



COMUNICACIÓN BREVE

Colgajo crescéntico nasoyugal en la reconstrucción de defectos de punta nasal: una serie de 13 casos



J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora*, M. Azcona Rodríguez, I. Martínez de Espronceda Ezquerro, S. Oscoz Jaime, R. Santesteban Muruzábal y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), España

Recibido el 3 de junio de 2019; aceptado el 26 de julio de 2019

PALABRAS CLAVE

Colgajo de avance;
Colgajo quirúrgico;
Procedimiento quirúrgico;
Reconstrucción punta nasal

KEYWORDS

Advancement flap;
Surgical flap;
Surgical procedure;
Nasal tip reconstruction

Resumen La reconstrucción tras la extirpación de neoplasias cutáneas localizadas en punta nasal supone un reto cosmético-quirúrgico. Proponemos el colgajo crescéntico nasoyugal, también conocido como colgajo perialar en semiluna, como recurso quirúrgico para la cobertura de estos defectos. Presentamos una serie de 13 casos de carcinomas cutáneos, en su mayoría carcinomas basocelulares, extirpados con bordes libres, localizados en región excéntrica de punta nasal en los que la reconstrucción se realizó mediante este colgajo. Los 13 pacientes presentaron buena evolución, sin presencia de complicaciones quirúrgicas reseñables junto con resultados posquirúrgicos satisfactorios. No se objetivaron alteraciones funcionales y estéticas significativas. Por consiguiente, el colgajo crescéntico nasoyugal constituye una adecuada opción reconstructiva para la cobertura de defectos de tamaño medio de punta nasal.

© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Repair of Nasal Tip Defects Using the Crescentic Nasojugal Flap: A Series of 13 Cases

Abstract Reconstruction of the tip of the nose following the excision of skin cancer is a cosmetic and surgical challenge. We propose using a crescentic nasojugal flap, also known as a perialar crescentic advancement flap, to repair such defects. We present a series of 13 cases in which cutaneous carcinoma (mostly basal cell carcinoma) was excised from the lateral nasal tip with clear margins and the defect repaired with a crescentic nasojugal flap. The technique was successful in all cases. None of the patients developed notable surgical complications and the postoperative outcomes were satisfactory, with no significant functional or cosmetic problems. The crescentic nasojugal flap is therefore a good option for repairing medium-sized defects on the tip of the nose.

© 2020 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.sarriguarte.aldecoaotalora@gmail.com (J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora).

Introducción

El colgajo crescéntico nasoyugal fue descrito por Smadja¹ en 2007 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos en punta nasal. La reconstrucción tras la exéresis de carcinomas localizados en punta nasal supone un reto cosmético-quirúrgico, por lo que el objetivo de este trabajo es presentar una alternativa quirúrgica que emplea la piel lateral de la nariz para cubrir defectos de región de punta nasal.

Material y métodos

Presentamos una serie de 13 pacientes con tumores cutáneos en pirámide nasal que fueron extirpados mediante cirugía con bordes libres, en régimen de cirugía mayor ambulatoria, bajo anestesia local y sedación. En todos ellos, la reconstrucción se realizó mediante el colgajo

crescéntico nasoyugal para cubrir defectos de región excéntrica de punta nasal.

Resultados

Se incluyeron 13 pacientes, siete mujeres y seis varones, con una mediana de edad de 82 años –intervalo de edad desde 59 a 94 años–, con diagnóstico de neoplasia cutánea nasal. En consideración a los antecedentes personales, se prestó especial atención a la diabetes mellitus, hipertensión arterial y terapias farmacológicas anticoagulantes y antiagregantes plaquetarias. Se objetivaron dos pacientes diabéticos, ocho hipertensos y cuatro en tratamiento farmacológico con antiagregantes o anticoagulantes –uno empleaba antiagregantes plaquetarios y tres anticoagulantes orales–, sobre un total de 12 pacientes (se desconocen los antecedentes personales de uno de los pacientes).

Doce de los casos se trataron de carcinomas basocelulares histopatológicamente confirmados y se realizó un único



Figura 1 Imágenes clínicas que muestran el diseño y el resultado posquirúrgico de la reconstrucción mediante colgajo crescéntico nasoyugal en 10 pacientes tras la exéresis de carcinomas en punta nasal.

diagnóstico anatomopatológico de carcinoma epidermoide. Los tumores se localizaron en regiones excéntricas de punta nasal, objetivando dos casos en los que los carcinomas se extendían hacia dorso (fig. 1 paciente n° 10) y ala nasal ipsilateral. Por otro lado, este colgajo nos permitió reconstruir hasta dos defectos creados tras la exéresis simultánea de los carcinomas correspondientes localizados en pirámide nasal: Caso 1. Defectos en punta nasal izquierda y ala nasal contralateral (fig. 1 paciente n° 8) y Caso 2. Punta nasal izquierda y dorso nasal ipsilateral (fig. 1 paciente n° 4). El tamaño máximo de los defectos reconstruidos en regiones excéntricas de punta nasal fue de hasta 4 cm, incluidos los casos con presencia de tumores nasales concomitantes y/o los extendidos más allá de la subunidad estética de la punta nasal. Más concretamente, los defectos de mayor dimensión presentaron diámetros de 1 x 4 cm y 2,5 x 3 cm (fig. 1 pacientes n° 4 y n° 10).

Los 13 pacientes presentaron buena evolución del colgajo sin presencia de complicaciones quirúrgicas reseñables –no signos de infección ni de sufrimiento cutáneo–, junto con cicatrización satisfactoria. No obstante, se observaron complicaciones posquirúrgicas inmediatas leves en cuatro de los 13 pacientes: dos casos de dehiscencia de herida quirúrgica y otros dos con presencia de inflamación y/o aspecto congestivo de colgajo requiriendo pauta antibiótica de manera profiláctica. Por otro lado, aquellos pacientes con dos neoplasias recibieron al alta al domicilio profilaxis antibiótica oral (cefalexina 500 mg cada seis horas durante siete días) debido a la extensión de la extirpación, antecedentes y tiempo de duración de la intervención.

Los resultados posquirúrgicos han sido satisfactorios, dada la ausencia de alteraciones funcionales y estéticas significativas (fig. 1). Bien es cierto que en pocos casos se observó una muy leve asimetría de las fosas nasales, no obstante, se trata de un hecho aceptable dado el considerable

tamaño de los defectos creados (véase material suplementario).

Discusión

La nariz, debido a su proyección y localización central, presenta mayor susceptibilidad a la sobreexposición solar, y consecuentemente, al desarrollo de cáncer cutáneo². Por otro lado, se trata de una de las características estéticas faciales de mayor importancia. Por ello, la reconstrucción tras la exéresis de carcinomas, más concretamente aquellos localizados en punta nasal supone un reto cosmético-quirúrgico. En estas reconstrucciones se estipulan tres principios básicos¹: 1. determinar las características del tejido extirpado (localización, extensión y profundidad), 2. cubrir el defecto con su mejor equivalente –por lo general, piel nasal adyacente–, y 3. respetar las subunidades estéticas establecidas por Burget y Menick³. El colgajo crescéntico nasoyugal¹, también conocido como colgajo perialar en semiluna, consiste en una plastia de avance, basada en el colgajo de rotación horizontal en «J» presentado por Snow et al.⁴, el colgajo crescéntico de avance de Yoo y Miller⁵ y el colgajo nasal modificado de Wheatley et al.⁶. Este colgajo permite realizar la cobertura de defectos de punta nasal, tanto excéntricos como mediales, mediante el empleo de piel lateral de la nariz y mejilla. Su diseño se sostiene sobre una línea de movimiento principal en forma de onda sinusoidal, descrita como tal posteriormente por Hussain⁷. La técnica quirúrgica consiste en (fig. 2):

1. La primera incisión comienza en la mitad del polo inferior del defecto circular creado, se dirige hacia el surco alar y rodea el ala nasal hasta llegar al surco nasolabial. Originariamente así lo describió Smadja¹, aunque en nuestra práctica clínica solemos acortar la longitud de la

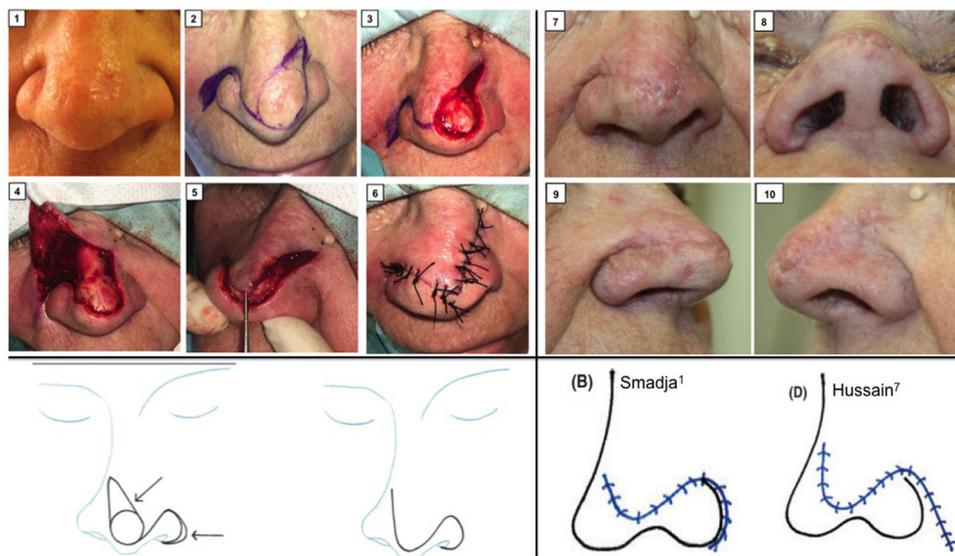


Figura 2 Imágenes clínicas que muestran la técnica quirúrgica para la realización del colgajo crescéntico nasoyugal (1-6) y resultado posquirúrgico al mes (7-10). Abajo izq: Imagen del artículo de Smadja¹ donde se objetiva el esquema del colgajo crescéntico nasoyugal. Abajo derecha: Imagen del artículo de Hussain⁷ donde se observan las cicatrices resultantes tras la realización del (B) colgajo crescéntico nasoyugal¹ y (D) colgajo en onda sinusoidal⁷.

incisión realizándola hasta la mitad del ala nasal o inicio del pliegue nasogeniano.

2. Se debe realizar una disección submuscular profunda por debajo del plano aponeurótico muscular superficial nasal que se extiende desde la cara lateral de la nariz hasta la mejilla.
3. Al movilizar el colgajo, debemos triangular el defecto en la parte superior y eliminar la semiluna perialar contralateral, hecho no estrictamente necesario.

Tanto el colgajo crescéntico nasoyugal¹ como el colgajo en onda sinusoidal descrito por Hussain⁷ presentan la misma línea principal de movimiento. La diferencia primordial radica en la localización del triángulo de descarga. Mientras que el colgajo crescéntico nasoyugal¹ sitúa la semiluna de descarga en la región perialar, el colgajo en onda localiza el triángulo de Burow en el surco nasogeniano (fig. 2). Por tanto, evita la modificación de áreas cosméticamente importantes como el triángulo apical del labio superior y el ala nasal. No obstante, en nuestra experiencia, al realizar la incisión perialar hasta la mitad del ala y/o inicio del surco nasogeniano, en escasas ocasiones hemos requerido de la extirpación de la semiluna de descarga. Además, en aquellas ocasiones en las que sí se ha extirpado, las incisiones se esconden bajo los surcos naturales, sin llegar a objetivar cambios cosméticamente significativos.

Conclusión

Existen múltiples colgajos para la cobertura de defectos en punta nasal. El colgajo crescéntico nasoyugal presenta buen resultado estético y funcional sin complicaciones posquirúrgicas destacables, cicatrización satisfactoria y respeto de las subunidades estéticas nasales. Por tanto, constituye una adecuada opción reconstructiva en defectos de hasta 4 cm de tamaño localizados en punta nasal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece a los pacientes, cuyas imágenes se muestran en el trabajo, por su aceptación a que se publiquen.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2019.07.009](https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.07.009).

Bibliografía

1. Smadja J. Crescentic Nasojugal Flap for Nasal Tip Reconstruction. *Dermatol Surg.* 2007;33:76–81, <http://dx.doi.org/10.1097/00042728-200701000-00012>.
2. Sober AJ. Diagnosis and management of skin cancer. *Cancer.* 1983;51:2448–52, [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19830615\)51:12+3.0.co;2-l](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19830615)51:12+3.0.co;2-l).
3. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76:239–47, <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198508000-00010>.
4. Snow SN, Mohs FE, Olansky DC. Nasal Tip Reconstruction: The Horizontal «J» Rotation Flap Using Skin from the Lower Lateral Bridge and Cheek. *J Dermatol Surg Oncol.* 1990;16:727–32, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.1990.tb00111.x>.
5. Yoo SS, Miller SJ. The crescentic advancement flap revisited. *Dermatol Surg.* 2003;29:856–8, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1524-4725.2003.29232.x>.
6. Wheatley MJ, Smith JK, Cohen IA. A new flap for nasal tip reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:220–4, <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199701000-00033>.
7. Hussain W. The «Sine Wave» Flap for the Repair of Defects of the Distal Nose. *Dermatol Surg.* 2013;39:320–4, <http://dx.doi.org/10.1111/dsu.12038>.