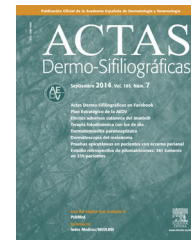




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Reconstrucción del ala nasal mediante colgajo malar invertido de pedículo subcutáneo



Reconstruction of the Ala Nasi Using a Malar Turnover Island Pedicle Flap

Sr. Director:

El carcinoma epidermoide es un tumor de rápido crecimiento, que tiene capacidad tanto de destrucción local como capacidad metastásica. La reconstrucción de la pirámide nasal supone un reto quirúrgico, pues requiere no solo mantener la funcionalidad sino también minimizar el impacto estético.

Presentamos el caso de una mujer de 97 años que consultaba por una tumoración de 4 meses de evolución de rápido crecimiento y muy dolorosa. Se trataba de un tumor ulcerado de 3,5 × 4,5 cm de diámetro mayor localizado en el ala

nasal izquierda, que alcanzaba el plano mucoso con infiltración del área perialar y del hemilabio superior izquierdo (fig. 1A). La biopsia confirmó la sospecha de carcinoma epidermoide, decidiéndose tratamiento mediante exéresis quirúrgica.

Bajo anestesia troncular y perilesional, se realizó la exéresis con margen de 5 mm de toda el ala nasal, incluyendo el plano mucoso y el cartilaginoso, así como de la porción adyacente de labio superior y región malar izquierda (fig. 1B). Dado que se había incluido en la exéresis la mayor parte del surco naso-labial, se optó por realizar una reconstrucción mediante colgajo malar invertido de pedículo subcutáneo.

Se diseñó la isla cutánea alineando su borde superior con el límite superior del defecto mucoso. La mitad inferior del colgajo se marcó con la longitud correspondiente al defecto cutáneo nasal. Se disecó el pedículo del colgajo por debajo del tejido celular subcutáneo, de forma que mantuviese al menos 1,5 cm de diámetro y su base estuviese situada en la porción más proximal al defecto quirúrgico (fig. 2A*), retirando el tejido celular subcutáneo de la base del resto del colgajo. Tras voltear la isla cutánea se suturó, con material

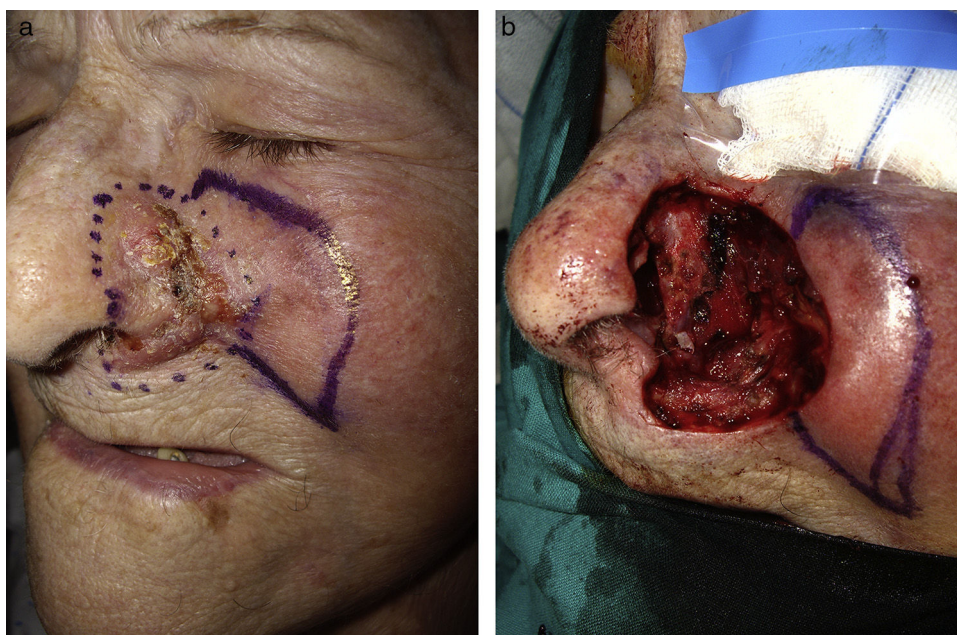


Figura 1 Carcinoma epidermoide en ala nasal izquierda: A) Lesión previa a la exéresis quirúrgica; B) Defecto quirúrgico tras la cirugía tumoral.

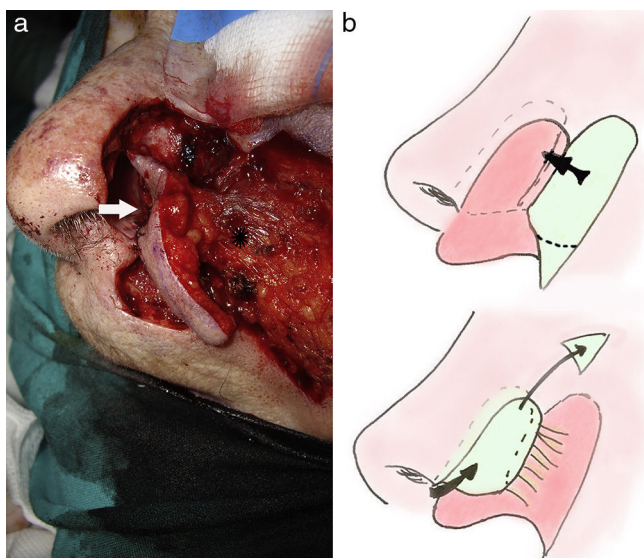


Figura 2 Reconstrucción: A) Diseño del colgajo evidenciando el tallado del pedículo subcutáneo (*) y sutura invertida de la isla cutánea (flecha); B) Esquema del colgajo.

reabsorbible, al defecto mucoso (fig. 2A [flecha] y B). Se procedió a la sutura guía del borde del ala nasal con puntos simples de seda 4/0. Después del cierre por planos del defecto del labio superior y del área malar mediante un colgajo de avance, se procedió al plegamiento del colgajo en el ala nasal y reconstrucción del defecto cutáneo. El colgajo se recortó para adecuarse al defecto y fue suturado (fig. 3A) con puntos simples con material no reabsorbible (seda 4/0). Se realizó una sutura transfixiva en el colgajo alar, para facilitar su coaptación completa, evitando producir isquemia. Se pautó profilaxis antibiótica, realizándose taponamiento nasal anterior y utilizando un apósito compresivo durante las primeras 48 h.

La paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio sin complicaciones. Las suturas fueron retiradas a los 7 días de la

intervención. No presentaba colapso de la fosa nasal y mantenía una buena función ventilatoria (fig. 3B).

La reconstrucción completa de defectos quirúrgicos en el ala nasal se plantea con relativa frecuencia en la práctica quirúrgica diaria. La utilización clásica del surco nasogeniano no resulta de utilidad en casos en los que el defecto quirúrgico incluye esta zona. Spear et al.¹ describieron en 1987 una variante del colgajo nasolabial en el que invertía dicho colgajo manteniendo un pedículo subcutáneo. El colgajo malar invertido de pedículo subcutáneo es una variante de este de gran utilidad cuando el defecto quirúrgico incluye el surco nasolabial.

En el diseño debe ajustarse la isla cutánea al tamaño del defecto. El ancho debe ser igual al tamaño horizontal de la zona a reconstruir. La longitud deberá ser al menos el doble del defecto para abarcar la reconstrucción mucosa y cutánea. El tallado del pedículo debe realizarse a 2-3 mm en la profundidad del tejido celular subcutáneo. Los 3/4 distales del pedículo deben ser liberados del tejido subyacente, manteniendo como anclaje solo 1/4². El exceso de tejido graso de la isla debe retirarse para mejorar el resultado estético³. Es recomendable realizar profilaxis antibiótica tanto intraoperatoria como postoperatoria en estos pacientes⁴.

Las complicaciones son las inherentes a todo colgajo. La necrosis generalmente está causada por un pedículo insuficiente o torsionado. El efecto trampilla no tiene por qué producirse si se procede a un correcto desengrasado del colgajo. Debe tenerse en cuenta la posible implantación de vello facial en la pirámide nasal, que podría evitarse obviando las áreas pilosas al diseñar la isla cutánea.

La mayor limitación radica en la ausencia de estructura cartilaginosa o de soporte que no solo mejora el resultado estético, sino que impide el colapso con la inspiración. Podría solventarse con la adición de un injerto libre de cartílago de la concha auricular^{5,6} o malla de titanio⁵, procedimiento considerado innecesario en la paciente presentada debido a su edad. Otras opciones de reconstrucción en un solo tiempo son el colgajo nasolabial de transposición o de

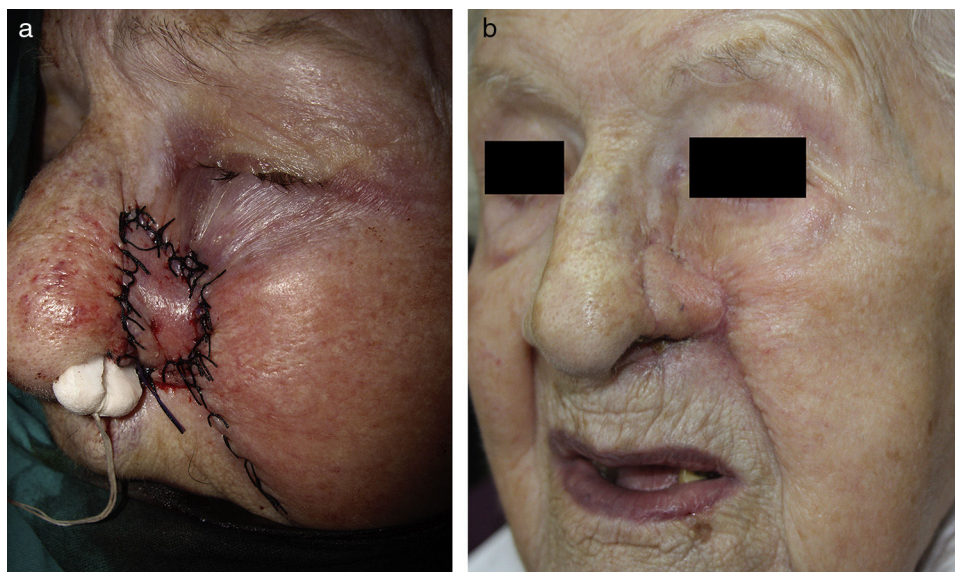


Figura 3 Resultado: A) Resultado inmediato tras la sutura del colgajo; B) Resultado tras 3 semanas de la intervención.

pedículo subcutáneo invertido^{1,7}, no útiles en este caso porque el defecto quirúrgico incluía dicha región.

Se presenta una cirugía reconstructiva en un solo tiempo del ala nasal y región perialar, mediante un colgajo malar invertido de pedículo subcutáneo, con buenos resultados funcionales y estéticos. Esta técnica supone una herramienta de gran utilidad para la reconstrucción de defectos amplios del ala nasal que afectan al área del surco nasogeniano, imposibilitando la utilización de esta para el diseño del colgajo.

Bibliografía

1. Spear SL, Kroll SS, Romm S. A new twist to the nasolabial flap for reconstruction of lateral alar defects. *Plast Reconstr Surg.* 1987;79:915–20.
2. Paver R, Stanford D, Storey L. Nasolabial turnover island pedicle flap (Spear flap). En: *Dermatologic Surgery: A manual of defect repair options.* Australia: McGraw-Hill; 2011. p. 47–9.
3. Glenn D, Goldman MD. One-Stage Reconstruction following complete alar loss. *Dermatol Surg.* 2006;32:418–22.

4. Yuste M, Romo A, de Unamuno P. Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:683–9.
5. Rodríguez-Prieto MA. Cirugía topográfica. Reparaciones complejas. En: Rodríguez-Prieto MA, editor. *Cirugía dermatológica de la pirámide nasal.* 2.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012. p. 180–3.
6. Byrd DR, Otle CC, Nguyen TH. Alar batten cartilage grafting in nasal reconstruction: Functional and cosmetic results. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:833–6.
7. Cook JL. Reconstruction of a full thickness alar wound with a single operative procedure. *Dermatol Surg.* 2003;29:956–62.

E. Godoy-Gijón*, L. Palacio-Aller y M. González-Sabin

Servicio de Dermatología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: e.godoy.gijon@gmail.com, dra.e.godoy@gmail.com (E. Godoy-Gijón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.001>

Detección de la infección por *Chlamydia Trachomatis* en pacientes que consultan por una infección bacteriana de transmisión sexual



Detection of *Chlamydia trachomatis* Infection in Patients Seen at a Sexually Transmitted Infection Clinic

Sr. Director:

La infección por *Chlamydia* es la infección bacteriana de transmisión sexual (ITS) más frecuente en Europa, especialmente entre los jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud¹ un 10% de los jóvenes, menores de 25 años, activos sexualmente podrían estar infectados, ya sean varones o mujeres, aunque las complicaciones se dan más en mujeres. Según datos oficiales del *European Centre For Disease Control* (ECDC)², determinadas condiciones socioeconómicas así como comportamientos sexuales predisponen a una mayor vulnerabilidad para las ITS³.

Diferentes estudios realizados en nuestro medio y en diferentes colectivos estiman una prevalencia de la infección de *Chlamydia trachomatis* (a partir de ahora *Chlamydia*) del 4-6%⁴⁻⁶. Hasta el 70% de las infecciones en mujeres⁷ son asintomáticas, y la infección por *Chlamydia* favorece la infección por VIH y otras ITS, como la gonococia⁸. En España la infección genital por *Chlamydia* no es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada, y la vigilancia se realiza mediante el Sistema de Información Microbiológica (SIM). En Cataluña es de declaración obligatoria numérica, lo que permitió detectar un incremento del 29% en 2012⁹ respecto a 2011.

Hemos realizado un estudio descriptivo prospectivo de la prevalencia de la infección por *Chlamydia* en los pacientes que consultaron entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, por una posible ITS en la Unidad de ITS del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. A todos se les solicitó participar en el estudio, tras firmar consentimiento informado.

Además de la historia clínica y las pruebas complementarias asociadas a su principal motivo de consulta, se les ofreció la toma de muestras uretral en varones y cérvix en mujeres para el estudio de la posible infección por *Chlamydia*. La técnica utilizada fue el test de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) con PCR en tiempo real de la casa SEEGENE (Anyplex[®] CT/NG Real-time), así como detección antigénica por inmunocromatografía. A los pacientes que resultaron infectados se les ofreció el tratamiento correspondiente y se les entregó tarjetas para que sus contactos sexuales también fueran estudiados.

Las variables del estudio se recogieron mediante entrevista personal con el paciente y se hallan en las tablas (tabla 1). Se calculó la prevalencia de la infección por *Chlamydia* para las principales variables del estudio con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). La posible asociación entre la variable dependiente (infección por *Chlamydia*) y las principales variables independientes se estudió mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR) y su IC del 95%.

Ciento siete pacientes se incluyeron en el estudio, de los que el 68,2% fueron varones y la mayoría tenían estudios secundarios o universitarios (71,1%). Cerca del 40% de los casos tenían entre 26 y 35 años. El 58,9% afirmó no usar métodos anticonceptivos de forma habitual. Un 5,6% había ejercido la prostitución. La ITS más frecuente por la que acudieron a consulta fueron los condilomas acuminados (47,7%).

La prevalencia de la infección por *Chlamydia* fue del 9,3% (10/107; IC 95%: 3,8-14,9) y confirmaría la indicación