

Colgajo de rotación heminasal para corregir defectos de la mitad inferior de la nariz

Hemi-Nasal Flap Rotation to Correct Defects in the Lower Half of the Nose

Damian Ferrario¹, Luis Agustín Bollea Garlatti², María Molinari Leisa³, Gastón Néstor Galimberti¹ y Ricardo Luis Galimberti⁴

¹ Médico de planta

² Becario de perfeccionamiento. Oncología cutánea y cirugía micrográfica de Mohs

³ Médica asociada

⁴ Jefe de servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la nariz desempeña un importante rol estético, y la reparación de los defectos quirúrgicos en esta área es un desafío. Una de las opciones reconstructivas es el colgajo dorsonasal, útil contra defectos de la mitad inferior del dorso nasal, la punta e incluso la pared lateral. Una modificación de este colgajo es el colgajo heminasal, descrita por Rigg en 1973.

MATERIALES Y MÉTODOS: se presenta un paciente con diagnóstico de carcinoma basocelular lobulado primario de 16 × 11 mm localizado en el dorso nasal, por lo que se realizó cirugía micrográfica de Mohs y se reparó con un colgajo heminasal.

RESULTADOS: las imágenes del paciente muestran un resultado funcional y estético excelente.

CONCLUSIÓN: el colgajo heminasal es una técnica quirúrgica de baja complejidad, ya que se puede realizar con anestesia local y conlleva un solo tiempo quirúrgico. No es frecuente la necrosis del mismo debido a su rica irrigación y el resultado cosmético es excelente. Por esto dicho colgajo es una alternativa válida para la reconstrucción de defectos en la mitad inferior de la nariz.

PALABRAS CLAVE: cirugía de Mohs, colgajo heminasal, nariz.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: the nose is an important aesthetic structure, and surgical repair after surgery in this location is a challenge. One of the options for the reconstructive nasal defects is the nasal dorsum flap. A modification of this flap is the hemi-nasal flap, described by Rigg in 1973.

MATERIALS AND METHODS: A patient diagnosed with a 16 × 11 mm primary nodular basal cell carcinoma located in the nasal dorsum is presented. Mohs micrographic surgery was performed and was repaired with a hemi-nasal flap.

RESULTS: images of patients exhibit excellent functional and aesthetic result.

CONCLUSION: the hemi-nasal flap is a surgical technique of low complexity, as it can be performed under local anesthesia in a single surgical time. Necrosis is very infrequent because of its rich blood supply and the cosmetic result is excellent. This flap is a good option for the reconstruction of defects in the lower half of the nose.

KEYWORDS: Mohs micrographic surgery, hemi-nasal flap, nose.

Introducción

La nariz es una estructura piramidal situada en el centro del rostro y desempeña un importante rol estético. El 75% de los carcinomas se desarrollan en sitios fotoexpuestos, de los cuales 12% se manifiesta en el área nasal.¹ La reparación de los defectos quirúrgicos nasales es un desafío. Aquellos ubicados en la punta y mitad inferior son de mayor complejidad, debido a las características cosméticas y a la escasa movilidad de la piel de esta región debida a la presencia de gran número de glándulas sebáceas.²⁻³

Una de las opciones reconstructivas es el colgajo dorso nasal, descrito por primera vez por Rieger en 1967. Es un colgajo de avance rotacional que utiliza piel de la nariz para reparar defectos de tamaño intermedio (de hasta 20-25 mm de diámetro).²⁻³ Es útil contra defectos de la mitad inferior del dorso nasal, la punta e incluso de la pared lateral.³⁻⁴ A lo largo del tiempo se fueron haciendo distintas modificaciones a partir de este colgajo; una de ellas es el colgajo heminasal descrito por Rigg en 1973. En este último la incisión se hace directamente por el dorso nasal

CORRESPONDENCIA

Damian Ferrario ■ damian.ferrario@gmail.com

Gascón 450, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (+54 11) 4959-0392

hacia la glabella, a diferencia del original que va a través de la unión nasofacial.³⁻⁴

Caso clínico

Presentamos un paciente de 76 años, con diagnóstico de carcinoma basocelular lobulado primario de 16 × 11 mm localizado en el dorso nasal, por lo que se realizó cirugía micrográfica de Mohs. El defecto final de 20 × 14 mm en la mitad inferior del dorso nasal se reparó con un colgajo heminasal. Se describe la anatomía de la nariz y la técnica quirúrgica ilustrada con el caso.

Anatomía quirúrgica

La nariz es la unidad cosmética que ocupa la posición central del rostro, y su piel presenta características únicas de color, textura, fotodaño y densidad de anexos cutáneos. Se divide en las siguientes áreas cosméticas: raíz, dorso, paredes laterales, punta, alas nasales y columela³ (figura 1a).

Recibe una rica irrigación proveniente de los sistemas carótida interna y carótida externa, con una extensa red de anastomosis entre ambos en la línea media. Esta característica permite la confección segura de colgajos de pedículo vascular axial o aleatorio. La carótida externa contribuye en mayor proporción a través de la arteria angular, rama terminal de la facial. La misma asciende paralela al lado de la nariz dando lugar a numerosas ramas dirigidas

al ala, las paredes laterales y el dorso nasal. La arteria angular termina a nivel del canto medial donde se anastomosa con la arteria dorsal nasal, rama terminal del sistema carótida interna.³ El pedículo vascular formado a nivel del canto medial se extiende a la raíz y al dorso nasal en forma constante, lo cual brinda la posibilidad de confeccionar el colgajo en cuestión con un pedículo axial³ (figura 1b).

Técnica quirúrgica

Primer paso: diseño del colgajo. El diseño debe dibujarse en la piel antes de anestesiarse, por la distorsión que ésta provoca. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local infiltrativa. Los defectos en la línea media pueden ser reparados usando cualquiera de los dos lados para el pedículo vascular; para aquellos defectos excéntricos es mejor un pedículo basado en el lado opuesto.³ El diseño comienza en uno de los extremos superiores del defecto, avanzando hacia arriba a través de la unión del dorso y la pared nasal. Una vez superado el nivel del canto medial, asciende hacia la glabella y luego baja hacia el canto medial contralateral, ocultándose las incisiones en las arrugas del entrecejo (figura 2a).

Segundo paso: incisión y divulsión de la piel. Se realiza la incisión del colgajo y luego se procede a la divulsión.

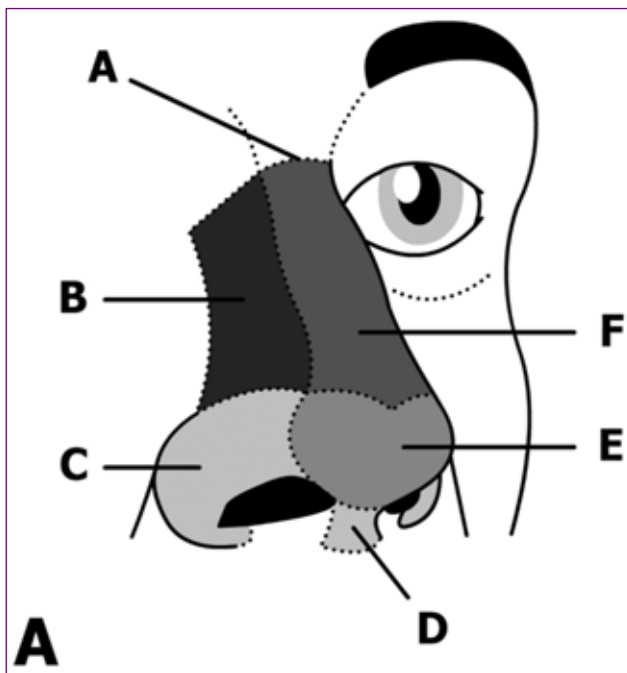


Figura 1a. Áreas cosméticas nasales: (a) pared lateral, (b) ala, (c) dorso, (d) punta, (e) columela y (f) raíz.

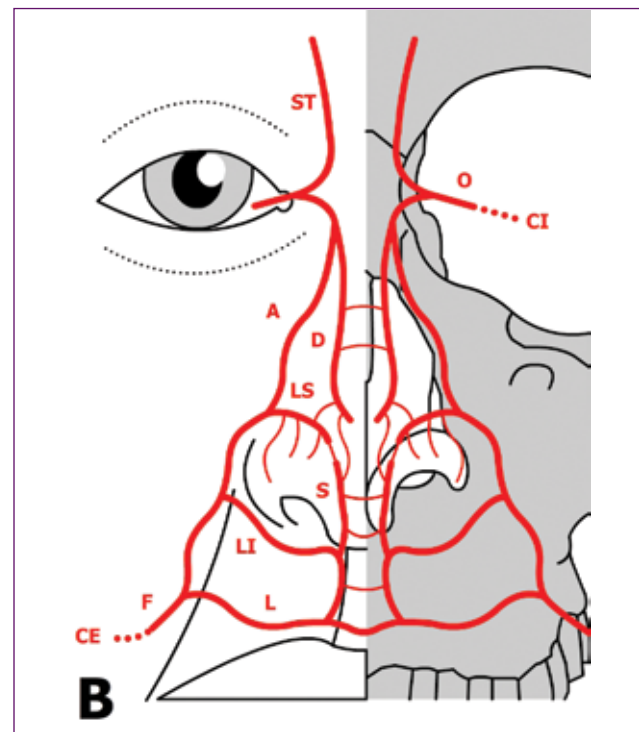


Figura 1b. Vascularización nasal: (ce) arteria carótida externa; (f) arteria facial; (A) arteria angular; (ci) arteria carótida interna; (o) arteria oftálmica; (st) arteria supraorbitaria; (d) arteria nasal dorsal; (ls) arteria nasal lateral superior; (li) arteria nasal lateral inferior; (s) arteria septal; (l) arteria labial superior.

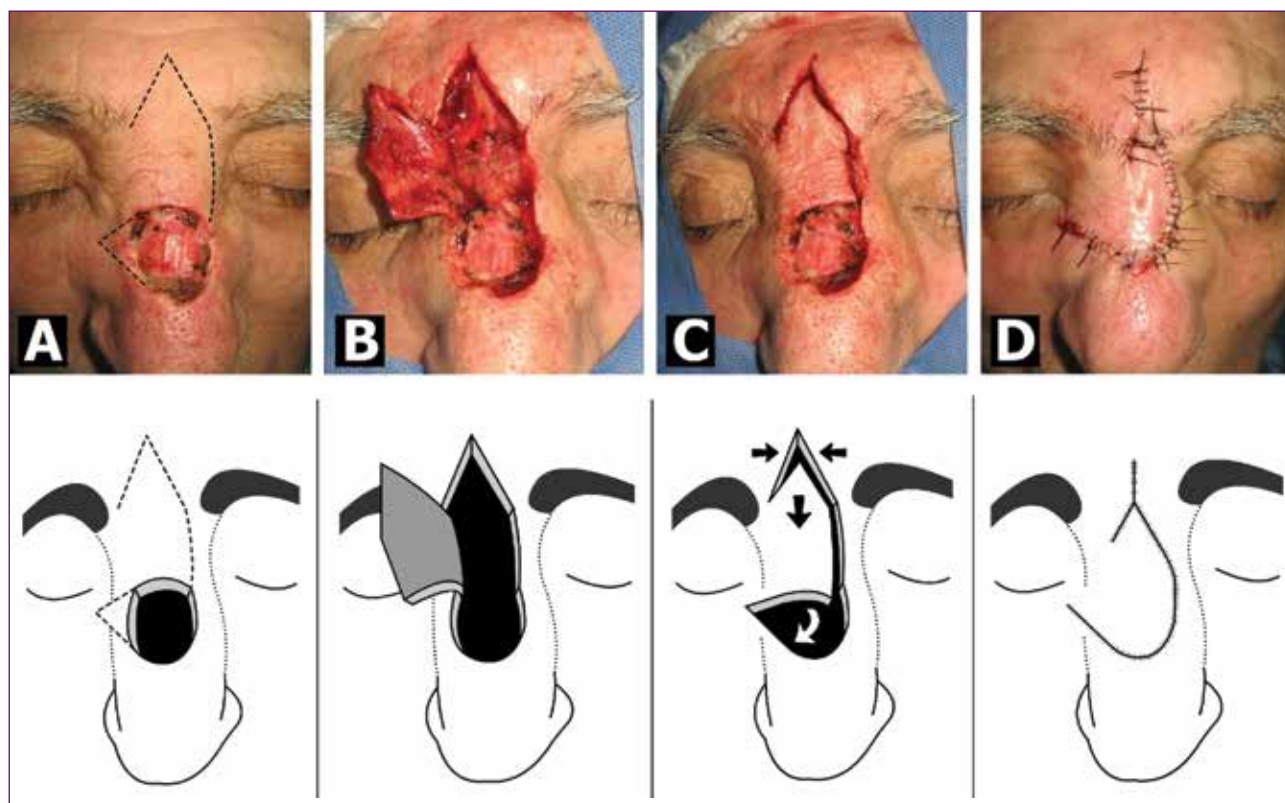


Figura 2. a) Defecto y diseño del colgajo; b) Incisión y divulsión del colgajo; c) Avance y rotación del colgajo; y d) Cierre final.

Esta última se debe hacer a nivel submuscular en su porción nasal (para no dañar las ramas arteriales perforantes), y debajo del tejido celular subcutáneo en su porción glabellar (para conservar la musculatura del entrecejo) (figura 2b).

Tercer paso: avance, rotación y fijación. El colgajo realiza un movimiento de avance en su porción glabellar y de rotación en su porción nasal, alcanzando su posición final en la mitad inferior de la nariz (figura 2c). Se debe comprobar que no exista tensión capaz de producir elevación de la punta nasal. Se colocan puntos de anclaje. El cierre se realiza en dos planos con puntos simples (figura 2d). Las suturas se retiran entre siete a diez días. En la figura 3 se muestra el resultado posquirúrgico mediato del paciente.

Puntos importantes

El defecto a reparar debe estar ubicado en dorso nasal o lateralizado a las paredes, no comprometer ala nasal,⁶ y no ser mayor a 25 mm de diámetro con el fin de minimizar la tensión y la distorsión en la anatomía vecina.³⁻⁴

El movimiento de rotación necesario para cubrir el defecto puede ser dificultoso por resistencia del tejido en el punto pivote (localizado en el canto medial ipsilateral a

la base del colgajo), por lo que es necesaria una divulsión adecuada. El corte en la glabella (hacia atrás del punto pivote) aporta mayor movilidad.³

El tamaño de este colgajo, en apariencia excesivo en comparación con el defecto primario, contribuye a que pueda rotar a su lugar definitivo con tensión mínima.³⁻⁴

Si bien puede realizarse en defectos en la línea media, la variante heminasal del colgajo es muy útil para defectos lateralizados.³

Conclusión

Sabemos que la nariz es una estructura piramidal situada en el centro del rostro con un importante papel estético y es un área facial con importante efecto solar, por esto es asiento frecuente de tumores fotoinducidos. El 75% de los carcinomas se desarrollan en sitios fotoexpuestos, de los cuales 12% se manifiesta en el área nasal.¹

En nuestro centro de cáncer de piel y cirugía micrográfica de Mohs, de un total de 7 850 cirugías realizadas entre marzo de 2003 y septiembre de 2014, 90,5% fue de localización facial, y de ellas 19,5% (1 540) localizadas en el área nasal. Este tipo de lesiones se consideran de mayor riesgo por la posibilidad de invasión más allá de los márgenes macroscópicos y la necesidad de preservar



Figura 3. Resultado final óptimo.

tejido sano para mantener la funcionalidad y la estética. En el rostro la nariz integra la llamada “zona de la H”, donde además están los párpados, el surco nasogeniano, los labios, el pabellón auricular, la región preauricular y retroauricular y los sitios de implantación capilar.⁶

El colgajo heminasal es una técnica quirúrgica de baja complejidad, dado que se puede realizar bajo anestesia local y conlleva un solo tiempo quirúrgico. A pesar de la rotación del colgajo, no es frecuente el compromiso del pedículo vascular debido a su rica irrigación.⁴ El resultado cosmético es excelente, dado que se utiliza piel de la misma unidad cosmética y las cicatrices se ocultan en líneas naturales y pliegues de la piel sin atravesar las unidades/áreas cosméticas.⁷ Las ventajas mencionadas convierten al colgajo heminasal en una alternativa válida para la reconstrucción de defectos en la mitad inferior del dorso nasal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz, R.A., “Introduction”, en Schwartz, R.A., *Skin cancer: recognition and management*, Blackwell Publishing, Massachusetts, 2008: 1-2.
2. Zimble, M.S., “The dorsal nasal flap for reconstruction of large nasal tip defects”, *Dermatol Surg*, 2008, 34 (4): 571-574.
3. Zavod, M.B., y Goldman, G., “The dorsal nasal flap”, *Dermatol Clin*, 2005, 23(1): 73-85.
4. Backer, S.R., “Rotation flaps”, en Backer, S.R., *Local flaps in facial reconstruction*, 2ª ed, Elsevier, San Louis, 2008: 113-115.
5. Otero Rivas, M.M., González, Sixto B., Valladares Narganes, L.M. et al., “Reconstruction of full-thickness defect of the alar rim with a combined advancement chondro-mucous and bilobed myocutaneous flap”, *Int J Dermatol*, 2014, 53: 1027-1030.
6. Galimberti, G.N. y Ferrario, D., “Indicaciones de la cirugía micrográfica de Mohs”, *Piel*, 2012, 27 (2): 98-101.
7. Wentzell, J.M., “Dorsal nasal flap for reconstruction of full-thickness defects of the nose”, *Dermatol Surg*, 2010, 36 (7): 1171-1178.