Colgajo de transposición para reconstrucción de defecto en mejilla. Informe de dos casos

Transposition flap for defective reconstruction in cheek. Two cases report

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

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

Resumen

El colgajo de transposición debe su nombre al tipo de movimiento que efectúa a través de la piel sana para cubrir el defecto quirúrgico; es uno de los más usados en cirugía dermatológica. El desplazamiento puede ser pequeño cuando el defecto es adyacente o máximo si se desplaza 90°. Se presentan dos casos en los cuales se empleó un colgajo lobulado dermograso de transposición para la reconstrucción de un defecto en la mejilla.

Palabras clave: Colgajo de transposición lobulado dermograso. Carcinoma cutáneo. Defecto quirúrgico.

Abstract

The transposition flap owes its name to the type of movement it makes through healthy skin to cover the surgical defect, it is one of the most used in dermatological surgery, the displacement may be small when the defect is adjacent, or maximum when it is displaced 90°. On this occasion, we present 2 cases in which a translocation dermo-fat lobed flap was used to reconstruct the cheek defect.

Key words: Dermo-fat lobed transposition flap. Cutaneous carcinoma. Surgical defect.

Introducción

El tratamiento de elección en los carcinomas cutáneos es la resección quirúrgica, debido a que permite el control histológico de los márgenes del tumor. Es común utilizar colgajos cutáneos para cubrir el defecto que causa una resección tumoral¹.

Se conoce como colgajo cutáneo a la porción de piel que cubre un defecto proximal (colgajo local) o distal

(colgajo libre o a distancia) y que mantiene el pedículo vascular de su lecho primitivo hasta que reciba progresivamente una nueva vascularización desde su lecho receptor. Al realizar un colgajo, los vasos cutáneos se seccionan de manera parcial y el flujo sanguíneo del tejido desplazado depende de las colaterales persistentes y los vasos indemnes del pedículo. Los colgajos más usados en cirugía dermatológica son los de transposición, que giran sobre el centro de la base de su

Correspondencia:

*Johana M. Romo-Erazo

E-mail: joyromoeرازo@hotmail.com

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

Fecha de recepción: 19-07-2020

Fecha de aceptación: 24-08-2020

DOI: 10.24875/MCUT.20000104

Disponible en internet: 01-09-2021

Med Cutan Iber Lat Am. 2021;49(3):177-180

www.MedicinaCutaneaLA.com

Figura 1. a: carcinoma basocelular nodular de 4.5 x 3.5 cm de diámetro. A: diseño de colgajo de transposición lobulado dermograso. 1: defecto primario. 2: defecto secundario. 3: colgajo. B: la zona donante cubre el defecto primario mediante un movimiento de rotación y avance.

pedículo y se superponen a un segmento de piel sana, a la que se sutura el borde de incisión más distal al defecto².

Se describen los casos de dos pacientes con carcinoma basocelular nodular localizado en mejilla, en quienes se efectuó extirpación y cobertura del defecto con colgajo lobulado dermograso de transposición.

Casos clínicos

Caso clínico 1

Paciente masculino de 83 años, agricultor, que acude por una lesión tumoral en la mejilla izquierda de varios años de evolución y de crecimiento progresivo. La exploración física identificó una lesión tumoral de 4.5 x 3.5 cm de diámetro, con bordes regulares, color violáceo, y tres zonas ulceradas en su superficie con costra adherida, telangiectasias evidentes y sangrado leve; la lesión se ubicaba en la región inferior de la mejilla izquierda y la biopsia confirmó un carcinoma basocelular nodular. Con anestesia local se practicó la resección de la tumoración; se tomaron 5 mm de tejido

perilesional sano y la muestra se envió a estudio de histopatología, que confirmó márgenes libres. Debido al tamaño de la lesión y al defecto resultante de 5 x 4 cm, se optó por crear un colgajo lobulado dermograso de transposición; se disecó la piel adyacente del borde lateral derecho del defecto primario para tomar el colgajo dermograso con las siguientes longitudes: ancho, 2 cm; largo, 6 cm, de tal modo que el tamaño y volumen fueran suficientes para cubrir el defecto; el colgajo conservó su pedículo vascular aleatorio y mediante un movimiento de rotación de 30° y transposición se logró cubrir el defecto quirúrgico primario y después el defecto quirúrgico secundario se suturó directamente. El paciente no mostró complicaciones en el posoperatorio. La sutura se retiró de manera progresiva a partir del séptimo día de la intervención (Fig. 1).

Caso clínico 2

Paciente masculino de 75 años de edad, pescador, que busca atención por una lesión tumoral en la mejilla izquierda de seis años de evolución, sin tratamiento

Figura 2. a: carcinoma basocelular de 3 x 2.5 cm de diámetro. A: diseño de colgajo de transposición lobulado dermograso. 1: defecto primario. 2: zona donante. 3: colgajo. B: desplazamiento del colgajo hacia el defecto primario.

previo. La exploración física mostró una lesión tumoral de 3 x 2.5 cm de diámetro, con bordes irregulares, color eritemato-violáceo, superficie ulcerada central, sin sangrado activo; la lesión se hallaba en la región inferior de la mejilla izquierda. El resultado de la biopsia en sacabocado confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular; se empleó anestesia local para efectuar la resección de la lesión, que incluyó 5 mm de tejido perilesional sano y se remitió material para estudio histopatológico; se confirmaron márgenes laterales y profundos libres para la cobertura del defecto creado de unos 3.5 x 3 cm; se diseñó un colgajo lobulado dermograso de transposición y se disecó la piel adyacente del borde inferior del defecto primario para tomar el colgajo dermograso con las siguientes características: ancho, 1.5 cm; largo, 4 cm. El colgajo conservó su pedículo vascular aleatorio y se intentó no cauterizar ni ligar sus vasos; mediante un movimiento de rotación de 30° y avance se cubrió el defecto quirúrgico primario y el defecto quirúrgico secundario se suturó de modo directo. El paciente no tuvo complicaciones posteriores a la operación y la sutura se retiró al séptimo día de la intervención (Fig. 2).

Discusión

En los pacientes con carcinomas cutáneos, la cirugía es todavía la mejor opción y en ocasiones se utilizan colgajos cutáneos para la cobertura del defecto quirúrgico.

El desplazamiento y la reubicación de segmentos de piel siguiendo líneas de tensión permiten un cierre adecuado, con mínimas distorsiones y cicatrices poco perceptibles³.

Al planear el tratamiento quirúrgico de un tumor cutáneo se establecen tres objetivos: oncológico, extirpar la lesión y obtener bordes quirúrgicos sin tumor; funcional, preservar la funcionalidad de las áreas intervenidas quirúrgicamente, en particular zonas como los párpados, área perioral o alas nasales; y estético, conseguir un resultado visualmente aceptable⁴.

Se considera un colgajo el segmento de piel que cubre un defecto y que mantiene un pedículo vascular con su lecho primitivo, hasta que reciba vascularización desde la zona receptora. La irrigación sanguínea para un colgajo cutáneo aleatorio proviene de las arterias musculocutáneas cercanas a la base del colgajo. El colgajo cutáneo aleatorio se usa con frecuencia en

la reconstrucción facial; según sean su extensión y tracción, puede rotarse, transponerse, avanzarse o tunelizarse⁵.

La relación entre la longitud y la base del colgajo, así como el tamaño del pedículo, son fundamentales en la supervivencia de la piel desplazada; por lo tanto, se debe calcular la elasticidad, la movilidad y el aporte sanguíneo en cada diseño quirúrgico. El colgajo debe conservar su pedículo vascular y evitar en lo posible someterse a cauterización o ligaduras, luego de realizar una manipulación cuidadosa con reducción del tiempo quirúrgico⁵.

En función del movimiento del colgajo para cubrir, el defecto quirúrgico se puede clasificar en colgajo de avance, rotación o transposición. Los colgajos de transposición se mueven sobre la piel adyacente intacta para cubrir un defecto con uso de ambos movimientos, tanto el de rotación como el de avance; el desplazamiento puede ser pequeño, cuando el defecto es adyacente, o desplazarse hasta un ángulo de 180°, aunque al aumentar el ángulo se reduce la longitud y el pliegue de piel en la base del colgajo, lo que compromete el aporte sanguíneo y por tanto se considera como límite superior un ángulo de 90°. Entre este tipo de colgajos figuran los de lóbulo único, que suelen utilizarse en áreas en las que es ventajoso transferir la tensión desde el cierre del defecto primario hasta la reparación del defecto secundario, como la punta y el ala de la nariz, el párpado inferior y los labios; es un colgajo de dimensión igual o apenas inferior al defecto⁶.

El colgajo lobulado se basa en el diseño de un lóbulo adyacente al defecto quirúrgico primario, que se desplaza mediante un movimiento de transposición; su principio básico señala que el tejido desplazado debe tener suficiente tamaño y volumen para cubrir el defecto primario, para lo cual el ancho debe ser el mismo que el ancho del defecto o apenas inferior de acuerdo con el sitio y la laxitud de la piel; la longitud del colgajo no debe exceder la relación 3:1 respecto del ancho y la zona donadora se sutura directamente².

Conclusiones

El colgajo lobulado dermograso de transposición es de fácil diseño y ofrece ventajas, como la similitud del color, textura y buena irrigación, además de que permite obtener resultados apropiados para beneficio de los pacientes.

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. Darías-Domínguez C, Garrido-Celis J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. *Rev Médica Electrónica*. 2018;40(1):172-82.
2. Rendon-Bellón P. Atlas práctico de cirugía dermatológica. Grupo Aula. Colbrand I, editor. Madrid: 2014:1213.
3. *Medisan* 2017; 21(1): 96. 2017;21(1):96-101.
4. Cabanillas-González M. Reparación cutánea de lesiones oncológicas. *Rev Enf Darm*. 2017;11(30):12-20.
5. Gutiérrez AM, Ulloa SJ, Ulloa BP. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. *Rev Otorrinolaringol y Cirugía Cabeza y Cuello*. 2012;72(1): 49-56.
6. Navarro LV. Colgajos cutáneos para la reconstrucción del área nasal invadida por carcinomas. *Rev Med Paz*. 2015;21(1).