

# Colgajo de avance East-West para reparar defectos quirúrgicos en la punta nasal

## East-West advancement flap to correct surgical nasal defects

Aldana Soledad Vacas,<sup>1</sup> Damián Ferrario,<sup>2</sup> Gastón Néstor Galimberti<sup>2</sup> y Luis Daniel Mazzuoccolo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dermatóloga, especialista en oncología cutánea y cirugía micrográfica de Mohs

<sup>2</sup> Dermatólogo, especialista en oncología cutánea y cirugía micrográfica de Mohs

<sup>3</sup> Dermatólogo, Jefe de Servicio

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

### RESUMEN

La punta nasal cumple un rol importante tanto funcional como estético, y la nariz es un área de afectación frecuente por carcinomas de piel. La reconstrucción de defectos postquirúrgicos en dicha área representa un desafío.

El colgajo de avance East-West tiene buenos resultados cosméticos y funcionales ante defectos menores a 2 cm localizados en la porción inferior del dorso nasal en contacto con la punta.

En este trabajo explicamos cómo diseñar el colgajo y la técnica quirúrgica en un “paso a paso”. Comentamos las indicaciones, los beneficios y las limitaciones de dicho procedimiento, y exemplificamos con dos casos clínicos.

**PALABRAS CLAVE:** colgajo de avance, colgajo horizontal, punta nasal, reconstrucción.

### Introducción

Los carcinomas de piel suelen localizarse en zonas fotoexpuestas y con frecuencia en la región nasal.<sup>1-5</sup> Luego de hacer la escisión quirúrgica de los mismos, la localización, el tamaño y la profundidad del defecto posquirúrgico influirán en la decisión del tipo de reconstrucción que realizaremos, como un cierre primario, un cierre por segunda intención, tercera intención, colgajo o injerto.<sup>5,8</sup>

Ante defectos nasales pequeños, los cierres simples para afrontar bordes orientados con las *relaxed skin tension lines* (RSTL) o localizados en la línea media son la indicación de elección debido a su excelente resultado estético y funcional. El desafío surge cuando los defectos se encuentran ubicados en la punta nasal o en su proximidad.

### ABSTRACT

The nose is an important mid-face area frequently affected by skin carcinomas. Nasal defects have particular impact on facial form and function. The management of post-surgical defect is always a challenge.

The East-West advancement flap yields good aesthetic and functional results for defects smaller than 2 cm located in the lower portion of the nasal dorsum in contact with the tip.

In this communication, we describe how to design the flap and the surgical technique step by step. We discuss the medical indications, benefits and limitations of this procedure, and we present two clinical case reports.

**KEYWORDS:** advancement flap, East-West, nasal tip, reconstruction.

En estos casos se recomienda que el diseño de los cierres simples centrales sean verticales con una relación mayor a 3:1, debido a la escasa movilidad de la piel. Pero si el defecto se encuentra lateralizado, la orientación vertical de la losange atravesará la subunidad cosmética y no sólo obtendremos un mal resultado cosmético, sino que al afrontar los bordes provocaremos una alteración de la forma de la punta nasal con tracción del ala. Para dichas situaciones proponemos optar por una reconstrucción por colgajo de avance.<sup>3,7</sup>

Entre estos colgajos se encuentran el colgajo de avance doble Burow, el colgajo en O-Z o East-West. Éste se diseña colocando un triángulo primario que abarque el defecto quirúrgico, y otro triángulo secundario en la línea media nasal para que luego del movimiento de avance horizontal

### CORRESPONDENCIA

Dra. Aldana Soledad Vacas ■ aldana.vacas@hospitalitaliano.org.ar ■ Teléfono: 0054 011 4959 0200  
Tte. Gral. Juan D. Perón 4190, C.P. 1199, Buenos Aires, Argentina

se pueda disimular la cicatriz en el centro, sin alterar la forma, la función ni la vascularización de la punta nasal.<sup>3,6,9</sup>

### Técnica quirúrgica

Para comenzar es conveniente diseñar el colgajo con lápiz dermatográfico antes de aplicar la anestesia local, ya que ésta provoca una distorsión anatómica de la nariz.

El colgajo consta de dos triángulos adyacentes con extremos opuestos, uno de ellos contiene el defecto y el otro localizado en la línea media de la punta nasal.

#### Primer paso: diseño del triángulo primario (con "oreja de perro" superior)

Se traza un triángulo que abarque el defecto con vértice superior y base inferior. La altura debe respetar la relación 2:1 o 2.5:1 con respecto de la base (figura 1b).

#### Segundo paso: diseño del triángulo secundario (con "oreja de perro" inferior)

Se traza un triángulo en la región media de la punta nasal con vértice inferior hacia la columella y base superior, a la misma altura de la base del triángulo primario. El ancho debe ser el mismo del defecto cuando éste se encuentre cercano a la línea media y la altura debe respetar la relación 2:1 o 2.5:1 con respecto de la base. En este último paso es importante no avanzar sobre la columella para no alterar la forma de los orificios nasales ni la circulación de la punta nasal luego de movilizar el colgajo (figura 1c).

#### Tercer paso: unión de los triángulos

Si los triángulos están adyacentes no es necesario este paso. Si existe una separación, la unión se realiza al trazar una recta horizontal que une las bases de ambos triángulos.

#### Cuarto paso: incisión y divulsión

Se hacen las incisiones de la piel siguiendo las líneas del diseño, para escindir ambos triángulos. Se realiza divulsión en el plano submuscular para minimizar el sangrado, aumentar la movilidad horizontal de la piel y conservar la vascularización de la punta nasal (figura 1d y e).

#### Quinto paso: avance y sutura

Se realiza una prueba manual con dirección central y horizontal para determinar el correcto desplazamiento del colgajo y el cierre de ambos triángulos, obteniendo una línea en forma de "Z". Se sutura en primer lugar el triángulo primario desde el extremo superior al inferior con puntos intradérmicos reabsorbibles. Se continúa con la sutura del triángulo secundario desde la columella hacia la punta na-

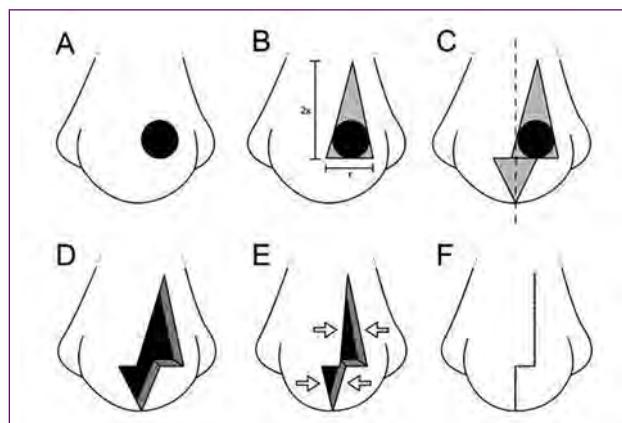


Figura 1.

sal y luego la línea horizontal. Se finaliza con los puntos superficiales con sutura no reabsorbible (figura 1f).

#### Indicaciones del colgajo

- Defectos en la porción inferior de la pared nasal en contacto con la punta.
- Defectos con menos de 2 cm de ancho.

#### Beneficios del colgajo

- Buen resultado cosmético (se utiliza la misma piel de los laterales del defecto minimizando las diferencias de textura, color y grosor) (figura 2).<sup>3,4,9</sup>
- Presenta bajo riesgo de necrosis debido a sus amplios pedículos de avance.<sup>3,4,9</sup>
- El punto de mayor tensión se encuentra en el área seborreica, por lo que se observa menos riesgo de deshiscencia y mejor cicatrización.<sup>4</sup>
- Para defectos de mayor tamaño o narices pequeñas, suele ser de gran utilidad modificar el colgajo extendiéndolo en horizontal al lado contralateral.

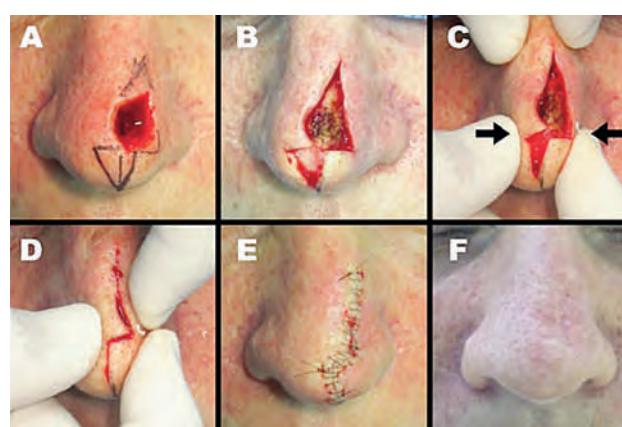


Figura 2.



Figura 3.

### Limitaciones del colgajo

- Defectos mayores a 2 cm de ancho.<sup>3,4</sup>
- Narices pequeñas.<sup>3,4</sup>
- Defectos alejados de la línea media.<sup>9</sup>
- Tiene riesgo de elevar el ala nasal en defectos que se encuentran a menos de 5 mm de ella.<sup>4</sup>

### Conclusión

El colgajo de avance doble Burow, colgajo O-Z o *East-West* está indicado para reconstruir defectos pequeños a medianos (menores de 2 cm) que se encuentren lateralizados tanto en la porción inferior de la pared como en la punta nasal. Colocar los triángulos de forma adecuada no sólo permitirá que el desplazamiento de avance horizontal conserve la simetría nasal, sino que al llevar la cicatriz a

la línea media se pueda obtener un excelente resultado cosmético y funcional. Sumado a esto, gracias a su gran pedículo vascular proveniente de la punta nasal es un colgajo que tiene un bajo riesgo de necrosis. Por todos estos motivos creemos que el colgajo de avance *East-West* es un método reconstructivo de utilidad para todo dermatólogo cirujano que realice escisiones tumorales nasales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Raasch B, Body site specific incidence of basal and squamous cell carcinoma in an exposed population, Townsville, Australia, *Mutat Res* 1998; 422:101-6.
2. Severi G, Obsitnikova A y Boyle P, Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer in Slovakia, 1978-1995, *Neoplasma* 2000; 47: 137-42.
3. Goldberg LH y Alam M, Horizontal advancement flap for symmetric reconstruction of small to medium-sized cutaneous defects of the lateral nasal supratip, *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:685-9.
4. Geist DE y Maloney ME, The "East-West" advancement flap for nasal defects: reexamined and extended, *Dermatol Surg* 2012; 38:1529-34.
5. Vinciullo C, Reconstructing the nasal dorsum, *Br J Dermatol* 2014; 171(2):7-16.
6. Krishnan R, Garman M, Núñez-Guzmán J y Orengo I, Advancement flaps: a basic theme with many variations, *Dermatol Surg* 2005; 31:8(2):986-94.
7. Cook J y Zitelli JA, Primary closure for midline defects of the nose: a simple approach to reconstruction, *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:508-10.
8. Haneke E, Surgical treatment of defects on the tip of the nose, *Dermatol Surg* 1998; 24:711-7.
9. Lambert RW y Dzubow LM, A dorsal nasal advancement flap for off-midline defects, *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:380-3.