

Colgajo retroauricular en isla en puerta giratoria

Retroauricular revolving door island flap

Julio César Aguilar Pérez¹ y José Alfredo Soto Ortiz²

¹ Médico residente de segundo año de Dermatología

² Dermatólogo, internista y cirujano dermatólogo, Departamento de Cirugía Dermatológica

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

RESUMEN

El colgajo en isla en puerta giratoria, inicialmente descrito en los años setenta y modificado en los años noventa, representa una colgajo miocutáneo obtenido de la región auriculomastoidea, que se utiliza para reparar defectos de la concha auricular y zonas cercanas, con o sin involucramiento del cartílago subyacente, con el cual se obtienen resultados adecuados tanto desde el punto de vista oncológico como cosmético. Se considera una técnica de primera elección para la reconstrucción de estos defectos, y ha demostrado que es superior respecto de otras opciones de reconstrucción. Se presentan cinco casos de pacientes con carcinoma basocelular en concha auricular y zonas aledañas, así como los resultados obtenidos. Se destaca la importancia del conocimiento y aplicación correcta de esta técnica por parte del cirujano dermatólogo.

PALABRAS CLAVE: colgajo en puerta giratoria, concha auricular.

Introducción

El colgajo retroauricular en isla en puerta giratoria fue descrito por Masson en 1972,¹ posteriormente Talmi y Redondo describieron modificaciones de la técnica original.²⁻⁴ Se utiliza para la reconstrucción de defectos de la concha auricular y zonas aledañas que requieren exéresis de la lesión y del tejido catilaginoso subyacente, que en esta topografía se encuentra prácticamente adherido a la piel que lo recubre como una sola unidad.⁵

El colgajo se obtiene a partir de la región auriculomastoides e incluye tejido irrigado por ramas de la arteria auricular posterior y la arteria temporal superficial. Se realiza el despegamiento, dejando un pedículo en isla que se localiza entre la parte posterior del pabellón auricular

ABSTRACT

The retroauricular revolving door island flap, initially described in the 1970s and later modified in the 1990s, represents a myocutaneous flap obtained from the auriculo-mastoid region, which is used to repair defects of the concha and nearby areas of the auricula, involving (or not) the underlying cartilage, to obtain adequate results from both the oncological and cosmetic point of view. It is considered a first-choice technique for the reconstruction of these defects and has shown superiority to other reconstruction options. We present the results achieved from five cases of patients with basal cell carcinoma in the auricular concha and surrounding areas. The relevance of knowing and correctly applying this technique by the dermatologic surgeon is highlighted.

KEYWORDS: revolving door island flap, auricular concha.

y la región mastoidea, para finalmente pasar a través de una abertura, haciendo una rotación en puerta giratoria y acomodándose sobre el defecto. El defecto secundario se cierra directamente.

Descripción de la técnica

El paciente se coloca en decúbito supino con la cabeza elevada. Se realiza asepsia y antisepsia, se procede a la delimitación del tumor y se dan márgenes quirúrgicos dependiendo de la estirpe tumoral. La anestesia se hace con anestésico local asociado a epinefrina con una dilución 1:100 000. Posteriormente se coloca un tapón de algodón en el conducto auditivo externo y se realiza una incisión que llega en profundidad hasta el cartílago auricular que se

CORRESPONDENCIA

Dr. Julio César Aguilar Pérez ■ dermaglotte@gmail.com ■ Teléfono: 44 9138 7987
C.P. 45160

reseca en su totalidad. Se procede al dibujo del colgajo haciéndolo en forma circular; se pueden colocar agujas a través del defecto para mejor visualización de los límites o bien, mediante transiluminación se dibuja parte del colgajo en la porción posterior del pabellón auricular y el resto en la región mastoidea, de forma que el pedículo queda en la unión auriculomastoidea. Se procede a cortar el colgajo hasta la dermis profunda, liberándolo en toda su circunferencia y a través de un corte en la parte anterior se procede a la rotación de 180° en su eje vertical para acomodarlo en el defecto. El despegamiento se debe hacer de tal magnitud, que el movimiento se haga en forma suave y sin tensión. Una vez realizado esto, se procede a suturar el colgajo con sutura no absorbible como nylon 4 o 5-0 hasta que quede fijo. Se aconseja que el cierre del defecto secundario se lleve a cabo con sutura no absorbible y puntos de colchonero horizontales, para que los bordes

queden levemente evertidos. Las suturas se retiran de 7 a 10 días después de la cirugía⁴ (**figura 1**).

Presentación de casos

Se presentan los casos de cinco pacientes con edades de 60 a 79 años, con diagnóstico de carcinoma basocelular (cbc) variedad infiltrante corroborados por toma de biopsia, que afectaba la concha y, en algunos pacientes, el antihélix y el antitrago. Todos los casos fueron tratados con la técnica de colgajo en puerta giratoria.

Discusión

Las alternativas que existen para la reparación de defectos de la concha auricular son el cierre directo, la cicatrización por segunda intención, el injerto autólogo y, por último, el colgajo en puerta giratoria, el cual es útil para la reparación de defectos de la concha y zonas adyacentes.



Figura 1. Se muestra la secuencia de la técnica quirúrgica descrita en los cinco casos tratados. Los pacientes se enlistan de **A** a **E**; los pasos de la técnica se enumeran del **1** al **10**. 1: Delimitación quirúrgica; 2: escisión tumoral y del cartílago de la concha y áreas adyacentes; 3 y 4: diseño del colgajo en forma circular u ovalada abarcando las regiones articular posterior y mastoidea; 5: incisión del colgajo hasta dejarlo con un pedículo auriculomastoideo; 6 y 7: apertura de la región anterior y movilización del colgajo en 180° para ocupar el defecto; 8: cierre de la zona donadora (en algunos casos con triángulos de compensación para retirar conos de deflección u "orejas de perro"); 9 y 10: resultados después de la operación.

Tabla 1. Resumen de las características de los casos clínicos presentados

| | SEXO | EDAD (AÑOS) | LOCALIZACIÓN | EVOLUCIÓN (AÑOS) | DIAGNÓSTICO |
|---|------|-------------|-------------------------------|------------------|-----------------|
| a | M | 61 | Concha | 10 | CBC infiltrante |
| b | F | 65 | Concha y antihélix | 3 | CBC infiltrante |
| c | F | 72 | Concha | 5 | CBC infiltrante |
| d | M | 79 | Antitrago, concha y antehélix | 2 | CBC infiltrante |
| e | F | 60 | Concha | 3 | CBC infiltrante |

Éste representa una opción versátil de reconstrucción con un resultado funcional y estético adecuado.⁶⁻⁸

Se trata de un colgajo fasciocutáneo con una discreta contribución del músculo auricular posterior. Es un colgajo extraordinariamente seguro, ya que se nutre por anastomosis entre la arteria auricular posterior y la arteria temporal superficial, de forma que, en caso de que una de estas áreas se vea afectada durante la resección tumoral, la otra pueda subsanar el déficit vascular.^{9,10}

Entre sus ventajas se encuentran su relativa facilidad de diseño y ejecución, la poca probabilidad de insuficiencia vascular, porque cuenta con un pedículo adecuado que minimiza los riesgos de condritis, infecciones, isquemia o necrosis. Desde el punto de vista cosmético, proporciona una piel con textura y color adecuados, que con el paso del tiempo resulta casi imperceptible.⁶

El defecto cartilaginoso se rellena con el tejido subcutáneo del colgajo en isla, lo que garantiza que el colgajo y la aurícula circundante queden nivelados.⁵

La preservación del tamaño y forma del pabellón auricular mantiene su funcionalidad y permite el uso de lentes y prótesis auditivas.⁵

No se recomienda en defectos pequeños, ya que existen alternativas que pueden ser mejores, como el cierre directo o el injerto. Contrariamente, ante defectos de mayor tamaño y ante la necesidad de extirpación del cartílago subyacente por la naturaleza del tumor, el resultado es mejor por el mayor tamaño del pedículo.⁷

Para el diseño del colgajo podemos realizar perforaciones con agujas, que nos permitirán delimitar la topografía retroauricular, o a través de transiluminación, utilizando cualquier fuente lumínica como la lámpara de quirófano o una linterna de exploración clínica, ya que la ausencia de cartílago nos permite observar nítidamente el defecto de la región posterior. Como se comentó con anterioridad, es importante diseñar el colgajo tomando parte de la región retroauricular y el resto del área mastoidea.¹¹

En la serie de Talmi y colaboradores⁹ no se presentaron casos con datos de insuficiencia vascular al utilizar la técnica

ya descrita, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por nosotros. En el estudio del equipo de Dessy⁴ se demuestra la superioridad de esta técnica sobre el injerto autólogo, y estos autores sugieren considerarla como la primera opción para la reconstrucción de defectos de la concha.

En nuestra experiencia, este colgajo ha resultado muy útil en el tratamiento de lesiones tumorales de la concha y las porciones circundantes del pabellón auricular; en todos los casos presentados, los resultados fueron adecuados desde el punto de vista oncológico, funcional y estético.

Conclusiones

El colgajo en puerta giratoria representa una alternativa efectiva y refinada para la reconstrucción de defectos del pabellón auricular, específicamente en la concha y las zonas contiguas. Por su seguridad y resultados adecuados, se puede considerar como la técnica de primera opción.

Como sucede con el diseño de cualquier otro tipo de colgajo, se requiere conocer el diseño del mismo para obtener resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masson JK, A simple island flap for reconstruction of concha-helix defects, *Br J Plast Surg* 1972; 25(4):399-403.
2. Talmi YP, Horowitz Z, Bedrin L y Kronenberg J, Auricular reconstruction with a postauricular myocutaneous island flap: flip-flop flap, *Plast Reconstr Surg* 1996; 98(7):1191-9.
3. Redondo P, Lloret P, Sierra A y Gil P, Aggressive tumors of the concha: treatment with postauricular island pedicle flap, *J Cutan Med Surg* 2003; 7(4):339-43.
4. Dessy LA, Figus A, Fioramonti P, Mazzocchi M y Scuderi N, Reconstruction of anterior auricular conchal defect after malignancy excision: revolving-door flap versus full-thickness skin graft, *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63(5):746-52.
5. Motsch C y Ulrich J, The retroauricular subcutaneously pedicled island flap for reconstruction of auricular conchal defects, *J Dtsch Dermatol Ges* 2018; 16(4):508-10. DOI: 10.1111/ddg.13477.
6. Jury J, Jury C, Sepúlveda T y Jury O, Colgajo giratorio retroauricular, *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2020; 80(3):295-6. DOI: 10.4067/S0718-48162020000300295.
7. Russo de la Torre F, Colgajo retroauricular en isla en puerta giratoria, *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103(8):737-8.
8. Ilijin A, Lewandowicz E, Antoszewski B, Durko M y Zieliński T, Results of auricular conchal bowl reconstructions following cancer resections with postauricular island flap, *Pol Przegl Chir* 2016; 88(6):315-20. DOI: 10.1515/pjs-2016-0070.
9. Talmi YP, Liokumovich P, Wolf M, Horowitz Z, Kopolovitch J y Kronenberg J, Anatomy of the postauricular island "revolving door" flap ("flip-flop" flap), *Ann Plast Surg* 1997; 39(6):603-7.
10. Córdoba A, D'Arpa S, Pirrello R, Giambona C y Moschella F, Retroauricular skin: a flaps bank for ear reconstruction, *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61 Suppl1:S44-51. DOI: 10.1016/j.bjps.2007.09.004.
11. Perandones-González H, Fernández-Canga P y Rodríguez-Prieto MA, Transillumination for retroauricular revolving door island flap design, *J Am Acad Dermatol* 2021; 85(6):e335-7. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.04.038.