

Colgajos infrecuentes en la reparación de defectos de la punta nasal: doble colgajo en hacha y colgajo hendido de avance lineal

Infrequent Flaps for Nasal Tip Reconstruction: Double Hatchet Flaps and Pinch Linear Advancement Flap

Alberto Herrera-Saval, María José García-Hernández, Francisco Camacho.

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Correspondencia:

Alberto Herrera-Saval

Departamento de Dermatología. Hospital Virgen Macarena
Avda. Dr. Fedriani s/n. 41007 Sevilla. España.

Tel.: (+34) 954 376 474

e-mail: aherrerassav@yahoo.es

Resumen

La cirugía dermatológica de la punta nasal es compleja por sus peculiares características anatómicas, cosméticas y la gran variabilidad personal que tiene esta zona. Presentamos varios casos de defectos centrales de mediano tamaño de la punta nasal reparados mediante colgajos pocos conocidos como son el doble colgajo en hacha y el colgajo hendido de avance lineal. El doble colgajo en hacha consiste en la realización de 2 pequeñas hachas a ambos lados del defecto nasal, mientras que el colgajo hendido es un colgajo de avance lineal modificado en 2 lengüetas en su punta, con lo que se acorta la longitud necesaria del colgajo. Aunque son distintos estos colgajos, comparten entre sí características mecánicas comunes, de diseño y elaboración. Ambos colgajos proporcionan excelentes resultados cosméticos.

(Herrera-Saval A, García-Hernandez MJ, Camacho F. Colgajos infrecuentes en la reparación de defectos de la punta nasal: doble colgajo en hacha y colgajo hendido de avance lineal. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31(3): 215-218)

Palabras clave: cirugía nasal, doble colgajo en hacha, colgajo avance lineal.

Summary

Nasal tip reconstruction is a challenging task owing to the special anatomical and cosmetic features, as well as the large individual variability this area exhibits. The use of double hatchet flap and pinch linear advancement flap in several patients having medium-size central nasal tip defects is described in this paper. Double hatchet flap involves two small hatchets outlined at either side of the defect, as the pinch linear advancement flap is a modified advancement flap with two tabs drawn at the tip of the flap, which lead the length of the flap to be shorter. Despite these not widely used flaps are completely different, both share mechanical, design and management requirements, having proven excellent cosmetic results for nasal tip reconstruction.

Key words: nasal surgery, double hatchet flap, pinch linear advancement flap.

En cirugía dermatológica oncológica, la punta nasal supone una zona de difícil reparación debido a sus características anatómicas y funcionales como escasa distensibilidad tisular, frágil vascularización, presentar superficies simétricas muy visibles convexas y cóncavas y, por último, existir una gran variabilidad racial y personal respecto a forma, color y textura de piel[1]. Todas estas consideraciones, junto a otras inherentes al tamaño y profundidad del defecto quirúrgico originado, son fundamentales a la hora de decidir el tipo de reparación a realizar. Excluyendo los injertos, que habitualmente proporcionan en la punta nasal peores resultados

cosméticos, los colgajos más usados son el pannasal de Rieger, el de avance tipo Rintala, los colgajos de transposición romboidales tipo Limberg, Dufourmentel, Webster ó lida; los colgajos lobulados, bi o trilobulados; nasolabiales directos o interpolados y, por último, los mediofrontales interpolados, útiles en las grandes reconstrucciones de la pirámide nasal[2].

El colgajo en hacha es un conocido colgajo de avance y rotación muy usado en la cirugía reconstructiva facial, principalmente de mejillas que, sin embargo, no había sido usado en la cirugía de la punta nasal hasta muy recientemente. Su

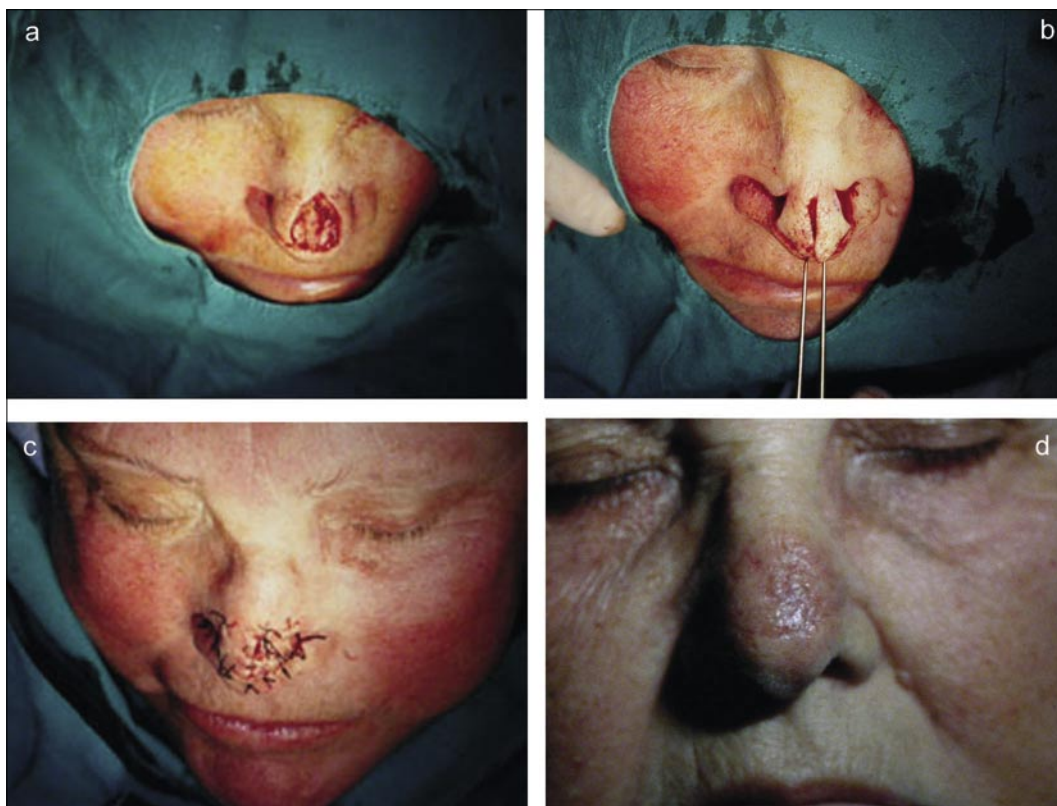


Figura 1. Doble colgajo en hacha. Defecto secundario a carcinoma basocelular: Diseño de los colgajos en hacha (a). Rotación medial de ambas hachas (b). Resultado final con suturas laterales en V-Y (c). A los 3 meses de la intervención, buen resultado estético (d).

uso en forma de doble colgajo en hacha desde las alas nasales, representa una nueva alternativa en la reparación de defectos de la punta nasal[3]. Asimismo, el colgajo hendido de avance lineal, descrito por Peng en 1987[4], comparte similitudes con el doble colgajo en hacha ya que combina avance y rotación.

Material y métodos

Doble colgajo en hacha

Una vez realizada la extirpación, el defecto quirúrgico se cierra mediante el diseño de dos colgajos supraalares en “hacha”, cada uno de aproximadamente 1 cm de anchura por 2,5 de longitud y pedículo superior (Figura 1a). Se realiza rotación y avance medial de ambos colgajos, suturando en V-Y con seda ó Polipropileno 4/0 (Figura 1b y 1c). Este tipo de colgajo lo hemos realizado en 5 ocasiones y siempre con magníficos resultados (Figura 1d).

Colgajo hendido de avance medial

El colgajo hendido de avance lineal es una modificación del clásico colgajo de Rintala (Figura 2). Este colgajo aprovecha el dorso nasal y la superficie cutánea lateral al defecto, creándose 2 pequeñas lengüetas de pedículo superior (Figura 2a). La anchura de cada lengüeta ó punta es la mitad del defecto quirúrgico y su longitud el triple de la distancia que debe avanzar cada lengüeta (Figura 2b). Después del diseño y disección cuidadosa del colgajo con sus dos puntas, se produce el avance lineal desde el dorso nasal con ligera rotación medial de ambas puntas, permitiendo una sutura sin tensiones con polipropileno del 4/0 (Figura 2c y 2d). A veces es necesario realizar triángulo de Burrow para permitir el deslizamiento del colgajo. Los resultados estéticos han sido muy buenos en los 3 pacientes que hemos realizado este colgajo, sin ninguna distorsión del perfil nasal, quedando ocultas la mayoría de las cicatrices en los laterales nasales (Figura 3a y 3b).

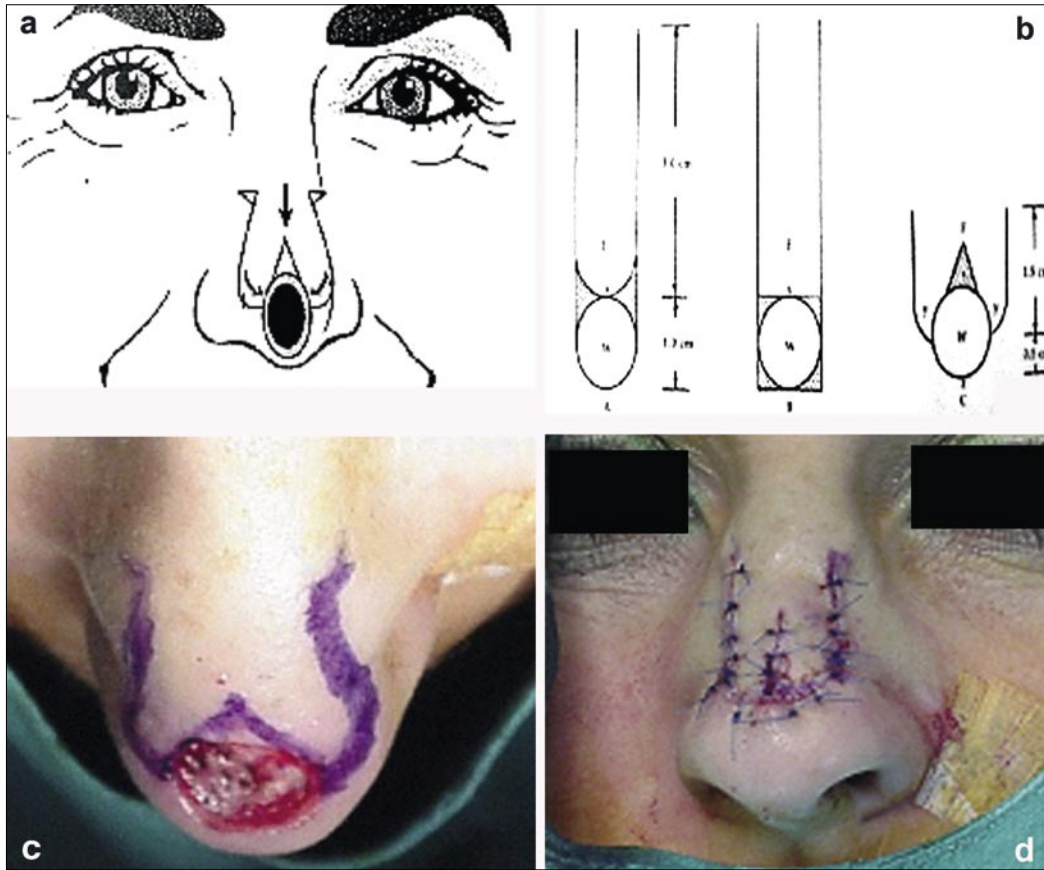


Figura 2. Colgajo hendido de avance lineal. Diseño esquemático del colgajo (a) y geometría del mismo con ahorro del 50% longitud del colgajo (b). Defecto quirúrgico y diseño del colgajo (c). Sutura final (d).

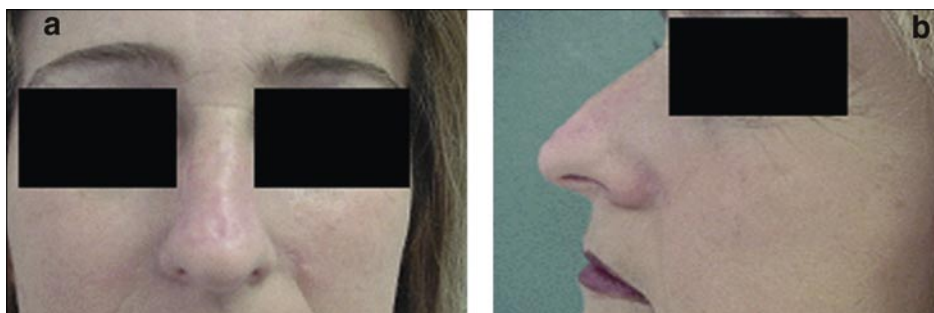


Figura 3. Postoperatorio 3 meses (3a y 3b).

Comentario

Los defectos de punta nasal secundarios a extirpaciones tumorales suelen ser frecuentes, ya que una gran proporción de los carcinomas basocelulares asientan en esta zona. La reparación de estos defectos es muy compleja debido a las características de la zona como su gran visibilidad y simetría, existencia de superficies cóncavas y convexas, menor vascularización que zonas adyacentes, escasa elasticidad y distensibilidad cutánea, y variabilidad de grosor y textura de la piel. Todo ello confiere a la punta nasal la consideración actual de unidad individual, funcional, anatómica y estética, en la cirugía de la nariz[1].

El colgajo de rotación y avance en hacha, es un colgajo que se diseña en forma de hacha en la zona lateral del defecto quirúrgico, siendo el pedículo más estrecho que la zona distal, de ahí su forma de hacha. Se utiliza principalmente en la cirugía reparadora facial de mejillas, frente y cuero cabelludo. Su empleo en forma de colgajo único en hacha en la nariz es infrecuente, ya que es superado por el diseño más geométrico y perfecto de los colgajos de transposición romboidales como los de Limberg, Dufourmentel ó Webster; no obstante, al ser estos colgajos únicos, pueden crear asimetrías cuando se reparan defectos mediales[2]. Este inconveniente se solventa con nuestra técnica ya que al usar 2 pequeños colgajos en hacha desde las superficies laterales y alas nasales, no altera la simetría[3]. Estos colgajos son de utilidad en la reparación de defectos de mediano tamaño, no superior a los 2 cm, localizados centralmente y en la unión de punta y dorso nasal. Cada colgajo en hacha mide no más de 1 cm de anchura, con lo que su longitud puede ser inferior a los 2,5 cm. En esta zona, las dos hachas se diseñan en las superficies laterales y alas nasales, y las cicatrices se disimulan estéticamente en los pliegues alares y nasogenianos. Habitualmente, es necesario realizar una sutura en V-Y para cerrar el defecto secundario alar, no creando distorsiones de los pliegues alares, perialares ni nasogenianos.

El otro colgajo utilizado en defectos mediales de punta nasal es el colgajo hendido de avance lineal. Este colgajo, descrito por Peng y cols en 1987, supone una modificación del colgajo de avance lineal de Rintala[4]. Aunque no se utiliza mucho, para algunos es el colgajo ideal en defectos centrales de la zona convexa de la punta nasal[5]. La realización de una hendidura en el borde de avance del colgajo y diseño de éste con piel adyacente lateral al defecto quirúrgico, permite la creación de 2 pequeñas lengüetas que son en su longitud un 50% más pequeñas que si se hubieran realizado según el diseño clásico de Rintala[4]. Las lengüetas o punta bífida del colgajo realizan avance lineal y leve rotación medial para cubrir el defecto. Las posibilidades de necrosis de este colgajo son escasas y el resultado estético bastante bueno, al quedar la mayoría de las suturas en la superficie nasal lateral[5].

Consideramos que estos dos colgajos son de utilidad en el cierre de defectos quirúrgicos de la punta nasal, no superiores a los 2- 2,5 cm de diámetro. Ambos colgajos parten de unos principios físico-anatómicos similares al dividir la zona del defecto en 2 mitades simétricas, que se cubren por cada una de las hachas -en el doble colgajo en hacha-, ó lengüetas -en el colgajo hendido-. Por ello, estos colgajos sólo sirven en defectos localizados centralmente en la punta nasal. Ambos colgajos combinan tanto rotación como avance: el doble colgajo en hacha rota más que avanza y el hendido avanza más que rota. El doble colgajo en hacha se diseña sobre las superficies laterales de la pirámide nasal; el hendido sobre el dorso y superficies laterales nasales. La elección de uno u otro, dependerá de las características peculiares de cada caso. Estos colgajos no plantean problemas especiales siempre que se realicen con la técnica adecuada para minimizar el riesgo de necrosis ó hemorragia. Los resultados estéticos de ambos tipos de colgajos han sido, en todos los casos realizados, muy buenos al evitar asimetrías y disimular las cicatrices en las alas y superficies laterales nasales.

Bibliografía

1. Jewett BS. Anatomic considerations. En: Baker SR, Naficy S, editors. Principles of nasal reconstruction. 1 ed. St Louis: Mosby, 2002; 13-24.
2. Camacho F, de Dulanto F. Cirugía Dermatológica. 1ª ed. Madrid: Aula Médica SA, 1995.
3. García Hernández MJ, Camacho F. Nasal tip reconstruction possibilities. 19th World Congress of Dermatology. Sydney. Australia. Junio 1997.
4. Peng VT, Sturm RL, Marsh TW. Pinch modification of the linear advancement flap. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 251-3.
5. Rowe D, Warshawski L, Carruthers A. The Peng flap. The flap of choice for the convex curve of the central nasal tip. Dermatol Surg 1995; 21: 149-52.