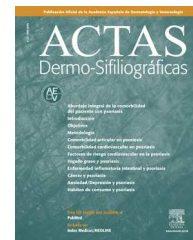




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Injerto condro-pericóndrico auricular en la reconstrucción del párpado inferior



Auricular Chondro-Perichondrial Graft in the Reconstruction of the Lower Eyelid

M.M. Otero Rivas*, H.A. Cocunubo Blanco, B. González Sixto y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción

La neoplasia más frecuente en los párpados es el carcinoma basocelular, siendo esta localización subsidiaria del empleo de cirugía de Mohs. La reconstrucción palpebral, tanto del párpado superior como del inferior, supone un desafío ante la complejidad de su estructura y la importante función que ambos desempeñan.

El párpado se divide de forma clásica en lamela anterior (compuesta por piel, tejido celular subcutáneo y músculo orbicular) y lamela posterior (compuesta por músculo tarsal y conjuntiva palpebral). En la lamela posterior el músculo tarsal dota al párpado de soporte fibroso y cartilaginoso al anclarse lateralmente a los ligamentos cantales, y estos a su vez al periostio de la órbita. Para una exitosa reconstrucción palpebral hemos de reparar ambas subunidades¹.

Actualmente las técnicas más empleadas para la reconstrucción de la lamela posterior en defectos totales de párpado inferior se pueden clasificar en: colgajos tarsoconjuntivales, injertos condromucosos e injertos condropericóndricos. Todos ellos se combinan con colgajos o injertos cutáneos para la reconstrucción de la lamela anterior².

Entre los primeros cabe destacar el clásico colgajo de Hughes. Este colgajo de transposición del párpado superior

está indicado en defectos de $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ del párpado inferior, ya que en defectos mayores la morbilidad del párpado superior resultaría inaceptable. En defectos laterales externos o mediales de párpado inferior se podría emplear el colgajo miocutáneo de avance semicircular o de Tenzel. Este permite el cierre directo del defecto, aportando tejido idéntico, al liberar el canto externo. Ambos no serían de elección en nuestro caso dado el tamaño y la localización del defecto³.

En el caso de los injertos condromucosos los lechos donantes serían el septo nasal y el paladar duro, con una técnica quirúrgica más compleja y mayor morbilidad en ambos casos¹.

El injerto condropericóndrico auricular, con tejido obtenido de la concha (en nuestro caso de la zona posterior de la misma) ofrece una mínima morbilidad del sitio donante, con una técnica quirúrgica relativamente sencilla. Además el cartílago auricular es fácil de moldear y evita en parte la retracción posquirúrgica del colgajo cutáneo que elijamos².

Técnica

Presentamos un paciente de 67 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta una recidiva de carcinoma basocelular en la región malar y el párpado inferior izquierdo. A la exploración física observamos una placa esclerosada, infiltrada, mal delimitada en la región malar superior izquierda, próxima al ala nasal y al párpado inferior (fig. 1).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: motero@aedv.es (M.M. Otero Rivas).



Figura 1 Sobre la cicatriz de una cirugía previa asienta la recidiva de un carcinoma basocelular esclerodermiforme.

Tras 8 pases de cirugía de Mohs se obtiene un defecto quirúrgico que incluye la mejilla medial, gran parte del párpado inferior incluyendo el tarso, y el dorso nasal izquierdo (fig. 2). El canto interno y el aparato lacrimal están preservados.

En el vídeo adjunto se procede a la reconstrucción del defecto bajo anestesia local. Tras la colocación del injerto condropericóndrico auricular se reconstruye la lamela anterior palpebral y el resto del defecto posquirúrgico mediante un colgajo de avance geniano.

Indicaciones

Reconstrucción de defectos de espesor total del párpado inferior no reparables mediante cierre directo.



Figura 2 Defecto quirúrgico tras 8 pases de cirugía de Mohs. Pese a la desaparición del músculo tarsal, parte de la conjuntiva palpebral, así como el canto interno y el aparato lacrimal, están preservados.

Contraindicaciones

Relativa: si la conjuntiva no está respetada, aunque este tipo de injertos condropericóndricos se reepitelizan rápidamente, puede existir una molesta irritación corneal, habitualmente pasajera.

Complicaciones

- Infección de la herida quirúrgica palpebral o auricular (condritis).
- Necrosis del injerto cartilaginoso.
- Edema, hematoma y necrosis distal del colgajo de avance de mejilla.
- Ectropion posquirúrgico por *wrapping* impredecible del cartílago.

Alternativas

- Colgajo tarsoconjuntival de Hughes: requiere un segundo tiempo quirúrgico, hasta el cual el paciente se ve privado de la función ocular. Ha de combinarse con un injerto o colgajo para la reconstrucción de la lamela anterior. Nuestro paciente presenta un defecto que excede lo que el tejido palpebral superior puede aportar.
- Colgajo de rotación de mejilla de Mustardé: como en nuestro caso la lamela posterior ha de ser reconstruida con un injerto de cartílago o un colgajo tarsoconjuntival⁴.
- Injerto mucoso y de periostio/pericondrio del paladar duro/septo nasal: ambos suponen excelentes alternativas, pero la obtención del material es trabajosa y el postoperatorio doloroso para el paciente. Se corren riesgos importantes, como perforaciones iatrogénicas o colapso nasal.
- Colgajos condromucosos nasales en isla: esta técnica, de dificultad nada desdeñable, basa la vascularización del colgajo en una rama terminal de la arteria nasal dorsal. También se han descrito colgajos condromucosos septales. Tras disecarlos se tunelizan hasta su posición final en el párpado inferior. A pesar de la morbilidad del sitio donante es cierto que aportan tejido similar en cantidad suficiente para reconstrucciones totales sin dañar el párpado superior. Entre sus desventajas principales, además de las mencionadas, se halla un efecto *trap door* del colgajo que puede comprometer la funcionalidad y la estética y la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico⁵.
- Fascia lata autóloga/homóloga: la fascia lata homóloga presenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis, enfermedad de Creutzfeld-Jacob)³. En el caso de la fascia lata autóloga el principal inconveniente reside en la dificultad de su extracción⁴.

Conclusiones

En cirugía dermatológica existen localizaciones con las que el dermatólogo en ocasiones se siente incómodo trabajando, y los párpados son una de ellas. La necesidad de dotar de un soporte adecuado a esta estructura requiere técnicas complejas con las que el cirujano dermatológico no siempre está familiarizado.



Figura 3 Postoperatorio a los 2 meses de la cirugía, donde se observa una correcta funcionalidad y una aceptable estética.

Sin embargo, en nuestro caso, mediante una reconstrucción laboriosa pero con una técnica conocida², sencilla y en un solo tiempo quirúrgico, se realiza una reconstrucción de párpado inferior con buen resultado funcional y estético (fig. 3).

Creemos de utilidad la divulgación del uso de cartilago conchal en defectos de espesor total del párpado inferior, ya que tras la realización de la cirugía oncológica ha de ser el dermatólogo, en nuestra opinión, el que lleve a cabo la reconstrucción.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A D. José Lavigne Pérez, por el montaje audiovisual.

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.2013.11.005>.

Bibliografía

1. Sassoon EM, Codner MA. Eyelid reconstruction. *Operative techniques in plastic and reconstructive surgery*. 1999;6:250–64.
2. Parodi PC, Faini G, de Biasio F, Rampino Cordaro E, Guarneri GF, et al. Full-thickness lower eyelid reconstruction with a conchal chondro-perichondral graft and local coverage with microcutaneous flaps-our divisional experience. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:1826–32.
3. Chandler DB, Gausas RE. Lower eyelid reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2005;38:1033–42.
4. Alghoul M, Pacella SJ, McClellan WT, Codner MA. Eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132:288e–302e.
5. Zhao Z, Li S, Yan Y, Li Y, Yang M, Li D, et al. The septal chondromucosal island pedicle flap: Anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103:1355–60.