

Colgajo nasolabial girado, o en bisagra, o colgajo de Spear

Turned or hinge nasolabial flap or Spear flap

José Alfredo Soto-Ortiz,¹ Patricia Aidé López-Olmos² y Gerardo Rodríguez Martín³

¹ Dermatólogo, internista, cirujano dermatólogo

² Dermatóloga y residente de Cirugía Dermatológica y Oncológica

³ Residente de segundo año de Dermatología

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

RESUMEN

El colgajo nasolabial girado, o colgajo en bisagra, que se obtiene de la región melolabial ipsilateral al defecto, nos permite reconstruir de forma completa y en un solo tiempo el ala nasal y las estructuras adyacentes. Aunque existen otras técnicas para la reconstrucción de esta región –como los injertos compuestos del pabellón auricular, colgajos frontales, colgajos nasolabiales y colgajos libres–, éste lo consideramos una opción para la reconstrucción de esta zona, con resultados funcionales y cosméticos adecuados. Describimos 11 casos de carcinomas basocelulares tratados con este colgajo y mostramos los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE: colgajo de Spear, colgajo en bisagra, ala nasal, reconstrucción alar.

Introducción

El colgajo nasolabial girado, también llamado colgajo en bisagra, fue descrito por Spear y colaboradores en 1987.¹ Es una técnica que nos permite reconstruir el ala nasal y zonas adyacentes en un tiempo quirúrgico. Los colgajos en los que se incorpora la región nasolabial se consideran la técnica de elección para la reconstrucción alar y nasal lateral. Sin embargo, muchas de estas técnicas tienden a ser poco artísticas y estéticamente decepcionantes.¹⁻³ Aunque existen varias opciones disponibles para la reconstrucción de defectos completos del ala nasal, como injertos compuestos del pabellón auricular, colgajos frontales, colgajos nasolabiales y colgajos libres, actualmente no existe una técnica ideal disponible.^{1,3} Los injertos compuestos auriculares son adecuados para pérdidas alares pequeñas limitadas a 1 cm o menos, debido al alto riesgo de falla por insuficiencia vascular, además de que esta op-

ABSTRACT

The rotated nasolabial or hinged flap is obtained from the ipsilateral melolabial region of the defect. It allows us to reconstruct the nasal ala and adjacent structures entirely in a single surgical step. Although there are other techniques for reconstructing this region, such as composite grafts of the auricle, frontal flaps, nasolabial flaps, and free flaps, we consider this technique an option for reconstructing this area with adequate functional and cosmetic results. We describe 11 cases of basal cell carcinomas treated with this flap, showing the results obtained.

KEYWORDS: Spear's flap, hinge flap, nasal ala, alar reconstruction.

ción no está indicada para defectos que afectan la mejilla o el labio superior. Los colgajos interpolados, tanto de mejilla como de la región frontal, mediales y paramediales, proporcionan reconstrucciones funcionales y estéticas excelentes para defectos nasales complejos, incluyendo la pérdida alar, pero requieren de mayor tiempo quirúrgico y dejan cicatrices visibles en la región frontal.^{1,3,4}

Técnica

El procedimiento se realiza con anestesia local usando lidocaína al 2% con epinefrina (1:100 000). Una vez que escindimos el ala nasal completa y las zonas adyacentes con o sin cirugía micrográfica de Mohs, se procede a diseñar un colgajo de base nasolabial en forma triangular, con la base tan cercana como sea posible de la posición alar original; se procura que uno de los lados del triángulo siga el trayecto de la línea nasolabial. La longitud del colgajo

CORRESPONDENCIA

Dr. José Alfredo Soto Ortiz ■ jalfsoto@yahoo.com.mx ■ Teléfono: 33 3954 9360
Avenida Federalismo Norte 3102, Atemajac del Valle, C.P. 45190, Zapopan, Jalisco, México

debe diseñarse de acuerdo con el defecto que se va a cubrir.¹⁻³ Se aconseja que la longitud del mismo sea de hasta 110 a 125% más largo que el diámetro mayor del defecto. Esta extensión proporciona un colgajo lo suficientemente largo para crear la convexidad natural del ala al realizar los movimientos que a continuación describiremos.³ Además, esta longitud le otorga la rigidez necesaria para minimizar el colapso de la válvula nasal externa.

Se incide hasta el plano subcutáneo, conservando de 2 a 3 mm de grasa subyacente. Después se levanta el colgajo dejando un pedículo de aproximadamente 1 a 1.5 cm en la base del colgajo. Se procede a levantar y se invierte con un movimiento que recuerda el acto de “hojear un libro” para iniciar la formación de la mucosa nasal la cual se sutura con hilo absorbible calibre 4 o 5-0 y puntos simples. Una vez que se ha completado este tiempo quirúrgico, el colgajo se dobla sobre sí mismo aproximadamente 90°, con movimiento en forma de bisagra, para crear la superficie externa del ala y las estructuras adyacentes. Finalmente, se corta la punta del colgajo para adaptar la porción superior al defecto y se sutura con puntos simples no absorbibles 4 o 5-0. El sitio donador se cierra de forma primaria con puntos simples o intradérmicos continuos y se oculta en el surco nasolabial.^{1,3} Por último, para mantener en posición el colgajo, colocamos un conformador intranasal, para lo

cual usamos el tambor de una jeringa de 3 ml previamente lubricado y fijado con uno o dos puntos de material no absorbible, lo introducimos y lo dejamos por espacio de cuatro a cinco días (figuras 1 y 2).

Después de este procedimiento observamos estructuras de contorno natural, en donde la línea de sutura externa se esconde en el surco alar y en la unión punta-ala, mientras el anillo alar se forma por el doblaje del colgajo. En ocasiones, mediante un segundo o tercer tiempo quirúrgico, podemos remodelar la nueva ala y asentarla de forma más precisa, tomando en cuenta el lado contralateral.

Presentamos los casos de 11 pacientes (tabla 1) con diagnóstico de carcinoma basocelular de distintas variedades histológicas, que afectan el ala nasal y estructuras adyacentes. Los resultados obtenidos fueron excelentes desde el punto de vista oncológico y funcional y aceptables en la esfera cosmética.

Discusión

La reconstrucción de defectos de espesor total del ala nasal es compleja. Esto deriva de la necesidad de reparar la mucosa y la piel, proporcionando un soporte estructural adecuado.¹ Existen diversos aspectos que debemos tomar en cuenta al momento de la reconstrucción, como la textura, la simetría, la función y la preservación de las subunidades

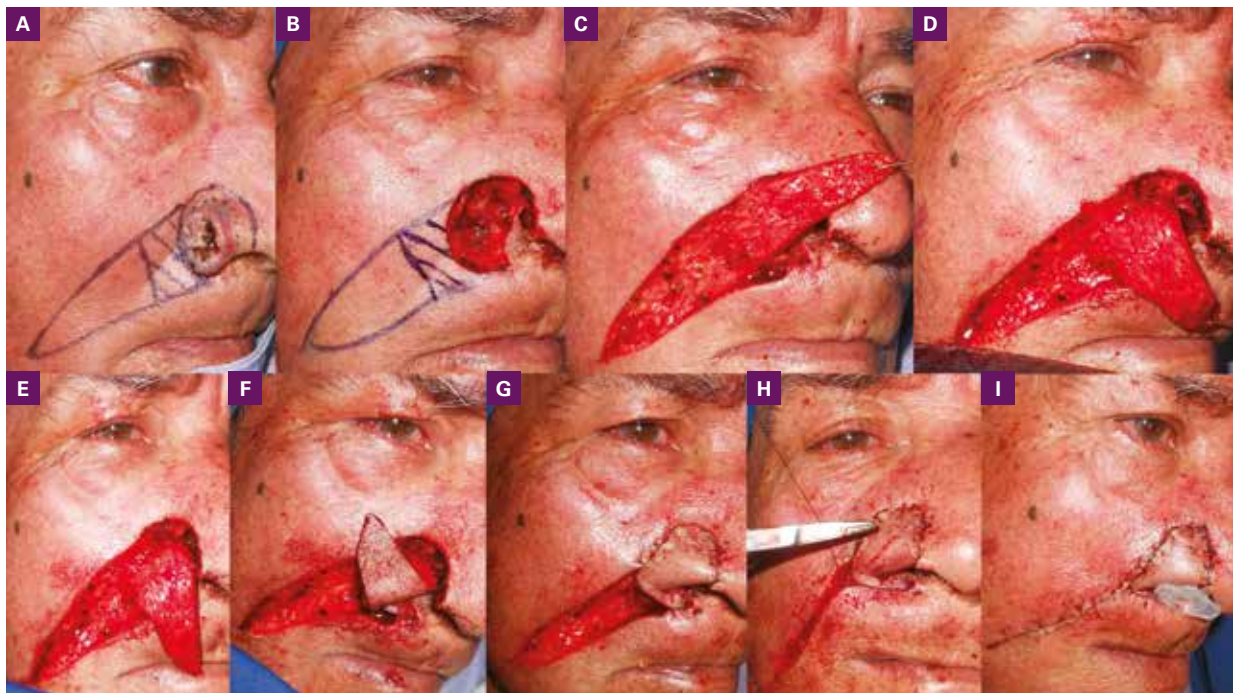


Figura 1. A: Límite tumoral y quirúrgico con diseño del colgajo en forma triangular. B: Tumorectomía con espesor total del ala nasal y zonas adyacentes. Líneas diagonales correspondientes al pedículo del colgajo. C: Despegamiento del colgajo aproximadamente de 3 a 5 mm hasta las líneas del pedículo. D: Movimiento del colgajo que recuerda pasar una página de libro para formar la mucosa nasal. E: Mucosa reconstruida. F: Movimiento en forma de bisagra para completar la porción cutánea del ala nasal. G: Corte de la punta. H: Sutura del colgajo con material no absorbible. I: Cierre del defecto secundario. Colocación de conformador para mantener en posición el colgajo.



Figura 2. Casos representativos del colgajo en diferentes pacientes.

Tabla 1. Casos clínicos

No.	EDAD	SEXO	TIPO DE CÁNCER*	SUBUNIDADES COSMÉTICAS AFECTADAS	COMORBILIDADES	COMPLICACIONES	SEGUNDA INTERVENCIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA
1	65	M	CBC	Ala nasal, triángulo blando	Tabaquismo	Necrosis de la punta	No	No
2	80	M	CBC	Ala nasal izquierda, triángulo blando, punta y cara lateral	Ninguno	Ninguna	No	No
3	80	F	CBC	Ala y base nasal izquierda	Ninguno	Ninguna	Sí	No
4	63	M	CBC	Ala nasal derecha	Ninguno	Ninguna	No	No
5	72	M	CBC	Ala nasal derecha, surco nasal	Tabaquismo, hipertensión arterial	Necrosis de la punta	No	No
6	65	M	CBC	Ala y surco nasal derecho	Ninguno	Ninguna	No	No
7	75	M	CBC	Ala nasal izquierda	Ninguno	Ninguna	No	No
8	59	F	CBC	Ala nasal, triángulo blando, cara lateral derecha	Ninguno	Ninguna	No	No
9	84	F	CBC	Ala, triángulo blando, cara lateral izquierda	Hipertensión arterial	Ninguna	No	No
10	80	F	CBC	Ala, surco nasal izquierdo	Ninguno	Ninguna	No	No

* CBC: carcinoma basocelular



Figura 3. Caso 1 en donde se observa epidermólisis de la punta del colgajo. En el cierre final alteración linfovascular que desarrolló efecto de *trap-door*. El cierre final se hizo por segunda intención sin desarrollo de anomalías funcionales.

estéticas. Si alguno de estos elementos falla, podemos tener retracción cicatricial o colapso del orificio nasal.

El colgajo melolabial girado de Spear es una alternativa que tiene como ventaja la reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico. Se cree que la extraordinaria viabilidad de este colgajo está relacionada con la gran red de anastomosis de vasos de la arteria facial, la arteria infraorbitaria y la rama dorsal de la arteria oftálmica, que le aseguran un adecuado aporte vascular disminuyendo el riesgo de insuficiencia vascular. En general, no se considera necesario incorporar injerto de cartílago como soporte alar.^{1,2} Debido a que el revestimiento interno de las fosas nasales se hace con piel, los pacientes pueden sufrir xerosis, que se soluciona con lubricantes nasales.³

Algunas desventajas son el grosor excesivo, la asimetría de las alas nasales, el desplazamiento lateral del ala nasal y la desaparición del surco alar lateral. Algunas de estas desventajas se pueden corregir en un segundo o tercer tiempo quirúrgico, lo cual mejorará los resultados cosméticos.³

En comparación con la serie de Spear y colaboradores¹ con cuatro pacientes, en la que reportaron resultados excelentes, nosotros obtuvimos resultados cosméticos adecuados en nueve de ellos. Solamente en uno (caso 3) hubo necesidad de un segundo tiempo quirúrgico para disminuir volumen y se resolvió con una cicatriz retráctil en la base alar ocasionada por cicatrización de segunda intención. Dos de nuestros pacientes (casos 1 y 5) presentaron epidermólisis y necrosis parcial de la punta del colgajo, aproximadamente a las 48 horas después de la cirugía; se trató de pacientes fumadores que continuaron con el consumo de tabaco antes y después de la operación. Afortunadamente, a pesar de la pérdida parcial de esta zona, la cicatrización por segunda intención resolvió el problema sin dejar secuelas.

Debido a la magnitud de la reconstrucción, puede presentarse cierto déficit en el flujo de aire, que no fue referido por nuestros pacientes. El caso 1 (figura 3), que había presentado pérdida parcial de la punta, desarrolló abultamiento del colgajo por fenómeno de atrapamiento linfovascular, o *trap door*. Este problema de índole cosmético puede tratarse con infiltración de acetónido de triamcinolona en concentración de 40 mg/ml.

Nuestra serie es la más grande reportada en la literatura. Demostramos de forma fehaciente la utilidad y funcionalidad de este colgajo tan brillantemente concebido por sus autores.

Conclusión

El colgajo nasolabial girado o de Spear, nos permite la reconstrucción total del ala nasal y zonas adyacentes en un tiempo quirúrgico. Los casos presentados demuestran la utilidad de este colgajo en neoplasias localizadas en esta topografía. Como cualquier técnica, es posible que presente algunas complicaciones, las cuales se pueden minimizar con un conocimiento adecuado de la técnica y la evaluación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spear SL, Kroll SS y Romm S, A new twist to the nasolabial flap for reconstruction of lateral alar defects, *Plast Reconstr Surg* 1987; 79(6):915-20.
2. Zitelli JA, The nasolabial flap as a single-stage procedure, *Arch Dermatol* 1990; 126(11):1445-8.
3. Cecchi R y Savarese I, Modified Spear flap for the reconstruction of a full-thickness defect of the nasal ala, *Dermatol Reports* 2022; 14(3):9306.
4. El Habr C, Vinelli G, Tinklepaugh A y Ciocon D, Reconstruction of an alar defect with a fusiform nasolabial turnover flap with a proximal, superiorly tapered apex, *J Craniofac Surg* 2018; 29(1):e20-1.