



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Colgajo mio-condro-mucoso de rotación combinado con colgajo de trasposición melolabial para la reconstrucción de defectos de espesor total del ala nasal

Myochondromucosal Rotation Flap Combined With a Melolabial Transposition Flap for the Reconstruction of Full-Thickness Defects of the Ala Nasi

L.M. Valladares-Narganes*, B. González-Sixto, M. Otero-Rivas y M.Á. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Introducción

Las paredes laterales y las alas nasales son unidades cosméticas y funcionales de la pirámide nasal y un lugar de asentamiento frecuente de tumores malignos cutáneos, siendo el más habitual de ellos el carcinoma basocelular. Para reconstruir esta región hay que tener en cuenta, por un lado, la función de las narinas, evitando la retracción y el colapso durante la inspiración y, por otro, la simetría para obtener el mejor resultado estético¹.

El desafío es mayor si el defecto quirúrgico es de espesor total, implicando todos los planos (mucoso, cartilaginoso, muscular y cutáneo) ya que reduce de forma considerable las posibilidades reconstructivas.

Para la reparación del plano mucoso los colgajos intranasales locales con reepitelización del defecto secundario son muy útiles pero laboriosos. Los colgajos mucopericóndricos del tabique, pared nasal o cornetes aportan además soporte cartilaginoso^{2,3}. Los injertos de cartílago procedentes del tabique, del hélix o del cartílago costal, combinados con colgajos locales son una excelente opción⁴. Finalmente,

el uso de materiales aloplásticos de naturaleza inerte, como las mallas de titanio o de polietileno, pueden ser una buena opción, sobre todo en defectos de gran tamaño, pero todos ellos no están exentos de riesgos como necrosis, infección o extrusión⁵.

En este caso, teniendo en cuenta todas las posibilidades reconstructivas, y para evitar en la medida de lo posible dichos inconvenientes, decidimos optar por el diseño de un colgajo mio-condro-mucoso de rotación del ala adyacente combinado con un colgajo cutáneo melolabial del mismo lado, cuya ejecución puede visualizarse en el vídeo.

Técnica

Mujer de 79 años, en la que después de 2 etapas de cirugía de Mohs se consigue eliminar un carcinoma basocelular recidivado (fig. 1 A). La lesión infiltraba la pared lateral y gran parte del ala, afectando en la zona central todo su espesor (fig. 1 B). El tamaño total del defecto creado era de 2 × 2 cm y de 1 × 1,2 cm para el defecto central de espesor total. Para su cierre realizamos un colgajo mio-condro-mucoso de rotación de toda el ala restante adyacente combinado con un colgajo cutáneo melolabial del mismo lado.

En la ejecución del colgajo mio-condro-mucoso debemos respetar un pedículo suficiente para evitar la necrosis. Una vez rotado hasta la zona próxima a la punta nasal, los bordes

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: lmvalladares84@hotmail.com,
bigpoe84@hotmail.com (L.M. Valladares-Narganes).

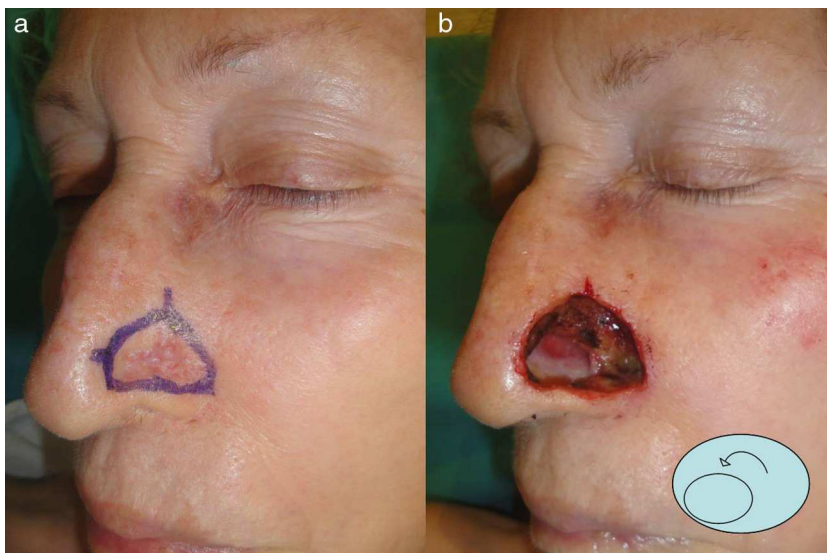


Figura 1 A y B. Carcinoma basocelular recidivado en el ala nasal y defecto quirúrgico resultante tras 2 etapas de cirugía de Mohs con esquema de la rotación del colgajo mio-condro-mucoso del ala adyacente.

se fijan con una sutura absorbible de ácido poliglicólico de 4/0.

En el colgajo cutáneo debemos respetar la proporción longitud-anchura, para evitar la necrosis, así como el grosor de este para obtener un resultado estético adecuado, evitando el tan indeseado efecto trampilla. Una vez recortada y ajustada la punta del colgajo cutáneo se sutura con una seda de 4/0.

El resultado postoperatorio, tanto funcional como estético a las 8 semanas de la intervención, es excelente (fig. 2).

Indicaciones

- Reconstrucción de defectos parciales, de espesor total, en la región alar y perialar nasal de un tamaño aproximado entre 1 y 1,5 cm.

Contraindicaciones

- Defectos de espesor total muy pequeños, donde la reparación del cartílago no sea necesaria o se pueda cerrar con una sutura directa.
- Defectos muy grandes donde la cantidad de tejido adyacente para cubrir el defecto sea insuficiente.

Riesgos

- Infección.
- Condrítis posquirúrgica.
- Efecto trampilla.
- Retracción del ala.
- Cicatriz inestética.



Figura 2 Resultado posoperatorio tras 8 semanas de la intervención quirúrgica.

Alternativas

- Injertos libres de cartílago auricular, tabique o cartilago costal, técnicas más laboriosas y con riesgo elevado de necrosis.
- Materiales aloplásticos (mallas de titanio o de polietileno). También requieren experiencia, existiendo riesgo de infección, extrusión del material y efecto trampilla que requerirían una segunda intervención.
- Colgajo melolabial invertido, pero no aporta soporte cartilaginoso.

Conclusiones

A pesar de que los colgajos condromucosos del ala adyacente y el colgajo cutáneo melolabial han sido ampliamente descritos en la literatura científica por separado, la combinación de ambos colgajos no ha sido descrita hasta el momento.

Presentamos, por tanto, este colgajo combinado como una excelente opción para la reconstrucción de defectos parciales de espesor total de la región alar y perialar nasal, ofreciendo soporte cartilaginoso sin necesidad de recurrir a materiales aloplásticos y con menor riesgo de necrosis que

otras opciones, en un único tiempo quirúrgico, bajo anestesia local y de una forma sencilla y original, estimulando de este modo la capacidad creativa del cirujano dermatólogo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.04.002>.

Bibliografía

1. Skaria AM. Repair of full-thickness nasal alar defect. *Dermatol Surg.* 2003;29:89–91.
2. Ulug BT, Kuran I. Nasal reconstruction based on subunit principle combined with turn over island nasal skin flap for nasal lining restoration. *Ann Plast Surg.* 2008;61:521–6.
3. Fader DJ, Wang TS, Johnson TM. Nasal reconstruction utilizing a muscle hinge flap with overlying full-thickness skin graft. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:837–40.
4. Qian C, Yaodong X, Xiaoming H, Shaochong F, Yiqing Z. Repair of full-thickness alar defects. *Dermatol Surg.* 2012;38:1639–44.
5. Rodriguez-Prieto MA, Perez-Bustillo A, Alonso-Alonso T, Sanchez-Sambucety P. Partial nasal reconstruction with titanium mesh: Report of five cases. *Br J Dermatol.* 2009;161:683–7.