

Experiencia en reconstrucción auricular en cáncer de piel con colgajo en «quesadilla»

Experience in auricle reconstruction after skin carcinoma with «quesadilla» flap



Gutiérrez Gómez, C.

Gutiérrez Gómez, C.*, Avila Romay, A.**, Zepeda Alcántara, C.***, Cárdenas Mejía, A.****

Resumen

La reconstrucción auricular es una de las más difíciles ya que implica reproducir las sofisticadas y delicadas formas del pabellón auricular. Cuando hay que reseca piel en la oreja por un cáncer cutáneo y dejamos expuesto el cartílago, sin pericondrio, suele suceder que al colocar injertos no hay una integración adecuada de los mismos por las caprichosas formas y relieves del pabellón auricular; cuando es necesario reseca el pericondrio estamos obligados a cubrir el defecto con un colgajo y no con un simple injerto.

Frente a esta dificultad técnica, diseñamos un colgajo ricamente vascularizado que preserva el cartílago no afectado con una buena cubierta y al mismo tiempo respeta la anatomía de la oreja.

Para la cobertura del cartílago auricular anterior usamos un colgajo fasciocutáneo posterior que se asemeja a un plato típico de la cocina mexicana que llamamos «quesadilla», donde el cartílago por su color blanco recuerda el queso y el gran colgajo fasciocutáneo recuerda la tortilla que cubre al queso. Este colgajo incluye la piel enrollada del hélix, que en un segundo tiempo retornará a su lugar de origen anatómico mediante una z-plastia asimétrica.

Presentamos, de entre una serie de 13 pacientes con carcinoma de pabellón auricular, 2 casos resueltos mediante esta técnica.

Palabras clave Reconstrucción auricular. Cáncer de piel. Golgajo fasciocutáneo

Código numérico 2447, 171, 15833

Abstract

Auricle reconstruction is one of the most difficult techniques because of the sophisticated and delicate forms of the ear. When we need to remove the auricular skin, preserving the cartilage is very important to keep the shape of the auricle. If treating an auricular skin cancer we find an unaffected cartilage, we can use a skin grafting, but in such delicate forms and curves many times it results inappropriate or the lack of pericondrium difficult skin graft integration. When pericondrium is affected, we will need a skin flap to cover de defect.

We designed a rich vascularized flap that preserves the unaffected cartilage with an adequate coverage and that keeps anatomy of the auricle.

For coverage of anterior cartilage we use the hole posterior skin fasciocutaneous flap which resembles a «quesadilla», a Mexican food made of white cheese (resembles cartilage) covered by a «tortilla» (fasciocutaneous flap). This flap includes the rolled skin of the helix and, in a second time, we use an asymmetric z-plasty to return the rolled skin of the helix to the margin of the auricle.

We report, from a serie of 13 patients with auricle carcinoma, 2 cases reconstructed with this technique.

Key words Auricle reconstruction. Skin cancer. Fasciocutaneous flap.

Numeral Code 2447, 171, 15833

* Cirujano plástico. Profesora Adjunta curso postgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México DF. México.

** Dermatólogo. Adscrita a la Clínica de Imagen, Hospital Médica Sur. México DF. México.

*** Dermatólogo.

**** Cirujano plástico. Servicio de Cirugía Plástica Hospital General Dr. Manuel Gea González, México DF. México.

Introducción

Los tumores son una causa frecuente de defectos adquiridos del pabellón auricular. Cuando existe invasión del cartílago, es necesario hacer resecciones devastadoras difíciles de reconstruir; si se conserva el pericondrio, la opción de cobertura cutánea es a base de injertos, ya sean de espesor parcial o total, requiriendo ambos un lecho receptor bien vascularizado y siempre con el riesgo de una falta de integración de los mismos, el riesgo potencial de irregularidades, así como una deformidad secundaria a la contracción especialmente en los injertos de espesor parcial. Cuando se reseca el pericondrio, es necesaria la cobertura del defecto, puesto que la opción de dejar que éste granule por segunda intención produce condritis e infección (1).

Dependiendo de la localización del defecto auricular se han descrito diversos colgajos retroauriculares, bipediculados, mastoideos, colgajos en isla, colgajos condrocútaneos y colgajos de la porción medial y posterior de la oreja basados en su rica vascularización (2-10). Sin embargo la mayoría de estos colgajos permite reconstruir defectos pequeños o medianos. El colgajo que proponemos, que es una modificación del colgajo fasciocutáneo de piel medial descrito por Elsahy (11), permite dar una amplia cobertura, sin gran deformidad del área donadora y conservando toda la longitud del pabellón auricular (12).

Material y Método

Se analizaron 75 lesiones resecaadas con diagnóstico de cáncer de piel en 51 pacientes de los cuales 13 se localizaron en pabellón auricular representando el 17.3% del total. De entre ellos, presentamos 2 casos.

Caso 1: Paciente varón de 68 años de edad con carcinoma basocelular de tipo sólido y esclerosante (Fig



Caso 1. Fig. 1: Vista preoperatoria del tumor localizado en la cruz superior del antihélix.

1), que requirió resección de piel y pericondrio de hélix, antihélix, escafa y fosa triangular (Fig 2,3), con biopsia transoperatoria que informó de carcinoma basocelular de tipo sólido y esclerosante. Para la reconstrucción del defecto creado empleamos un colgajo en “quesadilla”. Este colgajo fasciocutáneo de la porción posterior del pabellón auricular se disecciona hasta su porción medial para ser avanzado cubriendo todo el defecto del cartílago expuesto desprovisto de pericondrio; este gran colgajo asemeja una tortilla que cubre a un queso blanco (cartílago auricular expuesto), de ahí su denominación por parecerse a un plato típico mexicano que es la “quesadilla” (Fig. 4-6). En un segundo tiempo, bajo anestesia local, se realiza una “z-plastía” asimétrica para darle continuidad al hélix (Fig 7, 8).

Esta modificación del colgajo fasciocutáneo, consideramos que es una opción sencilla, reproducible, sin secuelas en el área donadora y de fácil tallado para grandes defectos auriculares en los que se ve comprometido el reborde del hélix y cuando no tenemos un lecho adecuado para colocar un injerto cutáneo.



Figs. 2 y 3: Resección de piel y pericondrio mostrando el defecto del hélix superior, antihélix, escafa y fosa triangular.



Figura 4 y 5: Colgajo de la porción medial de la superficie posterior de la oreja avanzado para cubrir el defecto “Colgajo en Quesadilla”.



Fig. 6: Vista postoperatoria al mes de la cirugía.



Figs. 7 y 8: Vista postoperatoria del 2º tiempo quirúrgico a los 3 meses “z”plastia” asimétrica para corrección del borde del hélix.

Caso 2: Paciente varón de 60 años de edad con antecedentes de colecistectomía a los 23 años que requirió transfusión sanguínea, tras la cual se le diagnosticó hepatitis C, cirrosis y a los 57 años un cáncer hepático que había precisado trasplante hepático hacía 3 años y en tratamiento actual con inmunosu-

presores (sal de Tacrolimus 2 mg/día). Presentaba lesión nodular en escafa derecha de varios meses de evolución con traumatismo repetido por rascado (Fig.9).

Se realizó resección amplia de la lesión con informe anatomopatológico de bordes y lecho negativos

Discusión



Caso 2.
Fig. 9: Vista preoperatoria de tumoración localizada en escafa y borde posterior de antihélix.



Fig. 10. Transoperatorio postresección con bordes y lecho negativos.



Fig. 11. Postoperatorio a las 6 semanas del primer tiempo quirúrgico.

(Fig. 10) e histología de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado ulcerado.

La reconstrucción auricular se hizo también mediante el procedimiento descrito de colgajo en “quesadilla” (Fig. 11).

El colgajo fasciocutáneo axial basado en la división medial de la arteria auricular posterior, en el que el borde distal del colgajo se puede extender hasta el borde auricular, está bien descrito en la literatura (13-15), incluso se ha descrito su tunelización a través de incisiones en el marco cartilaginosa para cubrir defectos auriculares anteriores. También se ha descrito el colgajo fasciocutáneo de flujo reverso (11,16) en su variedad condrofasciocutánea para reconstruir defectos más complejos (17,18). Sin embargo en casos como los que presentamos, donde además de la superficie anterior del pabellón auricular se encuentra comprometido el reborde superior del hélix, tal y como se muestra en las figuras, no es fácil obtener un colgajo que cubra este área sin comprometer la zona donante o requerir un injerto.

El colgajo que describimos permite dar una cobertura amplia a un defecto tan extenso, sin necesidad de injertar el área donante y mediante una z- plastia asimétrica en un segundo tiempo quirúrgico, a los 3 meses, se regresa a su sitio original el borde del hélix sano.

En las últimas dos décadas ha habido un incremento dramático en los pacientes que viven con inmunosupresión crónica, no sólo asociada al tratamiento del paciente transplantado, sino también por la utilización de agentes inmunosupresores en el tratamiento de enfermedades reumatológicas y autoinmunes (19). El carcinoma de células escamosas de piel se presenta 65 a 250 veces más frecuentemente en los pacientes transplantados que en la población general (20); dentro del grupo de pacientes transplantados de hígado, este carcinoma es más frecuentes cuando hay el antecedente de enfermedad colestásica, cirrosis, edad mayor de 55 años y piel blanca (21). Otros factores de riesgo implicados en el desarrollo de neoplasias son: el alcohol, tabaco, hepatitis C. También se describe una mayor incidencia de neoplasias en los pacientes que reciben Tacrolimus en comparación con Ciclosporina (22) como inmunosupresores.

Por lo anteriormente expuesto el cirujano plástico se enfrentará cada vez más frecuentemente a lesiones cutáneas malignas en pacientes inmunosuprimidos por cualquier causa, a los que deberá brindar un tratamiento integral, tanto oncológico como reconstructivo de calidad.

Conclusiones

Presentamos un modelo de colgajo fasciocutáneo de la porción posterior del pabellón auricular que hemos denominado por su aspecto colgajo en “quesa-

dilla”. Este colgajo permite la cobertura de defectos auriculares amplios tras resección oncológica tumoral. Es de fácil realización técnica y respeta la forma y el contorno del reborde auricular.

Dirección del autor

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez
Hospital Médica Sur
Puente de Piedra # 150 T 2 C420
Col. Toriello Guerra
CP 14050 Tlalpan. México D.F.
E- mail: claugdelh@yahoo.com.mx

Bibliografía

- Futoyan T., Grade D.:** “Postoperative wound infection rates in dermatologic surgery”. *Dermatol. Surg.* 1995;21:509
- Chang Y.L., et al.:** “Reconstruction of middle third auricular defect based on aesthetic perception theory”. *Aesth. Plast. Surg.* 1990;14:223.
- Chen C.,Chen Z.:** “Reconstruction of the concha of the ear using a postauricular island flap”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990;86:569.
- Crikelair G.F.:** “A method of partial ear reconstruction for avulsion of upper portion of the ear”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1956;17:438.
- Dieffenbach J.F.:** “Die operative chirurgie”. Leipzig:FA Brockhau;1845.
- Elsahy N.I.:** “The use of two bipedicle flaps for reconstruction of auricular skin loss”. *Egypt. J. Plast. Reconstr. Surg.* 1980;4:105.
- Humphrey S.:** “The postauricular (revolving door) island pedicle flap revisited”. *Dermatol. Surg.* 1996;22:148.
- Millard D, R.:** “The chondrocutaneous flap in partial auricular repair”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1966;37:523.
- Park C., Chung A.:** “A single-stage two-flap method for reconstruction of partial auricular defect”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998;102:1175.
- Yoshimura K. et al.:** “One stage reconstruction of an upper part defect of the auricle”. *Aesth. Plast. Surg.* 1998;22:352.
- Elsahy N.I.:** “Ear reconstruction with a flap from the medial surface of the auricle”. *Ann. Plast. Surg.* 1985;14:169.
- Gutierrez Gomez del Hierro C., Avila A.:** “Reconstrucción auricular en cáncer de piel. Nueva Técnica: Colgajo “en quesadilla”. *Rev. Med. Sur.* 2007, 14: 108.
- Elsahy N.I.:** “Reconstruction of the ear after skin and perichondrium loss”. *Clin. Plast. Surg.* 2002;29:187.
- Park C.,Shin K.S, Kang H.S.,LeeY.H.,Lew J.D.:** “A new arterial flap from the postauricular surface: its anatomic basis and clinical application”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1988;82:498.
- Park Ch., Roh T.S.:** “Anatomy and embryology of the external ear and their clinical correlation”. *Clin. Plast. Surg.* 2002 ; 29: 157.
- Park C., Chung S.:** “Reverse-flow postauricular arterial flap for auricular reconstruction”. *Ann. Plast. Surg.* 1989 ;23: 369.
- Yotsuyanagi T.:** “Earlobe reconstruction using a chondrocutaneous flap”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1994;94:1073.
- Yotsuyanagi T.,Urushidate S., Sawada Y.:** “Helical crus reconstruction using a postauricular chondrocutaneous flap”. *Ann. Plast. Surg.* 1999;42:61.
- Ridky T.:** “Nonmelanoma Skin cancer”. *J Am Acad Dermatol* 2007; ; 57:484.
- Ajithkumar T V, Parkinson C A,Butler A, Hatcher H M:** “Management of solid tumors in organ transplant recipients”. *Lancet Oncol* 2007;8: 921.
- Otley C et al.:** “Skin cancer in organ transplant recipients: Effect of pretransplant end-organ disease”. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:783.
- Liu L U, Schiano TD:** “Long-Term Care of the Liver Transplant Recipient” *Clin Liver Dis* 2007;11:397.