

Reconstrucción de un defecto grande de la punta nasal con colgajo de avance malar en mariposa

Reconstruction with malar butterfly flap after a large nasal tip defect

*José Manuel Díaz González, *Rosa María Guevara Castillo, *Rocío Tovar Franco, **Leonel Fierro Arias, ***Amelia Peniche Castellanos.

*Dermato-Oncólogo egresado

**Profesor adjunto del curso de Alta Especialidad

***Profesor titular del curso de Alta Especialidad

Unidad de Dermatología Oncológica y Cirugía Dermatológica del Hospital General de México, Secretaría de Salud

RESUMEN

El cáncer de piel (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma) es la neoplasia maligna más frecuente en el ser humano. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del tumor con márgenes de seguridad adecuados para cada tipo, por lo que el tamaño del defecto primario determinará la conducta a seguir en el método de reconstrucción.

Presentamos el caso de una paciente de 45 años que –posterior a la resección de un carcinoma basocelular infiltrante en la punta de la nariz– obtuvo un defecto quirúrgico grande, por lo que destacamos la reconstrucción con el colgajo de avance malar en mariposa, conservando la funcionalidad y un adecuado resultado cosmético.

PALABRAS CLAVE: *cáncer de piel, defectos quirúrgicos grandes, colgajo de avance.*

ABSTRACT

Skin cancer (basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma) is the most frequent malignancy in humans. The treatment of choice is complete surgical excision with free tumor margins. The method of reconstruction depends on the site and size of the tissue removed.

We present a 45 year-old female with an infiltrating basal cell carcinoma on the tip of her nose. We excised it and a large defect was repaired with the malar butterfly flap achieving our goals: functionality and good cosmetic outcome.

KEY WORDS: *Skin cancer, large surgical defects, advancement flap.*

Introducción

El tratamiento del cáncer de piel es principalmente mediante cirugía, cuyos objetivos son la curación (con la resección completa de la lesión maligna) y obtener el mínimo déficit funcional o deformidad cosmética del área afectada. El cirujano debe tener un conocimiento amplio de las distintas técnicas de reconstrucción, incluidas las ventajas, desventajas y limitaciones, así como el dominio de la anatomía regional y local para que los objetivos planteados sean logrados.¹

La nariz es una zona particularmente vulnerable a lesiones malignas. Debido a la posición central que ocupa en la cara, la relación entre concavidades y convexidades, textura y tipo de piel, su reconstrucción es un gran reto.² La técnica elegida debe estar acorde con el tamaño del

defecto, la localización en la subunidad cosmética, y el tejido circundante, para repararlo, restaurando en la medida de lo posible la anatomía funcional.³

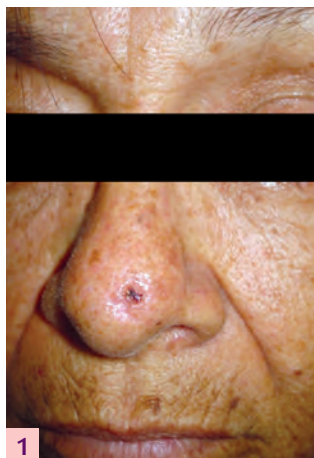
Caso clínico

Paciente del sexo femenino de 45 años de edad con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular infiltrante en la punta de la nariz (fotografía 1), la cual fue sometida a cirugía para extirpación de dicha lesión con un margen de seguridad amplio. El defecto primario fue mayor a 2 cm de diámetro, por lo que decidimos repararlo mediante el colgajo de avance malar en mariposa (fotografía 2).

No se reportaron complicaciones durante el evento quirúrgico ni en el post operatorio. La cirugía resultó ser curativa al reportarse la lesión maligna totalmente extir-

CORRESPONDENCIA

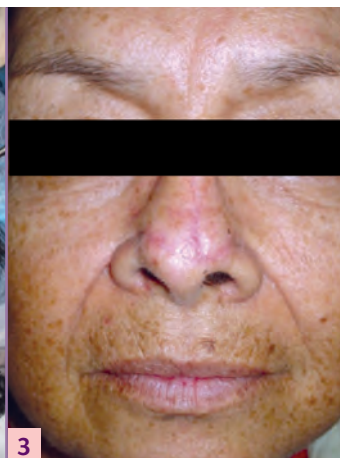
■ Correspondencia: dr_jd_derma@hotmail.com



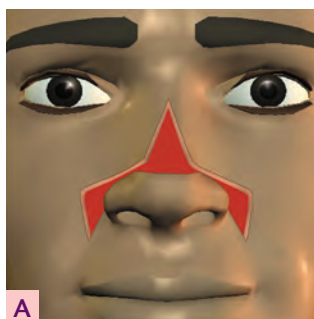
1
Fotografía 1. Carcinoma vasocelular infiltrante.



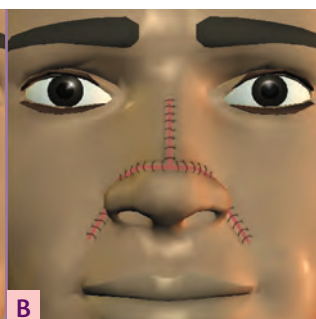
2
Fotografía 2. Colgajo de avance malar en mariposa.



3
Fotografía 3. Tres meses después de la cirugía.



A



B

Figura A y B. Colgajo de avance malar en mariposa.

pada y con márgenes de seguridad adecuados. Tres meses después de la cirugía podemos observar que el resultado cosmético es aceptable (fotografía 3).

Discusión

En respuesta a opciones de reparación para defectos grandes de la nariz, Sand y colaboradores⁴ reportaron una serie de casos de 12 pacientes que fueron sometidos a cirugía reconstructiva por defectos grandes del dorso nasal con un colgajo de avance bilateral de nariz y mejilla con buenos resultados cosméticos. Posteriormente, Nakhla y colaboradores⁵ realizaron pequeñas modificaciones a esta técnica, poniendo más énfasis en realizar las incisiones en los surcos naturales de la nariz, disminuyendo la longitud de las cicatrices. Esta técnica es conocida como colgajo malar en mariposa, debido a la impresión que da la simetría de las "alas" o extremos del colgajo, y consiste en extender las incisiones por arriba de las alas nasales y distalmente por abajo hacia los pliegues melolabiales (figura A). En la piel, entre estos cortes, se realiza una adecuada disección (en forma lateral, hacia las mejillas, el plano debe ser tejido celular subcutáneo); se debe tener cui-

dado en la porción superomedial para evitar daño a la arteria angular. Al afrontar la piel, deben realizarse puntos de anclaje al pericondrio del ala nasal correspondiente con la finalidad de mantener este ángulo deprimido y dar aspecto cóncavo a la subunidad cosmética.⁶ Al final, la piel redundante se corta y el afrontamiento final debe establecerse lo más cerca-

no posible a la línea media (figura B).

El colgajo malar en mariposa es una opción efectiva en la reparación de defectos grandes de la nariz. Se realiza en un solo evento quirúrgico, disminuyendo así la posibilidad de infección y de necrosis del colgajo, en comparación con una de las técnicas más utilizadas para este propósito (colgajo de transposición glabellar).⁷ La ventaja respecto a los injertos es que éstos producen un efecto cosmético menos favorable por el tamaño del defecto, el color y la textura.⁸

Finalmente, concluimos que esta técnica brinda excelente resultado funcional y cosmético al dejar las cicatrices de la cirugía en los pliegues naturales, por lo que es recomendable en defectos grandes de la nariz.

REFERENCIAS

- Moncrieff M, Thompson J, Quinn M, Stretch J. "Reconstruction after wide excision of primary cutaneous melanomas: part I—the head and neck". *Lancet Oncol* 2009; 10: 700-708.
- Jewett B. "Repair of small nasal defects". *Otolaryngol Clin N Am* 2007; 40: 337-360.
- Yoon T, Benito-Ruiz J, García-Díez E, Serra-Renom JM. "Our algorithm for nasal reconstruction". *Plast Reconstr Surg* 2006; 59: 239-247.
- Sand M, Boorboor P, Sand D, Altmeyer P, Mann B, Bechara FG. "Bilateral cheek-to-nose advancement flap: An alternative to the paramedian forehead flap for reconstruction of the nose". *Acta Chir Plast* 2007; 49: 67-70.
- Nakhla T, Horowitz M, Schwartz R. "Malar butterfly flap: Bilateral melolabial advancement for large dorsal nasal defects". *Dermatol Surg* 2009; 35: 253-256.
- Bertossi D, Albanese M, Malchiodi L, Procacci P, Nocini PF. "Surgical alar base management with a personal technique: the tightening alar base suture". *Arch Facial Plast Surg* 2007; 9: 248-251.
- Brodland DG. "Paramedian forehead flap reconstruction for nasal defects". *Dermatol Surg* 2005; 31(8Pt2): 1046-1052.
- Mureau MA, Moolenburgh SE, Levendag PC, Hofer SO. "Aesthetic and functional outcome following nasal reconstruction". *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1217-27.