



VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

¿Hacemos un párpado nuevo?: reconstrucción de defecto total de párpado inferior tras escisión de lentigo maligno melanoma[☆]

Should we Make a New Eyelid?: Reconstruction of Total Lower Eyelid Defect After Excision of Lentigo Maligna Melanoma

M.E. Iglesias Zamora^{a,*}, I. Hiltun Cabredo^b, J. Aróstegui Aguilar^c y S. Oscoz Jaime^b

^a Clínica Dra. Iglesias, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción

La reconstrucción de defectos de la región palpebral resultantes de cirugía oncológica puede ser compleja. En ocasiones, las técnicas que se realizan en esta localización suponen una mayor dificultad en la práctica de la cirugía dermatológica¹. Esta dificultad se incrementa en defectos totales o subtotales del párpado inferior.

Tras una extirpación oncológica adecuada a nivel de los párpados, se debe ser minucioso en la reconstrucción con el fin de preservar la función palpebral, evitar complicaciones y mantener la estética periocular. Es necesario conocer las diferentes opciones quirúrgicas existentes para reconstruir tanto la lamela anterior como la posterior para poder conseguir los mejores resultados en cada caso^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 83 años afecta de lentigo maligno melanoma (Breslow 0,4mm) de más de 2 cm de tamaño en párpado inferior izquierdo que afectaba a borde libre palpebral. Se realizó exéresis completa de la lesión con control de márgenes y posterior ampliación de 1 cm de piel sana perilesional quedando un defecto de espesor total de gran tamaño, prácticamente el párpado inferior completo y extendiéndose en plano cutáneo hasta el reborde orbitario.

Descripción de la técnica

Se procedió entonces a la reparación del defecto: en primer lugar, la lamela posterior se reconstruyó mediante disección de la mucosa conjuntival, de forma que se creó un bolsillo en el que se colocó un injerto de cartílago auricular obtenido del antehélix derecho de 3 cm de longitud y 4 mm de anchura. Dicho injerto de cartílago tiene una morfología similar a la conjuntiva y el tarso, además de ser cóncavo para adaptarse al globo ocular. Este cartílago se fijó por su borde lateral al periostio del reborde orbitario externo y al escaso tarso restante por su zona medial, todo ello con sutura reabsorbible de 5/0.

[☆] El video fue presentado en el Concurso de Vídeos de Cirugía de la 33 Reunión del GEDOC celebrado en Sevilla del 4-6 de noviembre de 2021 siendo el ganador del 2.º premio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: info@doctoraiglesias.com
(M.E. Iglesias Zamora).

La zona dadora quedó con la incisión oculta en el pliegue del antehélix derecho que se suturó mediante cierre directo con seda de 4/0.

El margen superior del injerto se suturó a la conjuntiva en la parte superior y al músculo orbicular en la parte inferior. Se elevó la porción externa del músculo orbicular mediante un punto de suspensión al periostio del reborde orbitario externo para evitar que se produjera ectropión.

Una vez fijado el cartilago y reconstruida la lamela posterior, se procedió a reconstruir la lamela anterior con un colgajo cutáneo de transposición tipo Fricke de mejilla izquierda. Se adelgazó ligeramente el colgajo para evitar un grosor excesivo para la zona anatómica a reconstruir. Se suturó con hilo reabsorbible de 5/0 la parte superior a la conjuntiva y seda de 6/0 y 4/0 en plano cutáneo.

Seis meses tras la intervención, la paciente presentaba un resultado funcional y estético satisfactorios, sin signos de recidiva local.

Indicaciones y contraindicaciones de la técnica

En la reconstrucción de la lamela posterior están indicados diferentes colgajos locales o a distancia e injertos tanto autólogos como heterólogos³: mucosa bucal, mucosa palatina, injerto condromucoso del tabique nasal, injertos de cartilago conchal, fascia lata, etc.

El injerto de cartilago auricular está indicado en defectos del 50 al 100% del párpado inferior ya que es un tejido similar al tarso (*like to like*), sin limitación en la dimensión, con escasa morbilidad de la zona dadora y buen resultado funcional y estético^{3,4}.

El colgajo de transposición de Fricke de mejilla para reconstruir la lamela anterior puede cubrir toda la extensión del párpado. Por tanto, es apto para defectos de gran tamaño como el del caso presentado⁵. Además, tiene muy buena vascularización por lo que es muy poco frecuente que se necrose. Como desventaja, el colgajo de Fricke al trasponer piel de la mejilla tiene mayor grosor que la del párpado y puede ser necesario adelgazarla para obtener un mejor resultado cosmético.

Complicaciones

Tras cirugías complejas de la región palpebral se debe evitar principalmente las siguientes complicaciones: ectropión, epífora y exposición o daño corneal por roce.

En nuestro caso la paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, realizando curas diarias y retirando los puntos de sutura a los 7 días.

Como única complicación cabe destacar una leve triquiásis en el canto interno que se solucionó de forma sencilla mediante la extracción de las pestañas.

La zona dadora del pabellón auricular no presentó complicaciones como hematoma o alteraciones sensoriales.

Conclusiones

Describimos un caso de reconstrucción de defecto completo de espesor total de párpado inferior izquierdo (haciendo un párpado «nuevo»), mediante injerto de cartilago auricular de antehélix para reparar la lamela posterior y colgajo de transposición de Fricke de mejilla para reparar la lamela anterior.

Mediante esta técnica conseguimos una reconstrucción con tejidos de características similares al párpado, reponiendo los tejidos en el orden adecuado obteniendo buen resultado funcional y cosmético.

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.2024.07.023](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.07.023).

Bibliografía

1. Vázquez Doval FJ. Cirugía topográfica: los párpados y la región orbitaria. Cirugía Dermatológica; texto y atlas de casos prácticos. 1.ª edición España: Springer; 2013. p. 94–138.
2. Iglesias ME, Santesteban R, Larumbe A. Cirugía oncológica del párpado y la región orbitaria. Actas Dermosifiliogr. 2015;106:365–75.
3. Fin A, de Biasio F, Lanzetta P, Mura S, Tarantini A, Parodi PC. Posterior lamellar reconstruction: a comprehensive review of the literature. Orbit. 2019;38:51–66.
4. Mischkowski RA, Domingos-Hadamitzky C, Siessegger M, Zinser MJ, Zöller JE. Donor site morbidity of Ear Cartilage autografts. Plastic Reconstr Surg. 2008;121:79–87.
5. Barba-Gómez J, Zuñiga-Mendoza O, Iñiguez-Briseño I, Sánchez-Tadeo MT, Barba-Gómez JF, Molina-Frechero N, et al. Total lower-eyelid reconstruction: Modified Fricke's cheek flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64:1430–5.