

Reconstrucción del canto medio y párpado contralateral superior, por defectos de cierre con párpado ipsilateral

Medial canthal and counter-lateral upper lid reconstruction, due to closure defects with ipsilateral lid contouring

Prof. Dr. Lawrence M. Field, MD, FIACS

RESUMEN

Esta perla quirúrgica consiste en una serie de fotografías que documentan el cierre de defectos del canto interno con injerto del párpado superior derecho contralateral, remodelando el espesor del colgajo en el área del defecto, y eliminando el exceso de piel supratarsal en el área donadora, dejando simetría en los párpados. La virtual invisibilidad acompaña la preservación de la función palpebral.

ABSTRACT

This surgical gem consists of a series of photographs documenting medial canthal defect closure by harvesting the contralateral upper lid, fixing the full thickness graft into the defect, and sacrificing the excess supra-tarsal skin on the grafted side, thereby achieving symmetry. Virtual invisibility accompanies complete preservation of eyelid function.

Nota: aunque están disponibles una variedad de métodos para la reconstrucción del canto medio (incluida la cicatrización por segunda intención¹), el injerto puede ser menos complicado que las técnicas de colgajo en casos seleccionados.³ La atención cuidadosa del contorno anatómico local ayuda a asegurar el resultado cosmético.^{3,4}



Figura 1. Lesión preoperatoria. La biopsia demostró carcinoma epidermoide intraepidérmico, con micro-invasión focal.



Figura 2. Marcaje con 2 mm de bordes. Línea punteada en el nivel de la inserción de la piel tarsal. La línea continua sobre el defecto esperado, ocultándose en las líneas de expresión.



Figura 3. Defecto después de dos escisiones con control microscópico controlado.

CORRESPONDENCIA

Prof. Dr. Lawrence M. Field ■ lmfieldmd@gmail.com

Dirección: 700 Promontory Point Lane #1103. Foster City, CA 94404. Teléfono / Fax: (650) 572-9240



Figura 4. Toma del injerto de espesor total contralateral, extendiéndose de manera curva sobre la inserción de la piel tarsal inferior. La línea superior se dibuja en la piel orbitaria.



Figura 5. El exceso de tejido del ojo donador es disecado a lo largo de la línea del plato tarsal.

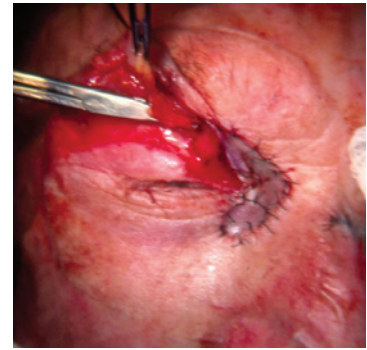


Figura 6. Algunos músculos son sacrificados necesariamente para disminuir el grosor de la región inmediata.



Figura 7. Se ha separado el remanente del tejido redundante arriba de la línea de inserción de la curva del tarso y bajo la piel del párpado superior.



Figura 8. Anastomosis del injerto y cierre siguiendo la línea del tarso, restableciendo el pliegue del párpado superior.



Figura 9. Resultado final a los seis meses del post-operatorio. No hay compromiso de la función del párpado o canto, con excelente cosmética.

REFERENCIAS

1. Field L. Canthal. "Eyelid reconstruction". *Dermatol Surg* 2007; 33: 1410-1411.
2. Field L. "The Upper-to-Lower Eyelid Transposition Flap". *Jrl Dermatol Surg Oncology* 1983; 9: 809-812.
3. Field L, Tanner M, Schleussinger T, Martin E. "Conforming FTGs design considerations". *Dermatosurgery Overview Group + ISDS Chair*. Nordlingen, Bavaria, Nov 2009.
4. Field L. "Make your incisions where you want your final scar line to be: A surgical philosophy". *J Dermatol Surg Oncol* 1990; 16: 1062-1063.

Prof. Dr. Lawrence M. Field, MD, FIACS

- Founder, The Lawrence M. Field, MD International Dermatologic Surgery Educational Exchange Program 2010
- Inaugural International Traveling Chair of Dermatologic Surgery (International Society of Dermatologic Surgery) 1986
- Presidential Citation. International Society for Dermatologic Surgery, Amsterdam, Netherlands 1997
- Outstanding Achievement Award American Society for Dermatologic Surgery, Portland, Oregon 1998
- Presidential Award Atlanta, Georgia, 2005
- International Society of Dermatologic Surgery – Outstanding Educator's Award, Las Vegas, NV, 2008.