

Corrección de defectos por transferencia de tejido adiposo adyacente (colgajos de grasa)

Filling defects by adjacent adipose tissue transfer (fat laps)

Lawrence M. Field*

*Doctor, FIACS

Inaugural International Traveling Chair of Dermatologic Surgery
International Society for Dermatologic Surgery

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las depresiones de la piel aún representan un reto para el cirujano reconstructivo.

Los colgajos de tejido adiposo adyacente pueden tener un impacto positivo en las anomalías del contorno en casos seleccionados donde se disponga de tejidos.

OBJETIVO: La utilización de tejido adiposo adyacente manteniendo viables sus pedículos vasculares es una excelente opción para corregir defectos deprimidos de la superficie.

MÉTODOS: Este principio se demuestra por una secuencia de fotografías, diagramas y comentarios cuando se presente deficiencia en el grosor del tejido celular subcutáneo donde se utilizó el colgajo de grasa adyacente.

RESULTADOS: Los pedículos vasculares garantizan la supervivencia de los colgajos con que se corrigen los defectos deprimidos.

CONCLUSIONES: El cirujano reconstructivo debe considerar esta técnica en la reconstrucción de defectos deprimidos.

ABSTRACT

BACKGROUND: Integumentary depressions continue to challenge the esthetic reconstructive surgeon.

Adjacent adipose tissue flap movements may have significant impact on surface contour abnormalities in selected cases where such tissue is available.

OBJECTIVE: Utilization of adjacent adipose tissue maintained by viable vascular pedicles offers an excellent alternative source for space-filling material in depressed defects, and a representative work will be offered.

METHOD: This principle will be demonstrated by serial photographs, diagrams, and commentaries in a case with a deficiency in the thickness of the fat layer which was repaired by use of a fat flap being transposed to achieve increased thickness of the fat layer.

RESULT: Vascular pedicles virtually assure survival of the transposed flaps of fat used in filling fat-deficient space.

CONCLUSION: Consideration of this technique should enter the surgeon's deliberations when contemplating esthetic reconstruction of depressed defects whenever adjacent fat can be mobilized with flap movements.

CORRESPONDENCIA

■ lmfieldmd@gmail.com
700 Promontory Point Lane, Suite 1103, Foster City, California, 94404, EUA
Teléfono/fax: (6-50) 572-92-40

Los defectos deprimidos representan importantes retos para el cirujano reconstructivo, y se dispone de una gran variedad de opciones con diversos grados de éxito y supervivencia.

La microlipoinyección ofrece una opción semipermanente pero de resultados variables,¹⁻⁷ si bien aún es incierta la cantidad de células grasas necesarias para corregir los efectos. Las bolsas de grasa infraorbitaria son una opción permanente, pero este tejido no siempre está disponible, y su obtención en ocasiones es complicada.

Cuando se dispone de colgajo de grasa adyacente, se cuenta con una solución sencilla para corregir estos defectos deprimidos.

Hambley y Carruthers mencionan que los colgajos que incluyan tejido celular subcutáneo previenen las depresiones posteriores, pero omiten información sobre transferir sólo el tejido celular.

Mantener un pedículo vascular virtualmente garantiza la supervivencia del tejido adiposo e incluso de la piel. Se ha comprobado que la restauración del contorno de la superficie resulta de buena a excelente cuando se aplica grasa adyacente.

Los colgajos compuestos con tejido celular se han utilizado con éxito en aumento de mandíbula, corrección de ptosis por envejecimiento y corrección de cicatrización submentoniana en deformidades de “mandíbula de bruja”. Todo el movimiento de grasa se realiza sobre el plano muscular.

Con colgajos de grasa también se corrigen de defectos en mentón y mejilla (fotografías 1 a 6, y diagramas A a C), donde los defectos de espesor total se llenaron de manera exitosa y estética.

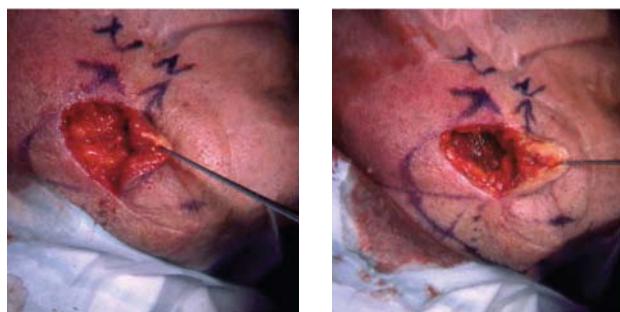
A continuación se presenta la secuencia fotográfica y los diagramas:



Fotografía 1. Se coloca la línea de incisión para eliminar las cicatrices de curva superior y medial de una reconstrucción mamaria con colgajo original que había dado lugar a una depresión subcutánea significativa. Asimismo, se previeron con tinta en la piel los límites de la disección del espacio de depresión y el colgajo de grasa, además de la dirección de su movimiento.



Fotografía 2. Un colgajo de piel se levantó con el plano de disección transversal justo por encima del plano anterior de la anastomosis. La capa de grasa inferior a la escisión original se retiró hacia el músculo subyacente (visible en la profundidad del defecto). Vale la pena observar el espesor del tejido adiposo residual inferior y posterior del defecto.



Fotografía 3. Blunt. La disección atraumática resultó en la evolución de un colgajo compuesto de tejido graso adjunta inferolateral y capaz de moverse superomedialmente (en dirección de las flechas).



Fotografía 4. Rotación del colgajo de tejido adiposo a la parte posterior del mentón y anastomosis con suturas absorbibles.



Fotografía 5. Cierre de la incisión completa. Se observan algunos casos de depresión aparente justo por debajo de la superficie de relleno del colgajo de tejido adiposo, como resultado del estiramiento anterior de tejido adiposo en esta área.



Fotografía 6. Resultado final 12 meses después, con el contorno de la superficie sin anomalías esenciales y sin distorsión de comisura de boca, mejillas, barbilla ni surco oromental.

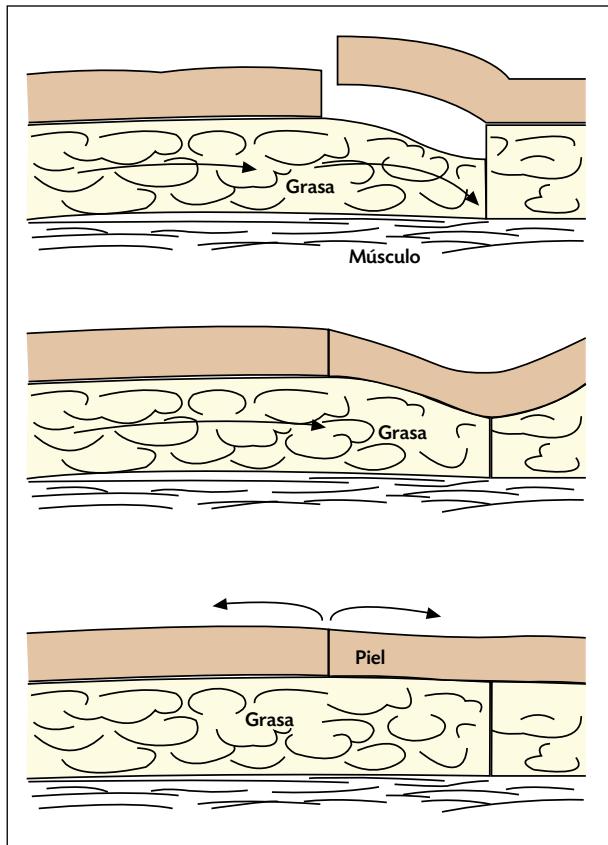


Diagrama A. Disección de grasa con el colgajo en el nivel del músculo.

Diagrama B. Liberación de colgajo de grasa debajo de la dermis y sobre el músculo, diseando de manera adecuada en los planos tanto subdérmico como supramuscular, con varios centímetros necesarios para permitir el movimiento deseado. El colgajo de tejido adiposo se moviliza, extendido, y se anastomosa por encima de la grasa muscular y más allá de la profundidad del defecto.

Diagrama C. Adelgazamiento de la masa de tejido blando por encima del nivel de la anastomosis distal como colgajo de tejido adiposo. Esto es lo más importante al principio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fournier P. "Microlipextraction et microlipojunction". *Rev Chir Lang Franc* 1985; 10: 41.
2. Illouz Y. "The fat cell 'graft': A new technique to fill depressions", *Plas Reconstr Surg* 1986; 78: 122-123.
3. Newman J, Ftaiha Z. "The biographical history of fat transplant surgery". *Amer J Cosm Surg* 1987; 4: 85-89.
4. Glogau R. "Microlipojunction. Autologous fat grafting". *Archives Dermatology* 1988; 124: 1340-1343.
5. Asken S. "Autologous fat transplantation". En Roenigk R, Roenigk H Jr. (eds.), *Dermatologic Surgery*, Nueva York, Marcel Dekker, 1989, 1179-1213.
6. Gormley D, Eremia S. "Quantitative assessment of augmentation therapy", *J Derm Surg Oncol* 1990; 16: 1147-1154.
7. Pinski K, Roenigk Jr H. "Autologous fat transplantation". *J Derm Surg Oncol* 1992; 18: 179-184.
8. Hambley R, Carruthers A. "Microlipojunction for the elevation of depressed full-thickness skin grafts on the nose". *J Derm Surg Oncol* 1992; 18: 963-968.
9. Lam A, Moy R. "The potential for fat transplantation". *J Derm Surg Oncol* 1992; 18: 432-434.
10. Fournier P. "The recycling of intraorbital fat for the treatment of glabellar furrows and nasolabial furrows". En Fournier P. (ed.), *Liposculpture-The syringe technique*, París, Arnette, 1991, 381-383.
11. Field L. "Fat grafts from the orbital region". *J Derm Surg Oncol* 1994; 20: 551-553.
12. Field L. "The subcutaneously bipedicled island flap". *J Derm Surg Oncol* 1980; 6: 454.
13. Gonzales U. "Ptosis of the chin: The witch's chin". *Plas Reconstr Surg* 1972; 50: 54.
14. Loeb R. "Surgical elimination of the retracted submental fold during double chin correction". *Aesth Plast Surg* 1978; 2: 31-40.
15. Chong J. "Correction of chin ptosis by transposition technique". *Amer J Cosm Surg* 1992; 9: 37-41.
16. Field L. "Correction of chin ptosis (Letter)". *Amer J Cosm Surg* 1992; 9: 222.
17. Field L. "Correction by a flap of suprathyroid fat of a 'witch's chin' caused by a submental retracting scar". *J Derm Surg Oncol* 1981; 7: 719-721.