



## Colgajo de Antia-Buch para un defecto amplio del polo superior de la oreja

### Antia-Buch Flap for a Large Upper-Pole Defect of the Ear

Sr. Director:

El pabellón auricular es una estructura compleja con unas líneas de contorno que deben conservarse durante la reconstrucción<sup>1</sup>. Una de estas líneas la conforma el hélix, que le da la forma distintiva a la oreja, a la vez que es el sitio donde se localizan la mitad de los tumores malignos del pabellón auricular<sup>2</sup>. Las técnicas para su reconstrucción son variadas e incluyen el cierre directo, los injertos y los colgajos cutáneos o condrocutáneos, que son usados según los requerimientos de cada caso<sup>3</sup>. Sin embargo, los defectos grandes del polo superior siguen siendo un reto reconstructivo.

Una mujer de 85 años, proveniente de una región apartada de Colombia (Orinoquía colombiana), presentaba un carcinoma basocelular infiltrativo de 15 × 15 mm en la porción superior del hélix derecho. El tumor fue tratado mediante una escisión transfixiante con márgenes laterales de 8 mm. El defecto posquirúrgico tenía 35 mm de diámetro y abarcaba más de un tercio de la longitud del hélix. Se descartaron los colgajos en varios tiempos debido a la dificultad de transporte a nuestra institución. En su lugar, se prefirió la técnica de Antia-Buch usando 2 colgajos: superior e inferior. Para realizar los colgajos se incidió la piel anterior de la oreja y el cartílago, sin incidir la piel posterior. La disección se hizo superficial al pericondrio posterior, de tal manera que los colgajos solo tenían cartílago en su porción distal. Se resecó una cuña en el antihélix para facilitar la aproximación de los colgajos. Se avanzaron los colgajos y se suturó por planos con puntos de Vicryl® y Prolene® 5/0. En el defecto secundario superior se realizó un cierre V-Y (fig. 1). El resultado una semana después fue un pabellón auricular funcional sin deformidad en copa (fig. 2). La paciente presentó un área de necrosis superficial menor a 1 cm que reepitelizó por completo.

La reconstrucción del pabellón auricular debe buscar la preservación de sus funciones como auxiliar en el proceso auditivo y sostén para las gafas<sup>2</sup>. Los objetivos estéticos de mayor prioridad en la reconstrucción incluyen la proyección simétrica, la conservación de un hélix liso con su forma característica y el mantenimiento del color y la textura de la piel<sup>4</sup>.

Existen distintas técnicas reconstructivas cuya elección depende de la localización y el tamaño de los defectos. En el hélix superior los defectos, que no incluyan cartílago, pueden ser resueltos con injertos cutáneos o colgajos locales de piel. Los defectos del hélix con una pérdida del cartílago tienen repercusiones en el contorno auricular y, por lo tanto, la reepitelización por segunda intención, los injertos y los colgajos cutáneos locales son insuficientes<sup>4</sup>. Los defectos del hélix de menos de 10 mm pueden resolverse con cierres primarios o injertos compuestos<sup>3</sup>. Los defectos de mayor tamaño necesitan la realización de colgajos condrocutáneos de avance, como el colgajo de Antia-Buch, y, si los defectos son mayores a 20 mm, pueden usarse colgajos peninsulares de concha o colgajos de fascia temporoparietal con injerto de cartílago<sup>3</sup>.

Los colgajos condrocutáneos de avance del hélix son una técnica sencilla descrita en 1967 por Antia y Buch para reconstruir en solo un tiempo quirúrgico los defectos transfixiantes del hélix<sup>5</sup>. Dependiendo del tamaño y localización del defecto pueden requerirse uno o 2 colgajos simultáneos. Las incisiones se deben realizar paralelas al hélix en la cara anterior del pabellón auricular, incluyendo el cartílago, pero sin incidir la piel posterior ya que los colgajos están basados en ramas de la arteria auricular posterior<sup>6</sup>. Luego se disecciona la cara posterior de la oreja para separar la piel del cartílago<sup>2</sup>. Esta maniobra libera los colgajos y permite su movilidad. Antes de suturar los colgajos, es necesario evaluar si su longitud es suficiente para rodear el contorno auricular. Si son insuficientes, se debe recortar el cartílago de la concha o el antihélix. El defecto secundario del colgajo

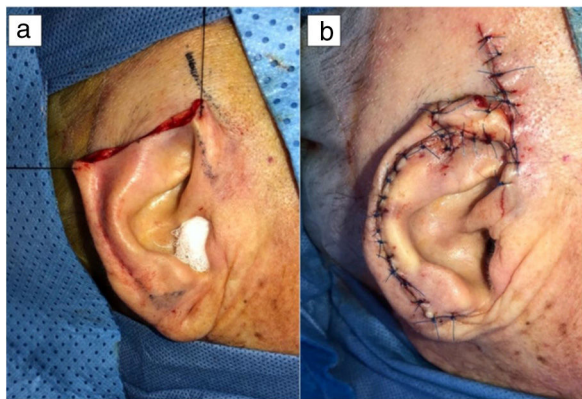
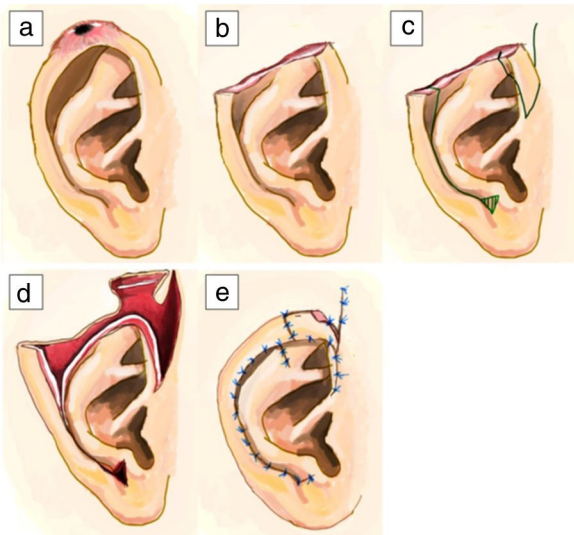


Figura 1 Defecto quirúrgico después de la resección (a). Posicionamiento y sutura de los colgajos (b).



Figura 2 Una semana de posoperatorio.



**Figura 3** Esquema paso a paso de la técnica de Antia-Buch para el polo superior: lesión en el polo superior de la oreja (a). Defecto después de la resección del tumor (b). Diseño de los colgajos (c). Disección de los colgajos condrocútaneos (d). Posicionamiento y sutura de los colgajos (e).

superior puede cerrarse con la técnica VY<sup>7</sup>, mientras que el colgajo inferior puede requerir un triángulo de Burrow para compensar el tejido redundante (fig. 3)<sup>2</sup>.

La técnica de Antia-Buch tiene un papel importante en la reconstrucción del polo auricular superior, sin embargo, en los defectos de más de 20 mm ha sido relegada por técnicas más complejas<sup>3</sup>. Uno de los temores del colgajo de Antia-Buch para defectos grandes es la deformidad en copa. Sin embargo, las modificaciones a la técnica, como las escisiones semilunares o en cuña de antihélix y concha, pueden evitar este problema<sup>2,7,8</sup>. Una gran ventaja de la técnica es que solo requiere un tiempo quirúrgico, algo deseable en pacientes ancianos, con comorbilidades<sup>7</sup>, o con dificultades de desplazamiento; 3 condiciones frecuentes en nuestra práctica. Con este caso queremos resaltar la simplicidad y la utilidad de esta técnica para reconstruir defectos auriculares grandes en el polo superior, especialmente cuando se busque hacerlo en un solo tiempo quirúrgico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pérez-Paredes MG, Cucunubo-Blanco HA, González-Sixto B, Rodríguez Prieto M. Chondrocutaneous island flap for reconstruction of an antihelix defect. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:503–4.
2. Kronic AL, Weitzel S, Taylor RS. Chondrocutaneous advancement flap for reconstruction of helical rim defects in dermatologic surgery. *Australas J Dermatol*. 2006;47:296–9.
3. Hénoux M, Espalier F, Hamel A, Dréno B, Michel G, Malard O. Vascular supply of the auricle: Anatomical study and applications to external ear reconstruction. *Dermatologic Surg*. 2017;43:87–97.
4. Brodland DG. Advanced reconstruction of the ear. *Dermatologic Surg*. 2014;40:571–85.
5. Antia NH, Buch VI. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. *Plast Reconstr Surg*. 1967;39:472–7.
6. De Schipper HJ, van Rappard JH, Dumont EA. Modified Antia Buch repair for full-thickness middle auricular defect. *Dermatologic Surg*. 2012;38:124–7.
7. Bialostocki A, Tan ST. Modified Antia-Buch repair for full-thickness upper pole auricular defects. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103:1476–9.
8. Valesky EM, Kaufmann R, Meissner M. Chondrocutaneous helix rim advancement flap: Two classical and two new modifications for very large defects of the ear. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015;29:2248–51.

J.C. Barrera Gamboa<sup>a,\*</sup>  
y A.E. Acosta Madiedo de Hart<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia

<sup>b</sup> Instituto Nacional de Cancerología, programa curricular de dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcbgmd@hotmail.com](mailto:jcbgmd@hotmail.com)  
(J.C. Barrera Gamboa).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.10.010>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Características ecográficas del granuloma facial y extrafacial. Una serie de casos



### Ultrasound Features of Facial and Extrafacial Granuloma Facial. A Case Series

Sr. Director:

El granuloma facial es una dermatosis inflamatoria benigna poco frecuente de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de una o múltiples placas de color rojo amarillo

o violáceo, que se presentan normalmente en la cara. Se considera que se trata de una forma localizada de vasculitis fibrosante crónica localizada<sup>1</sup>. La confirmación del diagnóstico suele realizarse mediante biopsia, si bien el diagnóstico histopatológico puede ser un reto, ya que no se han definido los criterios anatomopatológicos precisos. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye enfermedades inflamatorias, tumores malignos e infecciones. Está aumentando el uso de la ecografía de alta resolución en la dermatología, ya sea para el diagnóstico como para la monitorización de diferentes dermatosis inflamatorias y lesiones tumorales<sup>2</sup>. No hemos encontrado ninguna publicación sobre las características ecográficas del granuloma facial. Nuestro