

CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS EN DERMATOLOGÍA I

CIPRDER2023

COORDINAN:

Javier Ruiz Martínez

María Isabel Úbeda Clemente

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA
MURCIA



ÁREA DE SALUD VII
MURCIA ESTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

CIRUGÍA Y
PROCEDIMIENTOS EN
DERMATOLOGÍA I

CIPRDER2023

COORDINAN:

Javier Ruiz Martínez

María Isabel Úbeda Clemente

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA
MURCIA



ÁREA DE SALUD VII
MURCIA ESTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

© Coordinadores: Javier Ruiz Martínez y María Isabel Úbeda Clemente. Servicio de Dermatología del Área de Salud VII Murcia Este.

Edita: Área de Salud VII Murcia Este.

ISBN: 978-84-09-52857-8

Depósito Legal: MU 635-2023

Diseño y maquetación: Unidad Técnica de Comunicación. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Imprime: Compobell, S.L.

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

Derechos de copia y reproducción: este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Cómo citar este documento: Ruiz Martínez J, Úbeda Clemente MI, coordinadores. Cirugía y procedimientos en Dermatología. CIPRDER2023. Murcia: Área de Salud VII Murcia Este; 2023. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/10384>

A nuestros residentes. Gracias a su interés, dedicación y trabajo nos recuerdan cada día que somos afortunados por ejercer una especialidad tan completa y satisfactoria como es la dermatología.

Índice

0	Prólogo	11
1	Colgajo en isla en canto interno	15
2	Doble colgajo de avance en hélix	23
3	Bermellectomía	29
4	Colgajo de avance simple para cierre de defectos en región frontotemporal	37
5	Colgajo glabelar en dorso nasal	45
6	Colgajo en espiral logarítmica en ala nasal	53
7	Ampliación de márgenes de melanoma y biopsia selectiva de ganglio centinela	59
8	Colgajo de Rintala en punta nasal	65

Índice de autores

María Eugenia Cutillas Marco. Jefa de Sección de Dermatología.

María Encarnación Giménez Cortés. Jefa de Servicio de Dermatología.

Jesús Hernández-Gil Sánchez. FEA Dermatología.

José Navarro Pascual. FEA Dermatología.

José Francisco Orts Paco. MIR Dermatología.

Antonio Ramírez Andreo. FEA Dermatología.

Blanca Rebollo Caballero. MIR Dermatología.

Javier Ruiz Martínez. FEA Dermatología.

María Dolores Ruiz Martínez. FEA Dermatología.

José Pablo Serrano Serra. MIR Dermatología.

María Caridad Soria Martínez. FEA Dermatología.

María Isabel Úbeda Clemente. FEA Dermatología.



Cirugía y procedimientos en dermatología I

Hospital General Universitario
Reina Sofía de Murcia

Prólogo

La cirugía oncológica en dermatología ha experimentado un gran auge en las últimas décadas. En muchos hospitales no se considera un campo esencial de la Dermatología, se ignora, no se entiende y no se facilitan los recursos necesarios para su desempeño por parte del dermatólogo.

Pensamos que somos los dermatólogos los que debemos dar visibilidad y posicionarla en el lugar que merece. Solo dando a conocer lo que hacemos y colaborando con otras especialidades, se valorará el trabajo que realizamos.

A su vez, es fundamental que los servicios que tenemos integrada la cirugía dermatológica en la actividad asistencial habitual, ayudemos a que otros dermatólogos mejoren su formación quirúrgica. Creemos que la cirugía dermatológica debe ser realizada por los dermatólogos, lo que, sin duda, aporta la integración del conocimiento de los diferentes problemas de piel a la habilidad quirúrgica necesaria para resolverlos.

Es por este motivo que nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo en este campo y hemos llevado a cabo el I Curso Interactivo de Cirugía en Directo y Procedimientos.

El curso surgió para dar continuidad a las diez ediciones del Curso de Cirugía en Directo que organizaba el Dr. Devesa, inicialmente en el Hospital General de Elche y posteriormente en el Hospital General de Alicante. Cuando hace un año el Dr. Devesa nos propuso 'coger el testigo de su curso', supimos que era una oferta que no podíamos rechazar.

La trayectoria quirúrgica del servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia nos ha permitido llevar a cabo un curso muy completo. La formación previa de cada uno de los componentes del servicio en las principales escuelas quirúrgicas del país, su pasión por la cirugía dermatológica y su implicación en todo el proyecto ha sido fundamental para conseguirlo.

Os presentamos en este primer libro los casos clínicos que intervinimos durante el curso y la resolución quirúrgica de cada uno de ellos.

Con la intención de que sea un libro práctico, hemos agrupado a los pacientes por los tipos de colgajos realizados, hemos explicado cada técnica, sus posibles complicaciones y hemos planteado alternativas para evitarlas y mejorar el aspecto final.

Esperamos que tenga buena acogida y que los asistentes al curso puedan reconocer los casos clínicos y recordar las técnicas en las que tuvieron ocasión de participar.

Ha sido un honor organizar y coordinar el curso. Poder ver el trabajo plasmado en este libro, refleja la ilusión y la implicación con la que todos hemos trabajado.

Marién Giménez Cortés

Jefa de servicio de Dermatología

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Jesús Hernández-Gil Sánchez

Facultativo especialista de Dermatología

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

1

Colgajo en isla en canto interno

Blanca Rebollo Caballero
María Encarnación Giménez Cortés

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1. Mujer de 58 años sin antecedentes de interés que consultó por una lesión en el canto interno del ojo derecho de años de evolución, que refería que había aumentado de tamaño. A la exploración física presentaba una tumoración ulcerada de 1.5 cm de diámetro mayor con telangiectasias compatible con carcinoma basocelular (Figura 1).

Caso 2. Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular anticoagulada y múltiples carcinomas basocelulares intervenidos. Consultó por la aparición de una nueva lesión a nivel del canto interno del ojo derecho. A la exploración física presentaba una pápula perlada de 7 mm de diámetro con telangiectasias en su superficie compatible con carcinoma basocelular (Figura 2).

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

En ambos casos se procedió en primer lugar a la delimitación de las lesiones con márgenes de seguridad adecuados (Figura 3) y, bajo anestesia local con mepivacaína, se realizó la exéresis de los tumores quedando un defecto circular de aproximadamente 2 cm de diámetro en el caso 1 (Figura 4) y 1.5 cm en el caso 2 (Figura 5).

A continuación, se labró un colgajo en isla o de pedículo subcutáneo para la reparación de cada uno de los defectos. Se realizó el diseño del colgajo en forma de triángulo isósceles con la base adyacente al defecto y el vértice hacia el surco nasogeniano y se procedió al tallado del mismo seccionando cuidadosamente la piel en todo su espesor, hasta la fascia (cuando los nervios motores están por encima de la fascia, se profundiza menos), dejando un pedículo subcutáneo bajo la zona central del colgajo que lo mantiene fijado a su lecho original y a través del cual recibe el aporte vascular. Seguidamente se procedió al avance del colgajo hasta cubrir el defecto primario, dejando un defecto secundario que se cerró mediante sutura simple (Figuras 6 y 7). El colgajo se ancló al periostio en la zona receptora mediante sutura reabsorbible para aportar mayor es-

tabilidad y evitar posibles complicaciones como el ectropion, y se suturó mediante seda de 3-0 (Figuras 8 y 9). El postoperatorio transcurrió sin incidencias en los dos pacientes, retirando los puntos de sutura a los 7 días de la intervención. En ambos casos el resultado anatomopatológico confirmó que se trataba de carcinomas basocelulares con todos los márgenes quirúrgicos libres de tumor.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

El colgajo en isla es un tipo de colgajo de avance que permanece unido a su lecho a través de un pedículo de tejido celular subcutáneo del que recibe su vascularización, quedando totalmente seccionado en superficie. Esta característica en cuanto a su vascularización ofrece a este tipo de colgajo una importante ventaja con respecto a la plastia de avance clásica, donde el suministro de sangre se origina en la base del colgajo y debe abarcar toda su longitud, existiendo un mayor riesgo de necrosis del borde distal si la relación largo-ancho no es la adecuada. El colgajo en isla tiene indicación en la reparación de defectos de pequeño-mediano tamaño localizados en áreas anatómicas como labio superior, surco nasogeniano y región ciliar, zonas donde es fácil obtener un buen pedículo subcutáneo y en las que se pueden aprovechar los pliegues fisiológicos para ocultar las cicatrices.

Otras alternativas para la reparación de defectos en canto interno son el colgajo de avance de piel infrapalpebral, el cierre por segunda intención y los colgajos basados en piel glabellar, con el inconveniente de que la piel de la glabella es más gruesa que la piel cantal por lo que pueden quedar abultamientos o pliegues residuales en la zona.

En cuanto a las posibles complicaciones se encuentran la necrosis del colgajo y el efecto trampilla, que pueden evitarse, respectivamente, mediante una adecuada disección del pedículo y diseñando un colgajo de tamaño ligeramente inferior al defecto para evitar abultamientos en la zona tras la cicatrización. Una modificación de la técnica para evitar la necrosis es ampliar el pedículo subcutáneo, después de practicar la incisión de la epidermis y la dermis se realiza un despegamiento dermohipodérmico más amplio hasta la fascia.

Para aportar mayor estabilidad al colgajo, una vez desplazado para cubrir

el defecto primario se puede anclar al periostio de los huesos nasales mediante sutura reabsorbible en su punto de mayor tensión (que se corresponde con la zona central de la base del triángulo), tal y como se hizo en los dos casos descritos en este capítulo.

Otro aspecto a tener en cuenta es la posibilidad de provocar un ectropion al paciente tras la cicatrización del colgajo, siendo el riesgo mayor en aquellos casos en los que el tumor se encuentre más cerca del párpado inferior y en pacientes de edad avanzada en los que ya existe un cierto grado de ectropión por la pérdida de tono de la musculatura palpebral y la hiperelasticidad de la piel.

4. CONCLUSIONES

El colgajo en isla es un tipo de colgajo muy versátil y sencillo de realizar que, con un diseño y una técnica adecuados, puede ofrecer excelentes resultados estéticos en la reparación de defectos localizados en canto interno, tal y como ocurrió en los dos pacientes presentados en este capítulo. No obstante, es necesario valorar el riesgo de provocar un ectropión al paciente si el tumor se encuentra en contacto estrecho con el párpado inferior.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

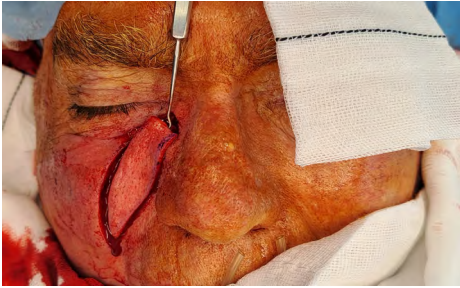


Figura 7



Figura 8



Figura 9

5. BIBLIOGRAFÍA

- Braun M Jr, Cook J. The island pedicle flap. *Dermatol Surg.* 2005 Aug;31(8 Pt 2):995-1005.
- Omid M, Granick MS. The versatile V-Y flap for facial reconstruction. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):415–20.
- Redondo Bellón, P. Atlas práctico de cirugía dermatológica. 1ª edición. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.; 2011.



Doble colgajo de avance en hélix

Blanca Rebollo Caballero
María Isabel Úbeda Clemente

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 82 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de carcinoma epidermoide en hélix izquierdo intervenido en 2017 y sarcoma pleomórfico de cuero cabelludo intervenido en 2021. Consultaba por aparición de nuevo tumor de rápido crecimiento en hélix del pabellón auricular izquierdo. A la exploración física presentaba una tumoración de 3 cm de diámetro mayor, de superficie carnosa compatible con el diagnóstico de carcinoma epidermoide.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

En primer lugar se delimitó la lesión con márgenes adecuados (Figura 1) y bajo anestesia local con mepivacaína se realizó la exéresis del tumor resecaando el espesor total incluido el cartílago, quedando un defecto rectangular de 3 cm de longitud situado en la unión del lóbulo auricular con el hélix. Se diseñó una doble plastia de avance de hélix y de lóbulo auricular (Figura 2).

Se labró el colgajo superior hasta el polo superior del hélix y el inferior hasta el lóbulo auricular. Se resecoó una cuña de cartílago en la porción media para facilitar el cierre. Tras una hemostasia rigurosa se realizó el avance de los colgajos (Figura 3), suturando el cartílago empleando sutura reabsorbible 4-0 y la piel por ambas caras con puntos simples de seda 3-0 (Figura 4).

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, retirándose los puntos de sutura a los 14 días tras la intervención. El resultado anatomopatológico confirmó que se trataba de un carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado con todos los márgenes quirúrgicos libres de tumor, distando 3 mm del límite quirúrgico lateral más próximo y 3 mm del límite profundo.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

El doble colgajo de avance está indicado para reparar defectos rectangulares en los que el avance de un único lado puede ser insuficiente. Es un tipo de colgajo muy utilizado en la reparación de defectos frontales, donde se pueden esconder las incisiones sobre líneas de expresión. En cuanto a su aplicación a nivel auricular, supone una buena alternativa a la V-bloque en tumores grandes de hélix con poca afectación del cartílago, pues evita una extirpación innecesaria desde el punto de vista oncológico del cartílago subyacente y la consiguiente reducción de tamaño del pabellón auricular. Aunque aparentemente pueda parecer un colgajo muy lábil por su escaso pedículo, no suele necrosarse dada la buena vascularización del pabellón auricular.

4. CONCLUSIONES

Describimos un caso en el que se demuestra la utilidad del doble colgajo de avance para reparar defectos a nivel del hélix auricular. El paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, con un buen resultado tanto oncológico como estético (Figura 5), al evitar una gran V- bloque que habría ocasionado una reducción del pabellón auricular.



Figura 1



Figura 2

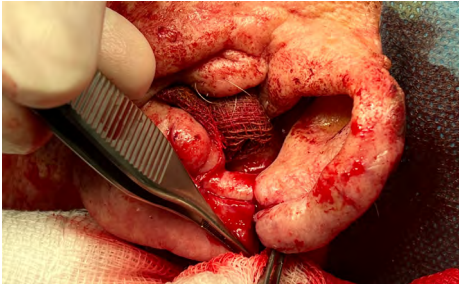


Figura 3

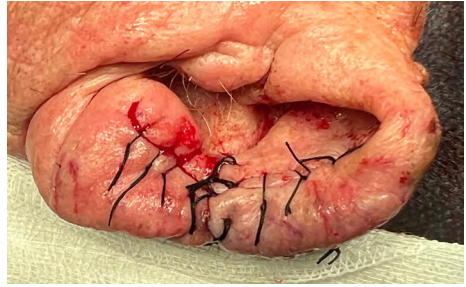


Figura 4



Figura 5

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bauzá Alonso A, Redondo Bellón P. Cirugía reconstructiva de la región auricular. *Piel (Barc)*. 2004;19(6):335–43.
- Redondo Bellón, P. Atlas práctico de cirugía dermatológica. 1ª edición. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L; 2011.



Bermellectomía

José Pablo Serrano Serra
María Caridad Soria Martínez

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años con antecedente de daño actínico crónico en contexto de campo de cancerización, que presentaba múltiples lesiones en el labio inferior compatibles con queilitis actínicas. De ellas, llamaba la atención un área con apariencia indurada que, a la palpación, se mostraba infiltrada.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

En primer lugar, se delimitó el contorno del bermellón en el labio inferior, dibujando una semiluna en la cual el borde externo es el límite del labio rojo. La anchura del área a extirpar está determinada por el propio tamaño de la lesión a extirpar y se incluye toda la longitud entre ambas comisuras. En este caso, se delimitó un área de 1 cm de anchura que garantizaba la extirpación de las lesiones sugestivas de malignidad (Figura 1).

Se realizó una infiltración anestésica local mediante la utilización de aguja de 27 G y 4 cm de longitud, con mepivacaína al 2% y levobupivacaína al 0,75% en proporción 1:1, sin la adición de adrenalina.

Un punto importante que facilita la cirugía es el clampaje del labio inferior por ambos lados, para disminuir el aporte sanguíneo al área a operar, que llega mediante las arterias labiales inferiores, subsidiarias de la arteria facial. Para esto, es conveniente que el ayudante sujete con firmeza el labio inferior con la ayuda de una gasa estéril, realizando compresión de este.

Se realizó una incisión utilizando bisturí en el área delimitada previamente para posteriormente disecar y reseca todo el bermellón inferior (Figura 2). Nótese que la profundidad de la resección es poca, incluyendo mucosa y submucosa, y no se profundiza hacia la musculatura orbicular de la boca, puesto que en este caso sería precisa la realización de otras técnicas, como, por ejemplo, la exéresis en cuña o “V-Bloque”.

Se realizó hemostasia escrupulosa de los puntos sangrantes, preferible-

mente realizando ligaduras con monofilamento reabsorbible 4/0 (en este caso se utilizó monofilamento de polidioxanona, PDS®), aunque también se puede hacer hemostasia con electrocauterio.

Una vez finalizada la hemostasia, hay que reparar el defecto primario generado por la exéresis, para lo cual se realizó un deslizamiento de mucosa de la cara interna del labio inferior. Para ello, se disecciona el plano submucoso con tijeras romas de disección y posteriormente se avanza hasta hacer coincidir con el borde anterior de la exéresis (Figura 3), de modo que queda confeccionado un neobermellón que se sutura utilizando materiales no reabsorbibles, en este caso seda trenzada 4/0 (Figura 4).

En el postoperatorio, es importante incidir en una dieta blanda o triturada los primeros días, pudiendo optar el paciente por la utilización de una pajilla de plástico para facilitar la ingesta. Además, deberá utilizar povidona yodada especial para enjuague bucal después de cada comida y tener especial cuidado para evitar la dehiscencia de la herida.

Las suturas deberán ser retiradas por personal de enfermería que trabaje habitualmente con pacientes quirúrgicos dermatológicos.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

La bermellectomía es una técnica utilizada desde hace décadas para el tratamiento de lesiones en el labio inferior en el contexto de daño actínico difuso de este o campo de cancerización, asegurando un buen resultado oncológico al evitar la progresión de lesiones tipo queilitis actínica a carcinoma espinocelular infiltrante, además de reseca posibles focos infiltrantes mal delimitados. En la actualidad, esta técnica ha quedado relegada a una segunda línea de tratamiento, puesto que existen alternativas menos invasivas para abordar el tratamiento de estos pacientes, tales como la terapia fotodinámica (de elección), el láser CO2 o el *peeling* químico profundo con ácido tricloroacético al 35-50%.

No obstante, es un tratamiento quirúrgico muy conveniente en casos en los que exista un daño difuso o multifocal en el labio inferior en el que además se presenten lesiones clínicamente sugestivas de infiltración tumoral en profundidad, sin llegar a ser lo suficientemente profundas para justificar una exéresis en “V-Bloque”, siendo esta la principal alternativa

en lesiones únicas e infiltrantes.

Las principales complicaciones incluyen la dehiscencia de la herida quirúrgica, la infección y el dolor local durante los primeros días tras la cirugía. Pese a que los resultados estéticos y funcionales suelen ser buenos (Figura 5), puede quedar sensación de tirantez y parestesias. En ocasiones el crecimiento del pelo en el borde inferior puede enclavarse en el labio superior, por lo que es recomendable la destrucción de los folículos pilosos mediante el uso de electrobisturí durante la cirugía.

4. CONCLUSIONES

La bermellectomía constituye una técnica interesante y conveniente para llevar a cabo en pacientes con daño actínico difuso en el labio inferior y sospecha de focos de infiltración local por carcinoma espinocelular. Es una alternativa que permite el análisis histológico, así como obtener buenos resultados oncológicos en este tipo de pacientes. Aunque no se realiza con mucha frecuencia en los quirófanos de dermatología, es una técnica relativamente sencilla que todo cirujano dermatológico debe incluir en su repertorio.



Figura 1

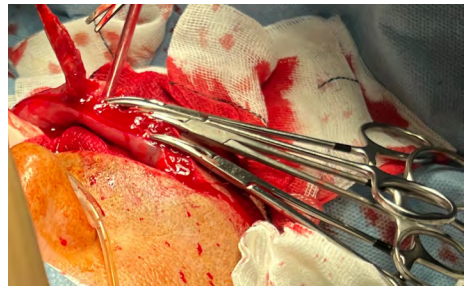


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

5. BIBLIOGRAFÍA

- Sixto, B. González, Bustillo, A. Pérez, & Prieto, M. Á. Rodríguez. (2023). Cirugía del labio. En M. Á. Rodríguez Prieto (Ed.), Atlas de cirugía dermatológica (pp. 155-178). Barcelona: Elsevier.



Colgajo de avance simple para cierre de defectos en región frontotemporal

José Pablo Serrano Serra
Eugenia Cutillas Marco

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes de exposición solar crónica que presentaba dos lesiones en la región frontotemporal izquierda de varios meses de evolución compatibles con carcinomas basocelulares.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

En primer lugar, se delimitaron las zonas sugestivas de neoplasia cutánea, incluyendo un margen de seguridad oncológica de alrededor de 5 mm. Debido a la ubicación frontotemporal y a la proximidad de las lesiones se diseñó un área triangular para su extirpación incluyendo las dos lesiones, y permitiendo la reparación mediante una plastia cutánea (Figura 1). En este caso, se realizó una plastia de avance doble, en la cual la base del triángulo y la piel a desplazar se ubicaron en la porción inferior de la lesión, en la región supraciliar. Se dibujó paralela a la ceja y siguiendo las líneas de tensión de la piel relajada. Además, el diseño incluyó el trazo de incisión quirúrgica en las arrugas presentes en la región frontal para disimular las cicatrices visibles. Posteriormente, se infiltró mepivacaína 2% en la zona a intervenir.

En un primer paso, se realizó una incisión con el bisturí y se disecó con tijera de punta roma únicamente el área de piel a reseca, previo a la elaboración de la plastia cutánea final. Esto permite decidir el diseño final de la plastia y sus dimensiones, basándose en las líneas de tensión de la piel y las características anatómicas circundantes al defecto reseca. Esta información ayuda a determinar la mejor opción quirúrgica reconstructiva, que puede diferir del diseño inicial antes de la resección tumoral. En este caso, se decidió que no era necesario un deslizamiento bilateral, ya que se estimó suficiente con un avance lateral de la piel para cubrir el defecto primario. Es importante destacar el plano de disección realizado, el cual se sitúa uniformemente en el plano subcutáneo, sin penetrar más allá, dejando a la vista el músculo frontal derecho y la fascia temporal superficial del mismo lado (Figura 2).

Posteriormente, se hizo una incisión con el bisturí y se elaboró el colgajo de avance con la piel a desplazar, liberándola para permitir el movimiento de lateral a medial (Figura 3). Hay dos consideraciones esenciales en este punto; en primer lugar, el plano de elaboración del colgajo debe ser de la misma profundidad que el realizado en la disección del defecto primario, siendo uniforme en su trazado. Además, es crucial evitar la disección de la fascia temporal superficial en esta área anatómica, ya que aproximadamente a 2 cm lateral a la cola de la ceja discurre la rama frontal del nervio facial, de forma más superficial que en otras localizaciones. Se encuentra inmediatamente inferior a la fascia temporal superficial, por lo que existe un alto riesgo de dañar el nervio y producir una parálisis de la musculatura frontal ipsilateral si no se respeta el precepto de no diseccionar más allá del plano subcutáneo en esta zona.

Después de la disección y el deslizamiento del colgajo, se extirpó el triángulo de Burow necesario para permitir este movimiento y se suturó la zona (Figura 4). Se puede optar por una sutura directa de la piel con sutura no reabsorbible 4/0 o realizar un cierre por planos con material reabsorbible en plano subcutáneo y reabsorbible en piel, dependiendo de la tensión de la piel manipulada. Posteriormente, se indicó al paciente que no manipulara la herida hasta su valoración en la consulta de enfermería de dermatología cuatro días después, donde se retirarán las suturas aproximadamente después de 8 días.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

La técnica de avance simple o doble en la realización de una plastia cutánea es muy versátil y tiene múltiples variantes. La más sencilla es la utilizada en este caso clínico, con un avance simple para cerrar un defecto triangular. También se puede realizar un avance doble en forma de “A-T” para defectos más grandes o pieles menos elásticas, o un avance bidireccional para exéresis de dos defectos próximos en lo que se conoce como colgajo “Este-Oeste”. Además, se puede combinar una plastia de avance con otros colgajos e injertos para cerrar defectos más grandes o corregir defectos secundarios generados por otras plastias. Esta versatilidad hace que esta plastia tenga una amplia gama de indicaciones en la cirugía dermatológica, principalmente en la cirugía facial. La región de la sien es una buena localización para llevar a cabo este tipo de plastias, al

igual que la región centrofacial o la proximidad a la línea de implantación del cuero cabelludo.

Otras alternativas posibles en este caso podrían haber sido alguna variante de colgajo de transposición romboidal (Limberg, Dufourmentel) para cada uno de los defectos resecaados, o un colgajo de avance bilateral “este-oeste”, que también habría permitido abordar las dos lesiones tumorales conjuntamente.

Las complicaciones esperables son las típicas de todas las plastias cutáneas, como infección de la herida quirúrgica y dolor. Debemos advertir al paciente de la posibilidad de que se modifique la localización de la línea de implantación capilar tras el avance del colgajo. En este tipo de plastias cutáneas, la necrosis no es frecuente, ya que suelen aplicarse sobre áreas bien vascularizadas, y el pedículo cutáneo es lo suficientemente amplio como para permitir una buena perfusión de la piel en las primeras etapas de la cicatrización. Por otro lado, es importante señalar que en esta área anatómica hay que tener precaución durante la disección quirúrgica para evitar la sección de la mencionada rama frontal del nervio facial, lo cual podría provocar una parálisis frontal, así como la arteria temporal, con el consiguiente riesgo de sangrado.

4. CONCLUSIONES

La plastia de avance es una alternativa reconstructiva muy versátil y relativamente sencilla de llevar a cabo por un dermatólogo entrenado. Es fundamental conocer las peculiaridades anatómicas de cada área quirúrgica para evitar posibles complicaciones y aumentar la probabilidad de éxito de la técnica empleada.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

5. BIBLIOGRAFÍA

- Brodland, D. G. (2018). Colgajos. En J. L. Bologna, J. V. Schaffer & L. Cerroni (Eds.), *Dermatología* (4th ed., pp. 2495-2516). Barcelona: Elsevier.



Colgajo glabellar en dorso nasal

José Francisco Orts Paco
Antonio Ramírez Andreo

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1. Varón de 41 años, sin antecedentes personales de interés, que consultaba por una lesión en dorso nasal de 2 años de evolución. A la exploración física, presentaba una tumoración eritematosa, erosionada, con descamación, de 2 x 1,5 cm de tamaño en puente nasal. A la dermatoscopia presentaba telangiectasias finas superficiales y erosiones. De forma previa a la cirugía, se realizó una biopsia en sacabocados con punch de 3 mm que confirmó la existencia de un carcinoma basocelular.

Caso 2. Varón de 62 años sin antecedentes personales de interés que consultaba por la presencia de una lesión en dorso nasal de varios años de evolución. A la exploración física se objetivó la existencia de una lesión en pirámide nasal de 1 x 0,8 cm que a la dermatoscopia presentaba un fondo blanco rosado y telangiectasias arboriformes.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Caso 1. En primer lugar, se delimitó la lesión con márgenes de seguridad adecuados. Para reconstruir el defecto resultante, se diseñó un colgajo glabelar con una M-plastia en región intercililar para no producir acortamiento de dicha zona (Figura 1). Tras esto, bajo anestesia local con mepivacaína, se resecó la lesión en su totalidad, referenciando la pieza quirúrgica con hilo de sutura a las 12 horas (Figura 2). Se procedió al tallado del colgajo (Figura 3). Tras comprobar adecuada hemostasia, se suturó el colgajo con seda de 4/0 (Figura 4-5). El paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio con retirada de los puntos de sutura a los 7 días. El estudio anatomopatológico informó de la existencia de un carcinoma basocelular superficial con márgenes laterales y profundos de resección libres de tumor.

Caso 2. Al igual que en el caso anterior, inicialmente se delimitó la lesión con márgenes de seguridad adecuados (Figura 6). Se diseñó un colgajo glabelar para reconstruir el defecto resultante. Tras esto, bajo anestesia local con mepivacaína, se procedió a la exéresis de la lesión inicial, refe-

renciando la pieza con hilo de sutura a las 12 horas. Tras realizar adecuada hemostasia, se procedió a tallar el colgajo (Figura 7-8). De nuevo, realizamos adecuada hemostasia y procedimos a suturar el colgajo con seda de 4/0 (Figura 9). El postoperatorio fue satisfactorio, con retirada de puntos de sutura a los 7 días. El informe anatomopatológico informó de la existencia de un carcinoma basocelular que respetaba todos los límites quirúrgicos de resección.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

La reparación de defectos de la nariz y estructuras circundantes requiere el conocimiento de las diferentes subunidades estéticas de la región nasal, así como una variedad de técnicas quirúrgicas. Las diferentes opciones para abordar los defectos nasales incluyen el cierre primario, la cicatrización por segunda intención, el uso de colgajos y los injertos de piel total.

La glabella se define como el área situada entre las cejas, directamente sobre la nariz y uniéndose a las crestas supraciliares. Se trata de un área ligeramente elevada que contiene una cantidad significativa de piel redundante que se puede utilizar para colgajos locales.

El colgajo glabellar fue descrito inicialmente por Von Graefe en 1818. Posteriormente otros autores como Joseph, Labott y Limberg reportaron casos similares. Esta plastia se ha descrito tradicionalmente como un colgajo de avance en V-Y basado en un aporte sanguíneo aleatorio que se usa para la reconstrucción de defectos del tercio superior de la nariz. Se han descrito una gran cantidad de modificaciones del procedimiento, por ejemplo, para evitar el acortamiento de la región interciliar se puede usar la modificación en M-plastia descrita en este caso o incluso una Z-plastia.

Entre las ventajas del colgajo glabellar se encuentra que se utiliza piel local que tiene una textura, consistencia y color similares a los del defecto. El defecto secundario resultante puede cerrarse principalmente en la mayoría de los casos, y las cicatrices resultantes generalmente están bien camufladas, consiguiendo un resultado estético óptimo.

Entre sus desventajas destaca que el grosor de la piel de la región glabellar con frecuencia discrepa del grosor de la piel de zona del defecto. Sin

embargo, el colgajo glabellar generalmente tolera el adelgazamiento de la piel en el momento de su tallado, de manera que se puede subsanar este inconveniente. Finalmente, el cierre del defecto secundario puede conducir a un estrechamiento de la distancia entre las cejas, especialmente cuando se necesitan grandes cantidades de piel para la reconstrucción.

Otras opciones reconstructivas posibles incluyen: colgajo doble Limberg, colgajo en doble isla, colgajo Rintala o un injerto de piel total.

4. CONCLUSIONES

Describimos dos casos en los que hemos conseguido un adecuado resultado oncológico y estético utilizando una plastia glabellar, destacando las múltiples ventajas que presenta este colgajo para reconstrucción de defectos del tercio superior de la región nasal. Además, destaca por la baja tasa de complicaciones que presenta.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

5. BIBLIOGRAFÍA

- Koch CA, Archibald DJ, Friedman O. Glabellar flaps in nasal reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2011 Feb;19(1):113-22. doi: 10.1016/j.fsc.2010.10.003. PMID: 21112514.
- Sanjuan-Sanjuan A, Ogledzki M, Ramirez CA. Glabellar Flaps for Reconstruction of Skin Defects. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2020 Mar;28(1):43-48. doi: 10.1016/j.cxom.2019.11.004. PMID: 32008708.



Colgajo en espiral logarítmica en ala nasal

José Francisco Orts Paco
María Dolores Ruiz Martínez

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años sin antecedentes personales de interés que consultó por lesión en ala nasal derecha de varios meses de evolución, con crecimiento progresivo más acentuado en los últimos meses. A la exploración física presentaba una tumoración eritematosa de 8 mm de diámetro en ala nasal derecha con telangiectasias arboriformes enfocadas en la dermatoscopia, hallazgos compatibles con el diagnóstico de carcinoma basocelular.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

En primer lugar, se delimitó la lesión con márgenes adecuados y se diseñó un colgajo en espiral logarítmica para la reconstrucción del defecto resultante. En lo relativo al diseño, resulta fundamental un correcto dibujo del colgajo, que debe abarcar aproximadamente la mitad del perímetro de una teórica circunferencia. El pedículo puede ser superior o inferior, cada uno de los cuales puede tener, a su vez, rotación medial, es decir, paralela al dorso nasal, o lateral, esto es, perpendicular al dorso nasal. El primer paso consiste en trazar los ejes vertical y horizontal del defecto, que tienen la misma longitud (X). En segundo lugar, se dibuja la tangente al borde superior del defecto, que será paralela al eje horizontal. A continuación, se prolonga el eje vertical hacia arriba o hacia abajo, según el diseño del pedículo. De esta manera, para poder diseñar el colgajo se necesitan tres puntos: el primero es el punto de corte entre el eje vertical y el borde inferior del defecto; el segundo, el punto en la tangente a $1,15X$ del eje vertical; el tercero, el punto en la prolongación del eje vertical, situado a $1,3X$ del borde superior del defecto (Figura 1).

Posteriormente, bajo anestesia local con mepivacaína, se realizó la exéresis del tumor (Figura 2), referenciando la pieza con hilo de sutura a las 12 horas. Acto seguido, se procedió al tallado del colgajo (Figura 3 y 4). Tras comprobar la hemostasia, se procedió a suturar el colgajo con puntos simples con seda de 4-0 (Figura 5). El postoperatorio transcurrió sin incidencias, retirándose los puntos de sutura a los 7 días tras la inter-

vención. El resultado anatomopatológico informó de la existencia de un carcinoma basocelular con márgenes libres de resección. En la revisión al mes de la intervención se comprobó la adecuada evolución (Figura 6).

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

Para la reconstrucción de defectos circulares u ovalados de pequeño tamaño que asientan en la pirámide nasal existen varias opciones quirúrgicas. Entre ellas, destacan la cicatrización por segunda intención, el cierre primario, los injertos de piel total o parcial, los colgajos de transposición lobulados y geométricos, y los colgajos de rotación. El colgajo en espiral logarítmica pertenece al último grupo, constituyendo una opción muy útil para defectos de pequeño y mediano tamaño en el ala nasal y el surco alar, con un riesgo mínimo de complicaciones estéticas o funcionales. Entre sus ventajas destaca el hecho de que al poseer la espiral un patrón logarítmico incrementa la superficie del colgajo y hace que el pedículo vascular sea mayor, disminuyendo el riesgo de necrosis. Además, es capaz de proporcionar una piel de volumen, color y textura similar a la de la lesión extirpada, convirtiéndose en una opción reconstructiva muy útil para defectos en el ala nasal.

El ala nasal pertenece a una subunidad anatómica para la cual una reconstrucción mal diseñada tiene el potencial de causar desfiguración o asimetría del borde alar. El cierre primario vertical es una opción adecuada en la reconstrucción de defectos de pequeño tamaño en el ala nasal. Sin embargo, no lo es cuando se trata de lesiones de mayor tamaño debido a la alta probabilidad de tracción del ala y posterior asimetría. Aunque la curación por segunda intención produce resultados aceptables en áreas cóncavas de la pirámide nasal, en áreas convexas puede originar una cicatriz hipertrófica al traccionar del ala. Por último, los injertos de piel total en ala nasal generalmente presentan peores resultados estéticos.

4. CONCLUSIONES

Presentamos un caso de carcinoma basocelular en ala nasal que fue extirpado, reconstruyendo el defecto con un colgajo en espiral logarítmica con un resultado estético y funcional óptimo, resaltando la utilidad de esta plastia en los defectos del ala nasal.

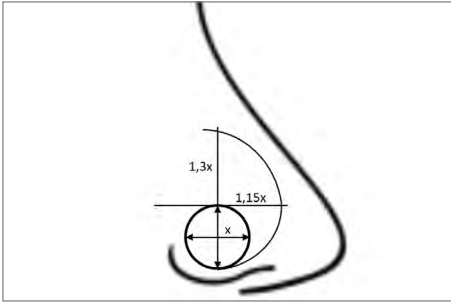


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

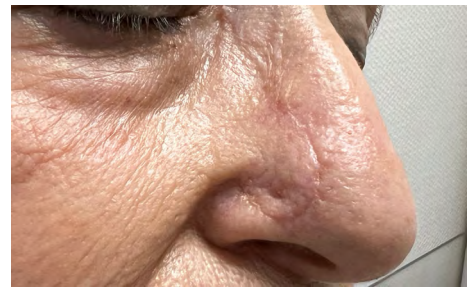


Figura 6

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bang CH, Lee HJ, Han JH, Lee JH, Lee JY, Yu DS, Park YM. Reconstruction Experience Using Logarithmic Spiral Flap on the Nasal Sidewall. *Ann Dermatol*. 2020 Jun;32(3):260-261. doi: 10.5021/ad.2020.32.3.260.
- Moreno-Artero E, Redondo P. Logarithmic spiral flap for circular or oval defects on the lateral surface of the nose and nasal ala: a series of 15 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 Oct;106(8):658-65. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2015.05.006.



Ampliación de márgenes de melanoma y biopsia selectiva de ganglio centinela

José Navarro Pascual

Jesús Hernández-Gil Sánchez

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años con diagnóstico de melanoma de extensión superficial en región temporal izquierda de 2,1 cm de diámetro, extirpado inicialmente con 1 cm de margen de seguridad y cuyo defecto se corrigió con injerto de piel total procedente de piel clavicular derecha. El estudio histopatológico mostró un espesor de Breslow de 2,5 mm, ulcerado. Se somete a ampliación de márgenes de 1 cm desde el borde del injerto y para biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC).

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Previamente a la cirugía, se realizó una linfogammagrafía inyectando un radiotrazador en la zona de la extirpación previa en el servicio de medicina nuclear, señalando en la piel la localización aproximada del ganglio centinela. Ya en quirófano y mediante anestesia general, dentro de las 24 horas siguientes, se realizó la exéresis de la piel que rodea el injerto, con un margen de 1 cm, profundizando hasta fascia (Figura 1). A continuación, se realizó sutura de los márgenes mediante sutura intradérmica con seda trenzada reabsorbible 3/0. La sutura superficial se realizó con seda trenzada no reabsorbible 3/0 (Figura 2). Tras la ampliación de márgenes, se practicó una pequeña incisión de 2-3 cm en la zona señalada previamente sobre el ganglio centinela, que en este caso marcaba en la región mastoidea. Se recurrió a una sonda y portátil, a la inspección visual y a la disección roma cuidadosa para buscar e identificar el ganglio centinela (Figura 3). Éste estaba localizado inmediatamente posterior a la inserción del músculo esternocleidomastoideo en la apófisis mastoides. Se reparó el defecto mediante sutura por planos con sutura intradérmica con seda trenzada reabsorbible 3/0. La sutura superficial se realizó con seda trenzada no reabsorbible 3/0. La paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, siendo alta hospitalaria, no presentando complicaciones tras la cirugía. Ambas fueron estudiadas histopatológicamente mediante cortes seriados y tinción con hematoxilinaeosina e inmunohistoquímica. El análisis histológico no mostró presencia de células malignas ni en la ampliación ni en el ganglio.

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

Desde 2012 la mayoría de las guías recomiendan el uso de la BSGC en melanomas de al menos 0,8 mm de espesor de Breslow o ulcerados con ganglios clínicamente negativos, aunque su realización no ha demostrado específicamente aumentar la supervivencia. En esencia existen cuatro razones para recurrir a una BSGC:

1. Obtener la máxima información sobre el diagnóstico y la estadificación.
2. Ofrecer la posibilidad de disección ganglionar completa si hay indicios de micrometástasis.
3. Ofrecer tratamiento oncológico adyuvante, en caso de estar indicado.

La tasa de complicaciones de la BSGC se sitúa alrededor del 30%, entre las que destacan las alteraciones en la cicatrización, las infecciones de la herida quirúrgica, la aparición de linfedema, los seromas, los hematomas y las dehiscencias de la herida. Las secuelas se dan en el 7,5% de las BSGC sin linfadenectomía posterior, siendo el linfedema la más frecuente. El tabaquismo, como en toda cirugía dermatológica, se asocia a un aumento de la tasa de complicaciones.

4. CONCLUSIONES

Describimos un caso de ampliación de márgenes de la exéresis en un melanoma grueso junto con la técnica de BSGC. La extirpación de piel con margen de seguridad de 2 cm tomando espesor total hasta fascia asegura un buen resultado oncológico. En nuestro caso, se llevó a cabo la exéresis con margen de seguridad de un centímetro en lugar de realizarla con márgenes ajustados en un intento de ahorrar actos quirúrgicos a la paciente, debido a su edad y comorbilidades. La exéresis selectiva del primer ganglio de drenaje del melanoma primario permite estadiar adecuadamente el tumor y proporcionar, en caso de ser necesario, tratamiento adicional médico y quirúrgico posterior.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, Callen JP. Dermatología. 4.a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Espinosa-Pereiro CE, Zulaica Gárate A, García-Doval I. Complicaciones y secuelas de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela para el melanoma en una cohorte retrospectiva. Actas Dermo-Sifiliográficas. julio de 2019;110(6):482-9.



Colgajo de Rintala en punta nasal

José Navarro Pascual
Javier Ruiz Martínez

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años con antecedente de extirpación de carcinoma basocelular nodular ulcerado en punta nasal en contacto con márgenes quirúrgicos laterales. A la exploración física mostraba una cicatriz eritematosa sin evidencia clínica de persistencia tumoral. Se decide de acuerdo con la paciente la reintervención para ampliación de márgenes laterales sobre cicatriz previa.

2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo anestesia local se realizó la exéresis del área cicatricial delimitando un margen de 3 mm sobre la misma y disecando en profundidad sobre plano de cartílago (Figura 1). Se generó un defecto circular para el que se decidió optar por el colgajo de Rintala en su reconstrucción (Figura 2). Para el diseño de esta plastia se trazaron dos líneas paralelas que partían desde los extremos laterales del defecto hacia la glabella resultando necesario localizar dos triángulos de Burow sobre ambos laterales de la base del pedículo sin comprometer la vascularización y ocultándolos sobre el canto interno. El plano de disección a la hora de labrar el colgajo fue subcutáneo submuscular, realizando hemostasia cuidadosa de la zona para finalmente llevar a cabo un movimiento de avance que permitía el cierre del defecto (Figura 3 y 4). Se adelgazó el colgajo a nivel distal y sobre paredes laterales de pirámide nasal, realizando además puntos de anclaje con sutura reabsorbible de Poliglactina en dorso y puente nasal, evitando así el abultamiento de la plastia. El cierre se realizó con sutura de seda (Figura 5). El resultado del estudio anatomopatológico confirmó la persistencia de carcinoma basocelular con márgenes libres en la resección. El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio (Figura 6).

3. INDICACIONES, ALTERNATIVAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA

El colgajo de Rintala, descrito en 1969, se trata de una opción para la reconstrucción de defectos localizados en la punta nasal. Su principal inconveniente es el riesgo de necrosis resultando más probable a medida que aumenta la longitud del colgajo por lo que es importante una adecuada planificación del diseño con una base de pedículo más ancha en colgajos de mayor longitud. Por otra parte, una longitud insuficiente del colgajo puede dar lugar a la elevación de la punta nasal, con un resultado poco estético. Resulta importante además anclar adecuadamente la plastia en puente nasal y canto interno para evitar la cicatrización en “tienda de campaña”. Otro factor a tener en cuenta es que vamos a localizar la base de la plastia entre ambas cejas, por lo que en pacientes con una distancia intercililar más estrecha, esta plastia dará lugar a una pseudoptosis de cabeza de la ceja.

Disponemos de diversas alternativas a la hora de reconstruir defectos en punta nasal, fundamentalmente el colgajo glabellar o pangeniano que consideramos de mayor utilidad en defectos de punta nasal más lateralizados, o las plastias que incluyen un movimiento de avance unilateral o bilateral de piel de las vertientes nasales. En defectos de mayor tamaño podemos optar por un colgajo mediofrontal o melolabial.

4. CONCLUSIONES

Consideramos al colgajo de Rintala como una adecuada opción de reconstrucción para defectos grandes que incluyan la punta nasal respetando la simetría de la pirámide nasal. En su diseño y ejecución es fundamental tener en cuenta las posibles complicaciones para poder prevenirlas y tener un resultado satisfactorio.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

5. BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Paredes MG, González Sixto B, Valladares Narvanes LM, Rodríguez Prieto MA. Techniques in nasal tip reconstructive surgery after surgical oncology. *Piel*. 2013;28:428-35.
- Pérez Bustillo A, González Sixto B, Castiñeiras González J, Varas Meis E, Rodríguez Prieto MA. 2 Cirugía de la pirámide nasal. *Atlas de cirugía dermatológica*. España: Elsevier; 2023. p. 15-72.

CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS EN DERMATOLOGÍA I

CIPRDER2023

COORDINAN:

Javier Ruiz Martínez

María Isabel Úbeda Clemente

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA
MURCIA



ÁREA DE SALUD VII
MURCIA ESTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA