



VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Doble colgajo dermograso confluyente en el cierre directo o cómo evitar la depresión central de la elipse

Double Confluent Dermal-Fat Flap for Direct Closure: A Technique for Avoiding Depression at the Center of the Ellipse

A. Bennàssar Vicens^{a,b}

^a *Departament de Medicina, Universitat de les Illes Balears, Palma, Mallorca, España*

^b *Servicio de Dermatología, Clínica Rotger-Quirón, Palma, Mallorca, España*

Introducción

En cirugía dermatológica, una lesión maligna o con sospecha de malignidad debe researse de forma geográfica con un cierto margen de seguridad dependiendo de cada caso. Una vez reseada la lesión, debemos plantearnos si cerrar dicho defecto quirúrgico mediante un cierre directo, un colgajo o un injerto.

El cierre directo es la reconstrucción más utilizada en extirpaciones simples y en hasta un 35% de los casos de defectos de cirugía de Mohs¹. Para su correcta ejecución se procede a la resección de dos triángulos apicales de Burow simétricos y opuestos para generar una elipse cuya longitud total sea 3-4 veces la del defecto original para evitar el defecto en «oreja de perro»². Además, el eje mayor de dicha elipse se debe alinear de forma paralela a las líneas de tensión de la piel (*relaxed skin tension lines*).

Una vez se han tenido en cuenta estos detalles en el diseño, se procede a la aproximación de ambos bordes mediante sutura. Sin embargo, este movimiento no es igual en todos los puntos de la elipse. Los puntos centrales de la elipse sufren un mayor desplazamiento que los extremos

para acabar confluyendo en el centro. Así, esta piel central (epidermis-dermis-subcutáneo) perderá parte de su espesor como consecuencia de soportar una mayor tensión. Esto conducirá a una depresión central de la herida que en última instancia contribuirá a una peor cosmesis. Este defecto se crea de forma más evidente en las superficies convexas del cuerpo.

Descripción de la técnica

Para minimizar este defecto, proponemos la realización de un doble colgajo dérmico-subcutáneo confluyente para rellenar y dar proyección al centro de la elipse.

Siguiendo el procedimiento mostrado en el [video](#), podemos dividirlo de forma académica en 4 pasos:

1. Se localizan las líneas de tensión de la piel y se alinean ambos triángulos de Burow con las mismas. Con bisturí frío (hoja #15) se procede a resear la epidermis y la dermis superficial de ambos triángulos de Burow. De tratarse de una zona con pelo, en este paso se debe llegar hasta la dermis profunda para evitar interferencias con los bulbos foliculares.
2. Se labran dos colgajos de pedículo subcutáneo central en el lecho de ambos triángulos de Burow. Para tal fin se

Correo electrónico: tbennassar@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.005>

0001-7310/© 2023 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/>).

procede a cortar la periferia hasta la fascia muscular o un plano anatómico seguro, de tal modo que el colgajo resultante contendrá dermis y tejido graso subcutáneo. La vascularización de dichos colgajos le vendrá a través de arterias perforantes del músculo subyacente. Creo oportuno el que dicho colgajo contenga dermis para dar soporte estructural colágeno y mejorar así la proyección central de la cicatriz.

3. Ambos colgajos se rotan en un plano vertical de tal forma que hacemos coincidir ambos ápices en el centro que suturaremos con filamento reabsorbible. De esta forma se pretende dar a la zona central de la elipse un volumen «extra» para ganar proyección.
4. Finalmente, disecaremos los laterales como en cualquier cierre directo y aproximaremos ambos lados con suturas subcutáneas y transcutáneas adecuadas a la localización y defecto en cuestión.

Indicaciones

En defectos de mediano tamaño tributarios de reparación por cierre directo, en especial, en zonas convexas.

Contraindicaciones

En zonas anatómicas donde labrar un colgajo profundo pueda suponer un riesgo de lesión vascular y/o nerviosa.

Complicaciones

Las habituales en cirugía dermatológica básica (infección, dehiscencia, sangrado. . .).

Conclusiones

En este video se describe una nueva y sencilla técnica para evitar la depresión central en las reparaciones mediante cierre directo. Esta técnica no requiere de ningún aprendizaje especial y está al alcance de cualquier dermatólogo que realice procedimientos quirúrgicos básicos. Esta técnica es especialmente útil en zonas anatómicas convexas.

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.2023.08.005](https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.005).

Bibliografía

1. Soliman S, Hatem DA, Hollier LH, Thornton JF. The rationale for direct linear closure of facial Mohs' defects. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127:142–9.
2. Perez MM, Stoehr JR, Chwa E, Connor L, Gosain AK. Dog Ears in Wound Closure: Can They Be Minimized? *Ann Plast Surg.* 2022;89:581–90.