



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



COMUNICACIÓN BREVE

Colgajo este-oeste después de la cirugía micrográfica de Mohs



J. Magliano, M.P. Abelenda, J. Navarrete* y C. Bazzano

Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

PALABRAS CLAVE

Procedimientos quirúrgicos dermatológicos;
Cirugía micrográfica de Mohs;
Cáncer de piel;
Carcinoma basocelular;
Carcinoma espinocelular

KEYWORDS

Surgical dermatological procedures;
Mohs micrographic surgery;
Skin cancer;
Basal cell carcinoma;
Squamous cell carcinoma

Resumen La reparación de los defectos nasales distales producidos durante la cirugía micrográfica de Mohs representa un desafío para el cirujano. Existen múltiples técnicas por las cuales se puede optar para el cierre del defecto. Presentamos 3 casos en los que se realizó el colgajo *este-oeste*, un colgajo de avance, de fácil diseño, que consiste en un triángulo que cubre el defecto y un segundo triángulo de descarga con sus bases en la línea de desplazamiento. Con este colgajo se obtiene un óptimo resultado estético con un movimiento mínimo de los tejidos, preservando la arquitectura nasal y con líneas de sutura bien disimuladas.

© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

East-West Flap After Mohs Micrographic Surgery

Abstract Repair of distal nasal defects resulting from Mohs micrographic surgery is a challenge, but surgeons can choose from a number of techniques. We present 3 cases in which an east-west flap was used to close the defect. The east-west flap is an easily conceived advancement flap that consists of a superior triangle used to cover the defect and an inferior triangle whose base is located along the advancement line. The flap results in an optimal cosmetic outcome and involves minimum movement of tissue (preserving the nasal architecture) and well-camouflaged suture lines.

© 2019 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jnavarrete90@gmail.com (J. Navarrete).

Introducción

El cáncer de piel representa un tercio de las neoplasias malignas del ser humano. Dentro del cáncer de piel no melanoma (CPNM) el carcinoma basocelular (CBC) corresponde aproximadamente al 80%. Estos tumores se localizan mayormente en zonas fotoexpuestas, sobre todo en la zona T, de pacientes de fototipo bajo y/o daño solar crónico. La máscara facial está definida como una zona de alto riesgo independiente del tamaño de la lesión. El tratamiento quirúrgico permite confirmar el diagnóstico y realizar el control de márgenes. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) permite conservar el máximo de tejido sano con un control del 100% de los márgenes, asegurando un menor índice de recidivas con respecto a la cirugía convencional. Esta técnica ha demostrado su efectividad en el tratamiento del CPNM^{1,2}.

Después de efectuada la CMM el cirujano debe optar por la mejor técnica para el cierre del defecto quirúrgico. La nariz es uno de los sitios más afectados por el CPNM². Su reparación representa un desafío, la cual puede llevarse a cabo mediante varias técnicas quirúrgicas: cierre directo, colgajos, injertos o cierre por segunda intención. Los colgajos cutáneos tienen la ventaja de reconstruir el defecto con piel de las mismas características y, además, proporcionar un buen aporte sanguíneo^{3,4}. Describiremos nuestra experiencia con 3 casos ilustrativos, donde se realizó el colgajo *este-oeste* tras la CMM.

El colgajo *este-oeste* es un colgajo de avance descrito por primera vez por Perry Robins. Frecuentemente es utilizado en defectos con un diámetro menor de 1,5 cm, en la punta nasal y las zonas cercanas⁵⁻⁸. El colgajo de avance permite el movimiento de la piel en una dirección y se diseña con un triángulo vertical por encima del defecto y otro de descarga. Este último tendrá una base que será el 50% del ancho del defecto y su tamaño dependerá del tamaño del primero⁸. El diámetro máximo de los 2 triángulos será el mismo, y cuanto más grande sea el defecto mayor será el triángulo de descarga requerido^{6,8}. La disección de los colgajos debe realizarse por debajo del músculo y por encima del pericondrio, deslizando el tejido de forma horizontal hacia el lado del defecto⁶. El resultado de las líneas de sutura son 3 segmentos perpendiculares (fig. 1).

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la valoración del paciente y del médico del resultado estético obtenido

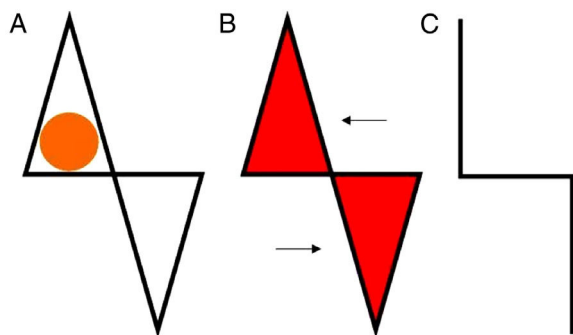


Figura 1 A. Defecto y diseño del colgajo. B. Exéresis de los triángulos y desplazamiento. C. Cierre, línea de sutura.

con el colgajo *este-oeste* a los 6 meses de seguimiento. La valoración fue realizada por 2 dermatólogos no relacionados con el tratamiento de nuestros pacientes, así como por los propios pacientes, a partir de una fotografía estandarizada obtenida a los 6 meses. Todos los evaluadores clasificaron el resultado como excelente, muy bueno, bueno, moderado, malo, o muy malo.

Casos clínicos

Caso 1

Un hombre de 72 años, fototipo III, presentaba un CBC nodular de 0,4 × 0,5 cm de diámetro en la punta nasal, de 9 meses de evolución (fig. 2A), que fue tratado con CMM, requiriendo un estadio, dejando un defecto de 1 × 0,9 cm, el cual se cerró a través del colgajo de avance *este-oeste*. No presentó complicaciones y se obtuvo un resultado estético bueno calificado por dermatólogos y por el paciente (figs. 2B y C).

Caso 2

Una mujer de 42 años, fumadora, fototipo IV, consultó por un CBC nodular ulcerado de 0,5 × 0,4 cm de diámetro en la punta nasal, de aproximadamente 12 meses de evolución (fig. 2D). Se realizó CMM, requiriendo 2 estadios, con un defecto de 1 × 1 cm, reconstruyéndose mediante el colgajo *este-oeste*. No presentó complicaciones y se obtuvo un resultado estético bueno calificado por dermatólogos, y muy bueno según el paciente (figs. 2E y F).

Caso 3

Un hombre de 75 años de edad, fototipo III, con múltiples cirugías previas por CPNM, presentó un CBC nodular de 0,8 × 0,7 cm en la punta nasal, de 6 meses de evolución (fig. 2G). Se realizó CMM, requiriendo un estadio, con un defecto quirúrgico de 1,2 × 1,2 cm, en el cual se optó también por repararlo mediante el colgajo *este-oeste*. No presentó complicaciones y se obtuvo un resultado estético excelente calificado por dermatólogos y por el paciente (figs. 2H e I).

A los 6 meses de seguimiento clínico ninguno de los pacientes presentó signos de recidiva. Los pacientes se mantienen en seguimiento de acuerdo con los protocolos vigentes.

Discusión

Existen múltiples colgajos descritos para la reconstrucción de los defectos nasales. Se deben evaluar variables como el tamaño del defecto y la región anatómica para preservar la funcionalidad y la estética de la zona^{2,4}. El colgajo *este-oeste* es de elección por las características que presentaron en común nuestros pacientes.

Las ventajas de este colgajo son numerosas; permite la reparación de defectos pequeños, suministra un pedículo vascular robusto, minimiza la tensión y la compatibilidad de



Figura 2 Paciente 1, 2 y 3, con sus respectivos diseños quirúrgicos (A, D y G), posquirúrgico inmediato (B, E y H), controles a los 6 meses (C, F e I).

los tejidos, preserva la arquitectura, la simetría, la textura y el color de la nariz⁸. Por lo tanto, con esta técnica se obtiene un excelente resultado funcional y estético, evidentes a los 6 meses de realizada la cirugía⁵⁻⁷.

El colgajo es de elección principalmente en narices grandes, largas, con defectos más largos que anchos que asientan sobre piel sebácea⁶⁻⁸. Estas particularidades estaban presentes en nuestros pacientes.

Dentro de las limitaciones se encuentra la dificultad para realizarlo en defectos de mediano y gran tamaño, en defectos de la región latero inferior o en el borde del ala nasal, y el estrechamiento de la punta nasal⁵⁻⁸.

Existen otras áreas faciales en las cuales es útil el colgajo *este-oeste*, las más destacadas son: labio superior, región ciliar, preauricular y mejilla^{9,10}. Estos lugares tienen la característica común de tener tejido redundante para cubrir el defecto¹⁰.

El colgajo *este-oeste* es más simple que el colgajo bilobulado, pero este último se prefiere para defectos nasales paramediales, incluso puede ser superior a los colgajos de transposición, que pueden dar lugar a la distorsión de los tejidos y a los colgajos de rotación que requieren mayores incisiones en áreas no expuestas⁵⁻⁸.

En conclusión, el cierre de los defectos quirúrgicos es un desafío para el cirujano dermatólogo. El colgajo *este-oeste* está indicado en defectos pequeños (menores a 1,5 cm) en la zona de la punta nasal, en la cual se obtienen excelentes resultados funcionales y estéticos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kauvar AN, Cronin T Jr, Roenigk R, Hruza G, Bennett R. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: Basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatol Surg.* 2015;41:550-71.
2. Galimberti G, Pontón Montaña A, Ferrario D, Kowalczyk A, Galimberti R. Mohs micrographic surgery for the treatment of basal cell carcinoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:853-7.
3. Cook J, Zitelli JA. Primary closure for midline defects of the nose: A simple approach for reconstruction. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:508-10.
4. Navarrete J, Magliano J, Martínez M, Bazzano C. Reconstructive methods in Mohs micrographic surgery in Uruguay: A bidirectional descriptive cohort analysis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2018;109:254-61.
5. Durbec M, Disant F. Reconstruction of lateral defects of the tip and supratip less than 1.5 cm in diameter. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2016;133:59-61.
6. Goldberg LH, Alam M. Horizontal advancement flap for symmetric reconstruction of small to medium-sized cutaneous defect of the lateral nasal supratip. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:685-9.

7. Lambert RW, Dzubow LM. A dorsal nasal advancement flap for off-midline defects. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:380-3.
8. Geist DE, Maloney ME. The 'east-west' advancement flap for nasal defects: Reexamined and extended. *Dermatol Surg.* 2012;38:1529-34.
9. Perez S, Marengo R, Gonzalez M. Colgajos de avance con triángulos de Burow en la cara. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:602-6.
10. Dang M, Greenbaum SS. Modified Burow's wedge flap for upper lateral lip defects. *Dermatol Surg.* 2000;26:497-8.