romboidal modificado se basa en un defecto primario circular, el cual tiene un diseño versátil que proporciona buenos resultados estéticos con una baja incidencia de complicaciones posoperatorias.

Caso clínico

Paciente masculino de 64 años de edad, de profesión agricultor, que acude al servicio de dermatología por una lesión cutánea de dos años de evolución; la exploración física identificó una tumoración exofítica de 3 x 2 cm de diámetro localizada en la escotadura intertrágica izquierda (Fig. 1A), con sospecha clínica de carcinoma basocelular; se realizó biopsia en sacabocados para estudio histopatológico que confirmó el diagnóstico.

Se extirpó el tumor con inclusión de 3 mm de piel sana adyacente y se solicitó estudio histopatológico tridimensional por congelación; en éste se observaron márgenes laterales y profundos libres de neoplasia. A continuación se llevó a cabo la reconstrucción.

Tras obtener un defecto primario circular, se traza una línea desde el vértice del colgajo hasta el defecto primario en un ángulo de 60° de tal manera que se formen dos lados de un triángulo equilátero (Fig. 1B-C). Con posterioridad se diseña el colgajo en el defecto secundario creado para efectuar después el cierre primario. El colgajo se transpone para cubrir el defecto primario y se sutura. Se obtiene en el posoperatorio tardío un buen resultado estético (Fig. 2).

Discusión

En 1973, McGregor y Morgan clasificaron los colgajos como aleatorios o axiales³; los primeros no disponen de una perfusión vascular específica y los segundos poseen su perfusión arterial y venosa en el eje longitudinal. Más adelante, Daniel y Williams, Kurnet⁴, y Cormack, et al.⁵ contribuyeron a clasificar de manera adicional los colgajos.

Los colgajos de transposición local implican el desplazamiento de la piel de una zona a otra adyacente y deficitaria. Estos colgajos representan la transferencia en un arco de rotación sobre un punto de pivote situado en un eje lineal¹.

El colgajo de transposición es un colgajo de dimensión igual o discretamente inferior al defecto, que gira sobre el centro de la base de su pedículo para el cierre total del defecto quirúrgico; es decir, combina los movimientos de pivote y lineal. Sin embargo, a diferencia del colgajo de rotación, al crearlo transfiere tejido

Figura 2. D: se diseca el colgajo. E: se transpone el colgajo hacia el defecto primario; el colgajo tiene un ángulo de diseño de 45°; la primera sutura clave cierra el sitio donante y la segunda fija el colgajo en el defecto primario. F: posoperatorio tardío.

cercano pero no directamente contiguo o adyacente, a través de un área intermedia de piel sana para cubrir el defecto primario. Los colgajos de transposición son un tipo versátil en el que el diseño crea un defecto secundario. El colgajo se eleva desde un sitio donador y se gira sobre un puente de piel incompleto para colocarse sobre el defecto y en el sitio donante se efectúa un cierre directo⁶.

La mayor ventaja de los colgajos de transposición es que puede utilizarse tejido que procede de un punto distal al defecto, por ejemplo punta y ala de la nariz, párpado inferior y labio. Existen tres colgajos de transposición comunes, incluidos los colgajos romboidales (de un solo lóbulo), bilobulados y trilobulados. Al agregar lóbulos a los colgajos de transposición, el cirujano puede tomar tejido de reservorios que están cada vez más alejados del defecto primario y desplazar la tensión hacia vectores más favorables⁷.

Los romboidales son colgajos de transposición de un solo lóbulo que se toman de un reservorio de tejido que está inmediatamente proximal al defecto primario; estos colgajos pueden tomarse de cualquier punto alrededor de un defecto circular, según sea la ubicación de los depósitos de tejido adyacentes donde la tensión de cierre no causa distorsión anatómica; tienen gran versatilidad gracias a que utilizan la concepción geométrica para el cálculo del avance, desplazamiento y cierre⁸. El colgajo de transposición romboidal posee forma de rombo que se transpone sobre defectos de aspecto

similar y deja un lugar donante angulado que luego es objeto de un cierre directo; cuando el defecto primario es circular se denomina colgajo de transposición romboidal modificado⁹.

Se puede diseñar un colgajo romboidal alrededor de un defecto circular en una orientación favorable, sin perder de vista la flexibilidad óptima del tejido circundante y las estructuras anatómicas adyacentes. Las líneas de cierre se determinan de acuerdo con las líneas de tensión de la piel en reposo. Al diseñar el colgajo para el defecto circular, la longitud de la línea extendida fuera del defecto debe elongarse más que el diámetro del defecto circular. Esto explica el hecho de que el diámetro del defecto circular es más corto que el eje corto de un rombo dibujado alrededor del defecto. Se traza una segunda línea de la misma longitud y se mantiene el ángulo de la punta en 60° para completar el colgajo^{10,11}.

Conclusiones

Los colgajos de transposición se usan con frecuencia en defectos grandes en la cabeza y el cuello debido a su capacidad para reorientar la tensión y tomar un reservorio de tejido cercano al defecto. Es más común utilizarlos en la nariz, pero también se pueden adaptar fácilmente a otras áreas, como los párpados, los labios y la oreja. Este caso, aunque muestra una técnica ya conocida, es relevante por la localización anatómica

del defecto (escotadura intertrágica), reconstruido con un colgajo de transposición romboidal modificado con un adecuado resultado estético.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

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 o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Vidimos AT, Ammirati CT. Dermatologic surgery. Elsevier. 2009;53:1689-1699.
2. Brown DL, Borschel GH, Levi B. Manual Michigan de cirugía plástica. 2015;1-7. Available from: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_MICHIGAN_DE_CIRUGIA_PLASTICA/9788416004140
3. McGregor IA, Morgan G. Axial and random pattern flaps. Br J Plast Surg. 1973;26(3):202-13.
4. Kunert P. Structure and construction: the system of the skin flaps. Br J Plast Surg. 1991;27:509-18.
5. Cormack GC, Lamberty BGH. A classification of fascio-cutaneous flaps according to their patterns of vascularisation. Br J Plast Surg. 1984;37(1):80-7.
6. Kantor J. Dermatologic surgery. McGraw-Hill Education, editor. McGraw-Hill Education, 2018.
7. Miller CJ. Design principles for transposition flaps: the rhombic (single-lobed), bilobed, and trilobed flaps. Dermatologic Surg. 2014;40(suppl. 9):43-52.
8. Dzubow LM. The dynamics of flap movement: effect of pivotal restraint on flap rotation and transposition. J Dermatol Surg Oncol. 1987;13(12):1348-56.
9. Holt PJA, Motley RJ. A modified rhombic transposition flap and its application in dermatology. Elsevier. 1991;(Figure 4).
10. Rohrer TE, Bhatia A. Transposition flaps in cutaneous surgery. Dermatologic Surg. 2005;31(8 Part 2):1014-23.
11. Scott JF, Bordeaux JS. A conceptual approach to designing transposition flaps. Dermatol Surg. 2020;46(1):9-19.