

# Reconstrucción de defectos quirúrgicos por subunidades estéticas en pacientes con cáncer de piel no melanoma

## Reconstruction of Surgical Defects due to Aesthetic Subunits in Patients with Non-Melanoma Skin Cancer

Jessica Fernanda González Gutiérrez<sup>1</sup> y Daniel Alcalá Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermatóloga, cirujana dermatooncóloga, práctica privada.

<sup>2</sup> Dermatólogo, cirujano dermatooncólogo, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua y práctica privada.

Fecha de aceptación: agosto, 2019

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** el cáncer de piel no melanoma es el más frecuente a nivel mundial y tiene una alta morbilidad. La mayoría de los casos se tratan exitosamente con cirugía, por lo que es importante conocer las zonas anatómicas para orientar la reconstrucción de los mismos.

**OBJETIVOS:** describir las técnicas de reconstrucción por subunidades con topografía en la cara, así como valorar los resultados funcionales y estéticos posteriores a la intervención quirúrgica.

**DISEÑO Y METODOLOGÍA:** es un estudio descriptivo y se presenta una serie de casos.

**LUGAR Y PACIENTES:** en el Servicio de Dermatooncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, se incluyó a seis pacientes con cáncer de piel no melanoma candidatos a tratamiento quirúrgico, que no hubieran recibido tratamientos previos y que estuvieran de acuerdo y firmaran el consentimiento informado.

**RESULTADOS:** la técnica de reconstrucción ideal en la frente es el colgajo de avance lateral, ya sea simple o doble; en el área glabellar las cicatrices deben ser verticales; a nivel de las cejas se pueden realizar microinjertos de piel cabelluda, colgajos de avance, de rotación y en isla; cada párpado es una subunidad estética, se puede reconstruir con injertos reemplazando toda la unidad, o un colgajo de transposición del párpado paralelo. En el canto interno y en la pared lateral nasal se puede realizar colgajo cigomático de avance de mejilla o cierres por segunda intención en caso de defectos pequeños. La nariz, siendo la topografía más frecuente del carcinoma basocelular (CBC), se puede reconstruir con múltiples colgajos en caso de que el defecto sea menor de 50% de la subunidad, en caso contrario, se utiliza injerto. En los labios se pueden usar colgajos de mucosa. La reconstrucción de las mejillas generalmente se realiza con colgajos de avance, de rotación, Mustarde, entre otros.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Non-melanoma skin cancer is the most frequent cancer worldwide and has a high morbidity. Most cases are treated successfully with surgery, so it is important to know the anatomical areas to guide their reconstruction.

**OBJECTIVES:** To describe the techniques of reconstruction by subunits with topography on the face, as well as to evaluate the functional and aesthetic results after the surgical intervention.

**DESIGN AND METHODOLOGY:** It is a descriptive study and a series of cases are presented.

**PLACE AND PATIENTS:** In the Dermatooncology Service of the Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, six patients candidates for surgical treatment with non-melanoma skin cancer, who had not received previous treatments and who agreed and signed the consent, were included.

**RESULTS:** The ideal reconstruction technique on the forehead is the lateral advancement flap, either single or double; in the glabellar area the scars must be vertical; at the eyebrow level, micrografts of the scalp, advancement, rotation and island flaps can be performed. Each eyelid is an aesthetic subunit, it can be reconstructed with grafts replacing the entire unit, or a transposition flap of the parallel eyelid. In the internal canthus and in the nasal lateral wall, zygomatic flap of advancement of cheek or closures can be made by second intention in case of small defects. The nose, being the most frequent topography of basal cell carcinoma (CBC), can be reconstructed with multiple flaps in case the defect is less than 50% of the subunit, otherwise graft is used. On the lips you can use mucosal flaps. Cheek reconstruction is usually done with advance, rotation, Mustarde flaps, among others.

**CONCLUSIONS:** The reconstructive method to be used must be individualized for each anatomical zone, taking in consideration

### CORRESPONDENCIA

Dra. Jessica Fernanda González Gutiérrez ■ derma.jessicag@gmail.com ■ Teléfono: 303 8384  
Av. Kepler núm. 2143, Col. Reserva Territorial Atlixáyotl, C.P. 72190, Puebla, Puebla.

**CONCLUSIONES:** el método reconstructivo a emplear se debe individualizar para cada zona anatómica, tipo de defecto primario y de acuerdo con la experiencia del cirujano. Es fundamental conocer las líneas de expresión y las zonas anatómicas para obtener los mejores resultados funcionales y estéticos.

**PALABRAS CLAVE:** *cáncer de piel, no melanoma, técnica de reconstrucción, microinjertos.*

## Introducción

El objetivo principal de este trabajo es establecer opciones de tratamiento quirúrgico para reparar defectos primarios por cáncer de piel y obtener resultados estéticamente aceptables. La cara se divide en unidades y subunidades estéticas que González-Ulloa describió en 1956; posteriormente, en 1966 Mildred determinó unidades regionales para la nariz; y en 1985 Burget y Menick las definieron con mayor detalle y describieron cómo reparar otras áreas de la cara.<sup>1-7</sup>

Existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas para reconstruir la cara. Actualmente no es aceptable el hecho de sólo cubrir el defecto primario, sino que se debe reconstruir la unidad o subunidad estética en cuestión.<sup>4</sup> Las unidades estéticas de la cara son independientes entre sí, y por lo tanto se deben reparar de forma independiente, no utilizando un mismo colgajo para corregir dos unidades vecinas. Éstas, aunadas a las líneas de expresión, son muy importantes para la colocación de las cicatrices, las cuales quedan menos visibles y más tenues ubicadas en esos pliegues o paralelas a ellos, y nunca ubicarlas perpendiculares a ellas ya que dejarán cicatrices siempre visibles.<sup>2</sup> En el caso del uso de injertos en la cara existen algunas desventajas, como la diferencia en la pigmentación y el aspecto “parchado”, el cual no es aceptable estéticamente, subjetiva ni objetivamente.<sup>1,3</sup>

Nuestro objetivo fue valorar los resultados funcionales y estéticos posteriores a la intervención quirúrgica por subunidades estéticas de la cara para el cáncer de piel no melanoma. Incluimos a seis pacientes que acudieron a la Clínica de Dermatooncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua diagnosticados con carcinoma basocelular (CBC) o carcinoma espinocelular (CEC) en la cara, y que fueran candidatos a tratamiento quirúrgico; asimismo, que no hubieran recibido tratamiento previo y que estuvieran de acuerdo y firmaran el consentimiento informado. Excluimos a aquellos que presentaban tumores en otra topografía, a pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico, que no aceptaran el consentimiento informado y con contraindicación quirúrgica en la valoración preoperatoria. Antes de la aceptación y firma del consen-

timiento informado, se realizó la cirugía a seis pacientes con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma (cinco CBC y uno CEC) en diferentes áreas estéticas de la cara, para ejemplificar cómo se puede reconstruir cada una de ellas.

**KEYWORDS:** *skin cancer, non-melanoma, reconstruction technique, micrografts*

timiento informado, se realizó la cirugía a seis pacientes con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma (cinco CBC y uno CEC) en diferentes áreas estéticas de la cara, para ejemplificar cómo se puede reconstruir cada una de ellas.

## Casos clínicos

**Caso 1.** Paciente masculino de 74 años de edad con CBC infiltrante en el párpado inferior derecho y la región paranasal derecha; por el tamaño del tumor y los márgenes de seguridad, el defecto era de aproximadamente  $2.5 \times 1.5$  cm, el cual se reconstruyó con un colgajo de transposición del párpado superior derecho, así como colgajo de avance de la mejilla derecha, con muy buen resultado estético y sin limitación funcional (figura 1).

**Caso 2.** Paciente masculino de 74 años de edad con diagnóstico de CBC infiltrante en la punta nasal y el ala nasal derecha; con los márgenes quirúrgicos el defecto era de  $1.7 \times 1.4$  cm, por lo que reconstruimos con un colgajo Rintala con triángulos de compensación, así como injerto en el ala nasal tomado de estos mismos triángulos, con buen resultado estético y sin cambios en la anatomía de la fosa nasal derecha (figura 2).

**Caso 3.** Paciente femenino de 36 años de edad con diagnóstico de CBC sólido retroauricular izquierdo que dejó un defecto primario de  $2 \times 1.5$  cm. Realizamos un doble colgajo de rotación con excelente resultado estético, funcional y prácticamente imperceptible (figura 3).

**Caso 4.** Paciente femenino de 66 años de edad con diagnóstico de CBC infiltrante en la región malar derecha, mostraba un gran defecto primario el cual se reconstruyó con un colgajo de avance tipo Mustarde, así como un colgajo de rotación, con buen resultado funcional y estético (figura 4).

**Caso 5.** Paciente femenino de 66 años de edad con un CBC infiltrante en el labio cutáneo superior derecho, al extirparlo con márgenes el defecto era de  $1.7 \times 1.2$  cm, lo reconstruimos con un colgajo en isla y con cierre por segunda intención en el área de la mucosa (figura 5).

**Caso 6.** Paciente masculino de 73 años de edad con un CEC bien diferenciado en la mejilla derecha, el cual extirpamos con un centímetro de márgenes, quedando un defecto



**Caso 1.** A) CBC infiltrante. Marcaje con 7 mm de márgenes y diseño de colgajo de transposición del párpado superior y colgajo de avance de mejilla. B) Colgajo de transposición del párpado superior al inferior. C) Postoperatorio inmediato sin retracción ni ectropión de los párpados.



**Caso 2.** A) CBC infiltrante, pigmentado y ulcerado en la punta y el ala nasal derecha. B) Marcaje con 7 mm de márgenes y diseño de colgajo de avance tipo Rintala. C) Postoperatorio inmediato del colgajo Rintala, así como injerto de espesor total en el ala nasal.



**Caso 3.** A) CBC sólido retroauricular. Marcaje con 7 mm de márgenes y diseño de colgajo doble helicoidal. B) Transoperatorio de ambos colgajos en donde no se observan datos de tensión. C) Postoperatorio inmediato.

de  $2 \times 1.7$  cm. Se reconstruyó con un colgajo de rotación obteniendo muy buen resultado estético y funcional (figura 6).

### Discusión

El método reconstructivo a emplear se debe individualizar en cada caso según el defecto que se va a reconstruir y de acuerdo con la experiencia del cirujano. Nunca

hay que olvidar los tres principios básicos de la cirugía dermatooncológica: extirpar por completo el tumor preservando la mayor cantidad de piel posible, conservar la funcionalidad y obtener resultados estéticos adecuados; para los dos últimos principios mencionados, es fundamental respetar las unidades y subunidades estéticas de la cara y realizar una adecuada y cuidadosa técnica quirúrgica.



gica. Debemos recordar que los injertos, y en gran parte los colgajos, experimentan cierto grado de retracción, por lo que se debe evitar la tensión de los mismos y, en caso de ser necesario, hacer fenestraciones que ayudan a mantener las curvaturas naturales anatómicas. Es importante tomar en cuenta las comorbilidades, toxicomanías, medicamentos y tratamientos previos de los pacientes, ya que pueden contribuir a complicaciones postquirúrgicas.<sup>1-7</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Arriagada J, Cáncer de piel. Reconstrucción de defectos faciales, *Rev Med Clin Condes* 2004; 15(1):12-9.
2. Gaona S y Duque R, Reconstrucción de la subunidad estética de la ceja con un colgajo temporal en isla de cuero cabelludo, *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* 2010; 36(3):255-8.
3. Rezaeian F, Corsten M, Haack S, Gubisch W y Fischer H, Nasal reconstruction: extending the limits, *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 4:e804.
4. De Abullarade, Reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal con colgajo zigomático de mejilla, *Cirugía Plástica Ibero-Latinoam* 2009; 35(2):123-8.
5. Caballero A, Alcalá D, Torres S, Vences M, Medina A y Enríquez J, Técnicas quirúrgicas de reparación cutánea nasal en pacientes con cáncer de piel no melanoma, *Dermatología Rev Mex* 2011; 55(5):277-2.
6. Muñoz A, Duque A y López D, Reconstrucción de las subunidades estéticas nasales posterior al manejo quirúrgico del cáncer de piel, *Rev Colomb Cancerol* 2015; 19(2):103-10.
7. Hu X, Zeng G, Zhou Y y Sun C, Reconstruction of skin defects on the mid and lower face using expanded flap in the neck, *The Journal of Craniofacial Surgery* 2017; 28(2):e137-e41.



**Caso 4.** A) CBC infiltrante. Marcaje con 7 mm de márgenes y diseño de colgajo de avance y helicoidal. B) Colgajo helicoidal de mejilla. C) Postoperatorio inmediato de ambos colgajos, sin datos de sufrimiento de los mismos.



**Caso 5.** A) CBC infiltrante en el labio cutáneo superior. B) Marcaje con 7 mm de márgenes y diseño de colgajo en isla. C) Postoperatorio inmediato en el que observamos el colgajo de avance, así como cierre por segunda intención de la zona de la mucosa.



**Caso 6.** A) CEC bien diferenciado en la mejilla derecha. B) Marcaje con 10 mm de márgenes y diseño de colgajo helicoidal. C) Imagen postquirúrgica a los siete días.