

Colgajo de Rintala doble o modificado en la reconstrucción de defectos del dorso nasal. Reporte de caso

Double or modified Rintala flap in the reconstruction of defects of the nasal dorsum. Case report

José Alfredo Soto Ortiz,¹ Yuriria Asbel Gálvez Juárez² y Elisa Crystal Sánchez Moreno²

1 *Dermatólogo, internista y cirujano dermatólogo, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco*

2 *Dermatóloga y cirujana dermatóloga, práctica privada, Guadalajara, Jalisco*

RESUMEN

Los defectos del dorso nasal secundarios a cirugía oncológica tienen varias opciones de reconstrucción, como el cierre directo, injertos o colgajos de diverso diseño. Para defectos de 1.5 a 2.5 cm, el colgajo de Rintala de pedículo superior se ha usado como una opción adecuada, ya que tiene la ventaja de que preserva la integridad de las subunidades estéticas. El colgajo de Rintala modificado, al añadir piel de la porción inferior, nos permite cerrar defectos aún más grandes, ya que se trata de un doble colgajo de avanzamiento que conserva la integridad de las subunidades cosméticas. Presentamos el caso de una paciente de 71 años con un carcinoma basocelular infiltrante en el dorso nasal, resuelto favorablemente con esta técnica.

PALABRAS CLAVE: *colgajo de Rintala, colgajo de Rintala modificado o doble, carcinoma basocelular.*

ABSTRACT

Defects of the nasal dorsum secondary to oncological surgery have various reconstruction options, such as direct closure, grafts, or flaps of multiple designs. For defects of 1.5 to 2.5 cm, the upper-based Rintala flap has been used as a suitable option, as it has the advantage of preserving the integrity of the esthetic subunits. The modified Rintala flap, by adding skin from the lower portion, allows us to close even more significant defects since it is a double advancement flap that preserves the integrity of the cosmetic subunits. We present the case of a 71-year-old patient with an infiltrating basal cell carcinoma in the dorsum of the nose, which resolved favorably with this technique.

KEYWORDS: *Rintala flap, double or modified Rintala flap, basocelular carcinoma.*

Introducción

Históricamente, los defectos del dorso nasal se han reparado de acuerdo con el tamaño y el principio de las subunidades estéticas. La superficie nasal está hecha de varias superficies convexas y cóncavas separadas por valles y puentes.¹ Como consecuencia de la anatomía facial, la determinación de la opción reconstructiva ideal no siempre sigue un esquema claro. Los defectos de menos de 1.5 cm pueden ser resueltos, dependiendo de las áreas de accesibilidad hística, con cierre directo, colgajos de transposición locales o colgajo bilobulado. El Colgajo Frontal Paramedial (CFP) se emplea a menudo para cerrar defectos nasales de más de 2 cm. Aunque en general los resultados cosméticos del CFP son aceptables, requieren

un abordaje de estadios, dejan cicatrices frontales visibles e involucran morbilidad durante el periodo postoperatorio agudo.^{1,2} Para pacientes con defectos de 1.5 a 2.5 cm las opciones reconstructivas son limitadas. El colgajo glabellar representa una alternativa viable, pero el riesgo de contractura cicatricial, el arco de rotación limitado y una cicatriz en la línea media notoria limitan su utilidad.³ El colgajo de Rintala fue descrito en 1969 por Rintala y Asko-Slejavaara.⁴ Es un colgajo de avanzamiento con diseño rectangular que parte de la región glabellar, y se indica para defectos en la línea media nasal. Aunque el colgajo de Rintala generalmente se usa para defectos de 1.5 a 2.5 cm, también se ha utilizado para defectos de hasta 4 cm.^{5,6} Si bien la descripción clásica depende exclusivamente de un

CORRESPONDENCIA

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

pedículo superior, en 2014 Motamendi y colaboradores⁷ hicieron una modificación de éste, al diseñarlo tanto con pedículo superior como inferior. Presentamos el caso clínico de una paciente con carcinoma basocelular resuelto de forma exitosa con el colgajo de Rintala modificado.

Caso clínico

Exponemos el caso de una paciente de 71 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, quien acudió a consulta por una dermatosis que afectaba el dorso nasal en su tercio medio, constituida por una neoformación irregular de 3 × 2.5 × 0.5 cm, bordes perlados e infiltrados en algunas zonas, con evolución aparente crónica. Se realizó biopsia por sacabocado con resultado de carcinoma basocelular infiltrante. Se sometió a cirugía con márgenes quirúrgicos de 0.5 cm con escisión hasta el periostio y el tejido cartilaginoso. El estudio de Mohs diferido confirmó la estirpe histológica y la ausencia de tumor en los bordes y el lecho. En la reconstrucción se hizo el colgajo de Rintala modificado. Los pasos para llevarlo a cabo son los siguientes:

1. Infiltración con lidocaína con epinefrina en dilución 1:100 000.
2. Diseño del colgajo con pedículo superior e inferior, con márgenes longitudinales en los límites de las subunidades nasales y de la mejilla. Escisión de los triángulos de Burow superomediales a la ceja, para permitir la movilización de la porción superior sin distorsión de éstas.
3. Las incisiones inferiores se colocan en la unión del dorso nasal, en la punta nasal y en las paredes laterales, en un intento por preservar la integridad de las subunidades estéticas.
4. Escisión de los triángulos de Burow en forma de semiluna con límites en el surco alar y el pliegue melolabial,

para facilitar el desplazamiento de la porción inferior del colgajo.

5. Disección de ambos colgajos en la plano miocutáneo o sub-SMAS y entonces ambos colgajos son aproximados; deben llegar con tensión mínima.
6. El cierre se hace con algunos puntos separados con material absorbible 4 o 5 ceros en tejidos subcutáneos, para disminuir la tensión y hacer aproximación de bordes. La piel se sutura con material no absorbible 5 o 6 ceros.
7. Finalmente, se coloca un apósito que ejerza presión suave sobre el sitio quirúrgico.
8. Se prescribe analgésico y antiinflamatorio, así como la aplicación de compresas frías. Se revisa a las 24 horas y se retiran los puntos a los siete días (**figuras 1 y 2**).

Discusión

La complejidad de la anatomía nasal, así como su importancia desde el punto de vista estético, constituyen un reto para su reconstrucción después de la escisión de defectos que involucran sus diversas subunidades cosméticas. La nariz, como unidad cosmética facial, está subdividida en nueve subunidades estéticas: dos paredes nasales, dos alas, dos triángulos blandos, el dorso nasal, la punta y la columela. De forma individual son cóncavas y convexas y generan una percepción visual de siluetas y puntos prominentes de reflexión de la luz.⁸ Cuando la reconstrucción de esta zona se hace tomando en cuenta los bordes de las subunidades, las cicatrices son menos perceptibles y tienden a perderse en estas zonas de transición. Como principio general, cuando se reseca hasta el 50% de la subunidad, se recomienda remoción completa de la misma en la reconstrucción.^{1,8,9} Por otro lado, en los defectos de esta unidad cosmética siempre debemos tomar en cuenta la reparación de las tres estructuras que la constituyen: piel, mucosa y hueso/cartílago.¹⁰



Figura 1. 1: Carcinoma basocelular infiltrante en el dorso nasal con límite tumoral y de resección. 2: Diseño de colgajo de Rintala modificado con pedículo superior, que inicia con dos triángulos de Burow con posición horizontal, siguiendo las líneas de mínima relajación tensional paralelas a la ceja. Pedículo inferior con dos semilunas alrededor de las alas. 3: Elevación de ambos colgajos a nivel miocutáneo con resección de triángulos y semilunas. 4: Avanzamiento hacia el defecto primario. 5: Colgajos en su sitio y suturados con puntos separados.



Figura 2. En las imágenes de la parte superior observamos el postquirúrgico a los tres días. Las imágenes inferiores a los dos meses de la intervención, con buenos resultados funcionales y cosméticos.

Existen varias opciones de reconstrucción en el dorso nasal que dependen del tamaño del defecto. Aquellos que oscilan de 1 a 1.5 cm se pueden abordar con cierre directo, colgajo de transposición local o de rotación; en general, en estos defectos no se requieren la utilización de cartílago la utilización de cartílago.¹⁰ El CFP se reserva para defectos mayores de 2 cm y se recomienda para la reconstrucción de defectos grandes que involucran varias subunidades cosméticas, recordando que es un colgajo interpolado que requiere cuando menos dos tiempos quirúrgicos, dejan una cicatriz frontal en el sitio donador e incrementan la morbilidad de los pacientes.¹¹ Para defectos de 1.5 a 2.5 cm existen pocas opciones. El colgajo glabellar representa una opción viable y adecuada, con el riesgo de cicatrices notorias y en ocasiones contracturas de esta región.³ El cierre directo con estas dimensiones de ninguna manera es una buena opción, por la movilidad limitada de la piel en esta región.^{1,8,11} Otra opción es el injerto de espesor total que se ha empleado con éxito en defectos del dorso nasal. Sin

embargo, la piel que cubre el dorso nasal es delgada y la mejor selección del sitio donador debe ser adecuada para un mayor resultado cosmético. Los injertos tomados de la fosa supraclavicular, aunque son los más adecuados para esta topografía, proporcionan una piel de distinta textura y color y, desde el punto de vista estético, no son mejores que los colgajos locales.¹²

Al representar un reto en la reconstrucción mediante colgajo, se planteó la posibilidad de hacer un colgajo de Rintala clásico. Sin embargo, el colgajo anterior está descrito mayormente para defectos de mediano tamaño y de punta nasal, por lo que se optó por aprovechar la disponibilidad hística de la parte inferior, realizando un doble colgajo de avance. Esta modificación al colgajo de Rintala permitió el cierre de forma exitosa con un buen resultado cosmético.

El colgajo de Rintala es una excelente opción para la reconstrucción de defectos nasales de la línea media. Se recomienda para reparar defectos de 1.5 a 2.5 cm, e incluso

de hasta 4 cm.^{6,12} La primera descripción del colgajo de Rintala de pedículo superior e inferior fue informada en 2014 por Otamendi y colaboradores, con un reporte de cinco casos con defectos que oscilaban de 1.5 a 2.5 cm.⁷ El caso que presentamos tenía una dimensión de 3 × 2.5 cm y obtuvimos resultados adecuados, similares a los conseguidos en la descripción original. Esta técnica tiene la ventaja de que se lleva a cabo en un solo tiempo quirúrgico, con menos morbilidad que la que se presenta con el CFP, que al ser interpolado reviste dos tiempos quirúrgicos. Como se demuestra en nuestro caso, la adición de un avanzamiento inferior retirando conos de deflexión en semiluna respetando las subunidades estéticas, proporciona una elevación sutil de la punta nasal, haciendo esta opción ideal para pacientes con punta nasal ptósica. Por otro lado, las incisiones horizontales siguiendo el trayecto de la línea de las cejas, disimula mejor las cicatrices que cuando se hacen exclusivamente con trayecto vertical.

Conclusión

El colgajo de Rintala es una buena opción, en ocasiones subutilizada, para defectos del dorso nasal de 1.5 a 2.5 cm. El colgajo modificado de pedículo superior e inferior, o doble, al utilizar la piel de las zona superior e inferior incrementa la accesibilidad hística y nos permite cerrar defectos de mayor tamaño; por otro lado, proporciona una elevación nasal más sutil. Esto aumenta el resultado estético, mejora la morbilidad quirúrgica y disminuye el tiempo de recuperación en relación con otros colgajos utilizados en esta topografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burget GS y Menik FJ, The subunit principle in nasal reconstruction, *Plast Reconstr Surg* 1985; 76(2):239-47.
2. Baker SR, *Local flaps in facial reconstruction*, Filadelfia, Elsevier Saunders, 2014.
3. Rohrich RJ, Muzaffar AR, Adams WP Jr y Hollier RH, The aesthetic unit dorsal nasal flap: rationale for avoiding a glabellar incision, *Plast Reconstr Surg* 1999; 104(5):1289-94.
4. Rintala AE y Asko-Seljavaara S, Reconstruction of mid-line skin defects of the nose, *Scand J Plastic Reconstr Surg* 1969; 3(2):105-8.
5. Chiu LD, Hybarger CP y Todes-Taylor N, The Rintala flap revisited, *Plast Reconstr Surg* 1994; 94(6):801-7.
6. Ebrahimi A, Nejadsarvari N y Koushky ES, Application of modified Rintala flap in nasal tip reconstruction, *Am J Otolaryngol* 2012; 33(6):685-8.
7. Motamedi KK, Shivan HA, DeJoseph LM y Silver WE, Aesthetic modification to the Rintala flap: a case series, *Aesthetic Plast Surg* 2014; 38:395-8.
8. Larrabe WF Jr y Sherris DA, *Principles of facial reconstruction*, Filadelfia, Lipincott-Raven, 1995.
9. Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ y Potter JK, Nasal reconstruction beyond aesthetic subunits: 15 years review of 1334 cases, *Plast Reconstr Surg* 2008; 114(6):1405-16.
10. Woodard CR y Park SS, Reconstruction of nasal defects 1.5 cm o smaller, *Arch Facial Plast Surg* 2011; 13(2):91-6.
11. Park SS, Reconstruction of nasal defects larger than 1.5 cm in diameter, *Laryngoscope* 2000; 110(8):1241-50.
12. Collar RM, Ward PD y Baker SR, Reconstructive perspectives of cutaneous defects involving the nasal tip, *Arch Facial Plast Surg* 2011; 13(2):91-6.