



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

### Colgajo paramedial frontal en un tiempo quirúrgico



### The Single-Stage Paramedian Forehead Flap

A. Martínez-Lopez\*, I. Perez-Lopez, E. Garcia-Dura y J. Tercedor-Sanchez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

#### Introducción

El colgajo paramedial frontal, descrito por Millard en 1974<sup>1</sup>, fue propuesto como una alternativa al colgajo axial medio-frontal que había sido empleado durante varias décadas para la reconstrucción de grandes defectos localizados en punta, dorso y alas nasales. Este colgajo proporciona una excelente alternativa para la reconstrucción de estas áreas nasales, ya que aporta una gran cantidad de tejido cutáneo con una elevada viabilidad<sup>2</sup>. Tradicionalmente, este colgajo se realizaba en 2 tiempos quirúrgicos, seccionando el pedículo disecado a las 3 semanas de la intervención<sup>3</sup>, aunque también se ha estudiado el empleo de esta técnica en 3 tiempos quirúrgicos para defectos de gran tamaño, no encontrando diferencias en la necrosis de los mismos<sup>4</sup>. Uno de los inconvenientes que presenta este colgajo es la necesidad de realizar una reconstrucción diferida, con el importante aumento de costes quirúrgicos y la incomodidad que supone para el paciente. Para evitar estos inconvenientes derivados de la técnica clásica y siguiendo la modificación propuesta por Park en 2002<sup>5</sup>, proponemos la realización de un colgajo paramedial con pedículo enterrado a través del dorso nasal en un solo tiempo quirúrgico.

#### Descripción de la técnica

Presentamos el caso de un paciente con un carcinoma basocelular esclerodermiforme de 4,5 cm de eje mayor, localizado en punta nasal y con invasión parcial de ambas

alas nasales. Previo a la intervención quirúrgica, identificamos la arteria supratroclear derecha mediante un Doppler portátil en quirófano y realizamos el diseño del colgajo, midiendo su longitud para evitar tensión y facilitar una adecuada nutrición vascular, reproduciendo en el extremo distal de la zona dadora la forma del defecto nasal previsto. Posteriormente, realizamos infiltración del área perilesional y del colgajo diseñado con anestesia local tumescente. Dicha solución anestésica se consigue mezclando 20 ml de mepivacaína 2%, 10 ml de bupivacaína 1% con epinefrina y 2 ml de bicarbonato 1 molar en 100 ml de suero fisiológico. El empleo de anestesia con vasoconstrictor tamponada favorece la realización de una hemostasia adecuada, reduciendo el dolor de la infiltración y no aumentando el riesgo de necrosis. Tras la infiltración, procedemos a la extirpación del tumor con margen de seguridad de 3 mm. Inicialmente, realizamos la incisión con bisturí desechable n.º 15, pasando a practicar la disección con tijera de Stevens y realizando una cuidadosa hemostasia con bisturí eléctrico y ligadura de vasos con sutura reabsorbible rápida 3/0. Posteriormente, realizamos el labrado del colgajo, siguiendo el trayecto del pedículo de la arteria supratroclear derecha previamente localizada. Una vez disecado, procedemos a eliminar la epidermis del pedículo del colgajo que será enterrado a través del dorso nasal, a fin de evitar la formación de quistes de inclusión. Tras esto, realizamos un túnel a través del dorso nasal, incidiendo con las tijeras de Stevens desde la base del pedículo, e introducimos la zona distal a través del orificio creado, cubriendo el defecto quirúrgico inicial sin tensión. Finalmente se procede a la sutura del colgajo con seda de 5/0.

El estudio histológico confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular esclerodermiforme y la presencia de bordes libres de tumor. Además se obtuvo un buen resultado estético a los 2,5 meses de seguimiento.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [antoniomartinezlopez@aol.com](mailto:antoniomartinezlopez@aol.com)

(A. Martínez-Lopez).

## Indicaciones

Esta técnica es adecuada para casos de tumores que ocupen ampliamente la punta nasal, con extensión al dorso o alas nasales.

## Ventajas

La variante en un tiempo quirúrgico del colgajo paramediofrontal con pedículo enterrado a través del dorso nasal aporta la posibilidad de cerrar en un solo tiempo quirúrgico un defecto de gran tamaño en la pirámide nasal sin emplear un injerto de piel, reduciendo la morbilidad en relación con la técnica en 2 tiempos.

## Complicaciones

La técnica del colgajo paramediofrontal en un tiempo quirúrgico es una técnica segura y que no suele presentar complicaciones postoperatorias importantes. Las principales complicaciones pueden acontecer durante el proceso de desepidermización, existiendo el riesgo de seccionar el pedículo al retirar la epidermis con el bisturí. Asimismo, es importante realizar una cuidadosa hemostasia durante todas las fases de la intervención, a fin de evitar la formación de un edema a través del túnel nasal que pueda producir la necrosis del colgajo por compresión o daño de la arteria supratroclear.

## Conclusiones

La finalidad de la cirugía oncológica en dermatología es extirpar correctamente las lesiones tumorales con el menor

número de intervenciones y el mejor resultado estético. El empleo de la variante del colgajo paramedial frontal con pedículo enterrado permite corregir un defecto quirúrgico nasal de gran tamaño en único tiempo quirúrgico, con un buen resultado estético.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2017.04.012](https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.04.012)

## Bibliografía

1. Millard DR. Reconstructive rhinoplasty for the lower half of a nose. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53:133–9.
2. Blázquez-Sánchez N, Fernández-Canedo I, Repiso-Jiménez JB, Rivas-Ruiz F, de Troya Martín M. Usefulness of the Paramedian Forehead Flap in Nasal Reconstructive Surgery: A Retrospective Series of 41 Patients. *Actas Dermosifilogr.* 2016;107:133–41.
3. Menick FJ. Nasal reconstruction with a forehead flap. *Clin Plast Surg.* 2009;36:443–59.
4. Santos Stahl A, Gubisch W, Fischer H, Haack S, Meisner C, Stahl S. A cohort study of paramedian forehead flap in 2 stages (87 flaps) and 3 stages (100 flaps). *Ann Plast Surg.* 2015;75:615–9.
5. Park SS. The single-stage forehead flap in nasal reconstruction: An alternative with advantages. *Arch Facial Plast Surg.* 2002;4:32–6.