

10 Colgajo nasolabial para la reconstrucción de la punta nasal

James F. Thornton, M. D.
William M. Weathers, B. S.

Departamento de Cirugía Plástica, University of Texas, Southwestern Medical Center.
Dallas, EE. UU.

Antecedentes: el colgajo nasolabial es un colgajo pediculado que ha sido descrito y aplicado ampliamente para su uso en la reconstrucción de la pared nasal lateral, ala nasal, columela y reconstrucción intraoral. Constituye un colgajo versátil que es bien tolerado por el paciente, y que produce cicatrices muy aceptables a nivel del sitio donante. La naturaleza blanda y esponjosa del colgajo, con su tendencia a la forma arqueada, mejora su capacidad de recrear la convexidad del ala nasal, pero tradicionalmente ha representado una pobre elección para la reconstrucción de la punta nasal.

Método: en este artículo, los autores revisan una serie de 80 colgajos nasolabiales, todos ellos realizados por el autor principal (J. F. T.) entre el año 2002 y 2007. Se usaron 38 colgajos para la reconstrucción parcial o completa de la punta. Todos los pacientes fueron seguidos mediante fotografías postoperatorias.

Resultados: hubo 3 complicaciones, con una sola de ellas que resultó en la pérdida completa del colgajo.

Conclusiones: mediante las modificaciones del diseño del colgajo, la cuidadosa selección del defecto y el manejo postoperatorio, el colgajo nasolabial pudiese proporcionar una opción reconstructiva perfectamente aceptable para los defectos de la punta nasal.

La nariz es una de las características más prominentes de la cara. Con sus múltiples subunidades estéticas, curvaturas y convexidades intercaladas, la nariz pudiera ser una región muy desafiante para la reconstrucción.¹ En particular, la punta es frecuentemente lo más difícil de reconstruir. Las opciones reconstructivas típicas para esta región son el colgajo paramediano de la región frontal y el colgajo nasal dorsal.²

El colgajo nasolabial es tradicionalmente un colgajo pequeño y robusto, indicado para su uso en la reconstrucción alar, de la pared lateral, columela e intraoral.³⁻⁶ El colgajo nasolabial tiene muchas cualidades que lo hacen ideal para la reconstrucción nasal. Importante es que el tejido de la mejilla tiene un color y textura similares a los de la nariz, y su proximidad proporciona la facilidad para la transposición del colgajo. Asimismo existe muy poca deformidad del sitio donante.^{7,8} La principal irrigación vascular del colgajo es mediante un rico plexo subdérmico, confiriéndole al colgajo un nivel elevado de viabilidad y capacidad para tolerar el adelgazamiento energético y el moldeado.^{6,9,10} Esta característica le proporciona al cirujano una pieza muy dinámica de tejido para ser usado en la reconstrucción. Este colgajo de tejido blando produce excelentes resultados estéticos y está sujeto a la contractura secundaria, haciéndolo ideal para simular la convexidad de la subunidad alar de la nariz. Sin embargo, esta característica no es ideal para

reconstruir la subunidad de la pared lateral o de la punta.^{1,2} En este artículo, describiremos las modificaciones al colgajo nasolabial basado superiormente, que representa una opción compatible para la reconstrucción de la punta nasal.

PACIENTES Y MÉTODOS

En este capítulo se revisa una serie de 80 colgajos nasolabiales, todos ellos realizados por el autor principal (J. F. T.) entre el año 2002 y el 2007. Se usaron 38 colgajos para la reconstrucción parcial o completa de la punta. Todos los pacientes fueron seguidos mediante fotografías postoperatorias y se cumplió con el protocolo de la Comisión Revisora de la Institución.

Procedimiento

Todos los procedimientos fueron llevados a cabo en un ambiente de quirófano bajo sedación más anestésico local o anestésico local solamente. Todos los defectos eran el resultado de una cirugía micrográfica de Mohs y fueron reparados el mismo día o dentro de las próximas 48 horas después del procedimiento. La decisión de usar el colgajo nasolabial se basó en múltiples factores, incluyendo el grosor y la profundidad del defecto y la preferencia del paciente. Se usó liberalmente el colgajo paramediano de la región frontal sobre los defectos de la punta nasal, particularmente cuando los defectos abarcaban toda la subunidad,

que por mucho constituye la elección preferida por el autor principal para este tipo de reconstrucción. El colgajo nasal dorsal, siguiendo la descripción realizada por Rohrich *et al.*,¹¹ también fue utilizado liberalmente para los defectos de la punta nasal; sin embargo, no fue usado por debajo de los puntos definitorios de la punta. La mayoría de los defectos que reconstruimos fueron superficiales en su naturaleza, y ninguno constituyó un defecto de grosor completo que requiriera de una reconstrucción del revestimiento.

El colgajo nasolabial fue marcado preoperatoriamente en todos los pacientes. Se tuvo el cuidado de garantizar que la porción inferior del colgajo nasolabial fuese incluido en la porción inferior de la incisión (es decir, al momento del cierre del sitio donante, el pliegue de colgajo nasolabial existente se convierte en el margen inferior de la incisión). Siempre que fuese posible, se tuvo cuidado de evitar las regiones portadoras de cabello al momento de diseñar el colgajo; sin embargo, en muchos pacientes masculinos esto fue inevitable. Una plantilla de diseño del defecto realizada con papel aluminio se utilizó para el diseño del colgajo. El colgajo y el defecto fueron vigorosamente inyectados con una solución de lidocaína y epinefrina. Hubo un uso liberal del injerto cartilaginoso para todos los defectos contenidos dentro de 5 mm con respecto al borde alar. Un injerto cartilaginoso ipsilateral del cornete

colocado en la posición alar no-anatómica fue utilizado en todos los casos que requirieron de injerto cartilaginoso. Se prepararon los sitios donantes mediante desbridamiento cortante, y el recorte de los bordes de la herida con estandarización de la profundidad de la herida. El colgajo fue elevado de forma cortante hasta llegar al nivel de la mejilla media y disecado de manera roma, teniendo cuidado con la base del colgajo. En este punto, cuando se podía garantizar la fácil rotación del colgajo, el colgajo fue adelgazado al máximo, dejando como mucho sólo una capa muy delgada de grasa dérmica (fig. 1, arriba, izquierda). Se usaron suturas de anclaje sobre el colgajo para permitir su inserción bajo tensión leve (fig. 1, arriba, derecha). El colgajo fue entonces moldeado y se le dio forma para que fuese más pequeño que el defecto (fig. 1, abajo, izquierda). Esto permite que el colgajo sea insertado bajo cierto grado de tensión. Este es el paso más importante cuando se usa el colgajo nasolabial para la reconstrucción de la punta nasal. El colgajo fue entonces insertado cuidadosamente bajo un grado leve de tensión, teniendo cuidado de garantizar que el cierre del borde de la herida fuera con eversión (fig. 1, abajo, derecha). Para minimizar la cicatrización prominente a nivel del sitio donante, el diseño del colgajo nunca fue extendido por encima del nivel del lóbulo alar. Los sitios donantes del colgajo fueron cerrados cuidadosamente me-

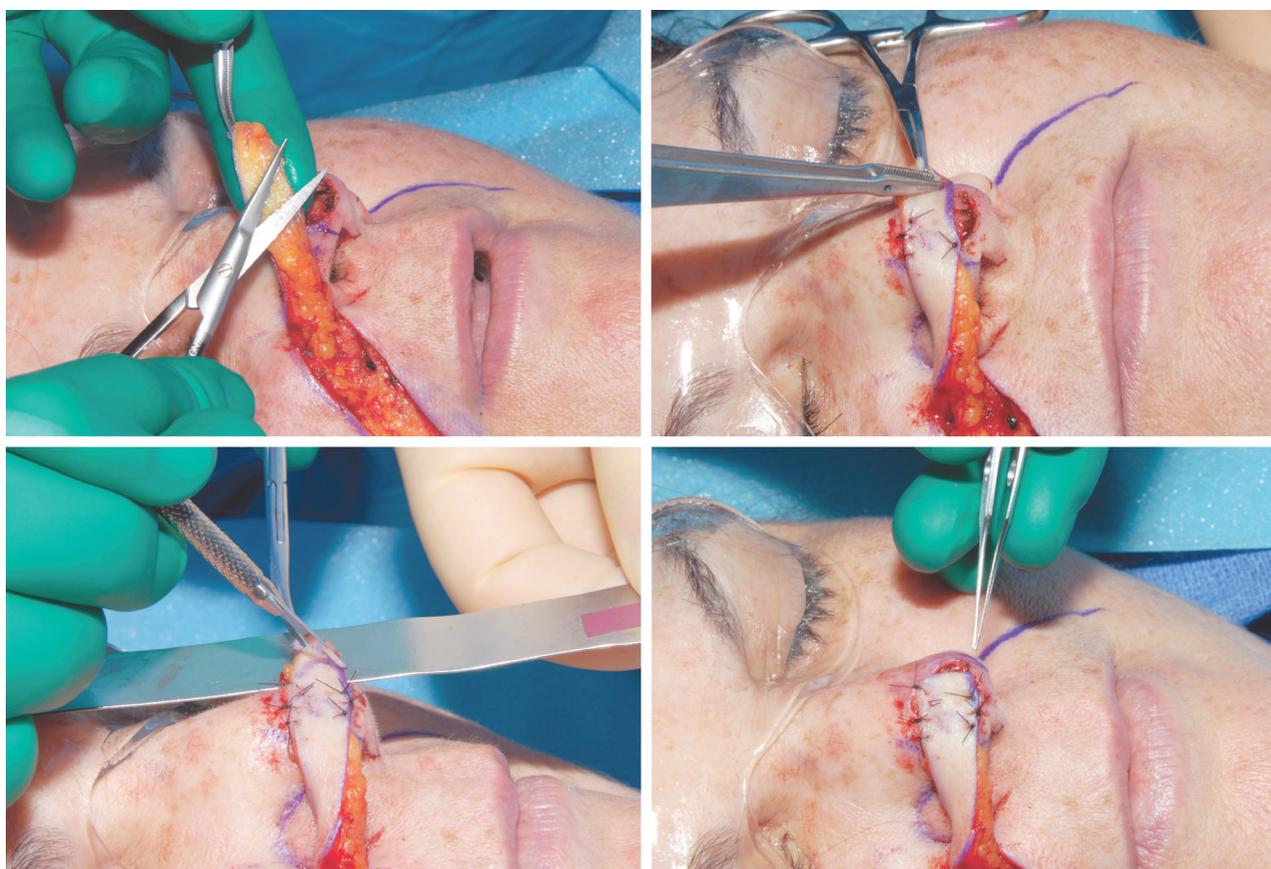


Fig. 1. (Arriba, izquierda) Adelgazamiento del colgajo que deja una capa muy delgada de grasa dérmica. (Arriba, derecha) El uso de suturas de anclaje permite que el colgajo sea insertado bajo un grado leve de tensión. (Abajo, izquierda) Se moldea y se le da forma al colgajo para que sea más pequeño que el defecto. (Abajo, derecha) Inserción del colgajo bajo un grado leve de tensión.

diante múltiples capas de sutura dérmica profunda, seguida de una sutura de la piel con nylon.

Todos los colgajos fueron cubiertos posteriormente con Avitene* y gasa de Xeroform,† y se utilizó liberalmente NitroBid‡ sobre todo el colgajo, extendiéndose hasta

llegar al pedículo. En nuestra institución, NitroBid se usa sobre virtualmente todos los colgajos pequeños, pediculados y de patrón aleatorio para aumentar el retorno venoso, a pesar de no existir evidencia clínica que apoye tal conducta. Todos los colgajos fueron inyectados con lidocaína

Tabla 1. Resultados del colgajo nasolabial

Paciente	Sexo	Tamaño del defecto (cm)	Localización del defecto nasal	Contorno	Pigmento	No, de dermabrasiones
1	M	1,4	Punta/ triángulo blando derecho	Apropiado	Normal	1
2	M	1,5	Punta/ pared lateral izquierda	Apropiado	Normal	1
3	F	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
4	F	1,3	Punta/ ala derecha	Apropiado	Normal	2
5	F	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
6	F	1,4	Punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	1
7	F	2,2	Línea media de la punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	1
8	M	1,2	Punta/ ala parcial	Apropiado	Normal	2
9	F	1	Punta/ triángulo blando derecho	Apropiado	Normal	1
10	M	1,8	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
11	F	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
12	F	1,5	Dorso, punta y ala	Apropiado	Normal	1
13	F	1	Línea media de la punta	Ligeramente en arco	Algo de incompatibilidad	1
14	M	1,4	Punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	0
15	M	1,8	Punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	1
16	M	1,5	Punta izquierda	Apropiado	Normal	1
17	F	1,5	Punta/ dorso izquierdo	Apropiado	Normal	2
18	F	1,8	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
19	F	1	Punta/ triángulo blando derecho	Apropiado	Normal	1
20	M	1,4	Dorso/ punta	Apropiado	Normal	0
21	M	1,3	Ala, punta y pared lateral derecha	Apropiado	Normal	2
22	M*	1,3	Punta/ columela	NA	NA	0
23	M	1,5	Punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	1
24	M	1	Punta/ dorso derecho	Ligeramente en arco	Normal	0
25	F	1	Punta derecha	Apropiado	Normal	2
26	M	1,4	Punta/ ala	Ligeramente en arco	Normal	0
27	M	2	Punta derecha	Apropiado	Normal	3
28	F	1,6	Punta/ dorso	Apropiado	Normal	2
29	M	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	0
30	M	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	2
31	M	1,4	Punta/ dorso	Apropiado	Normal	0
32	F	1,5	Punta/ dorso	Apropiado	Normal	2
33	M	1,4	Punta/ dorso	Apropiado	Normal	1
34	F	1,4	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
35	F	1	Línea media de la punta	Apropiado	Normal	1
36	F	1	Punta derecha	Apropiado	Normal	1
37	F	1	Punta/ ala izquierda	Alfiletero	Normal	1
38	M	1,5	Punta/ ala izquierda	Apropiado	Normal	1

* NFI Consumer Products, Fayetteville, N. C., EE. UU.
M: masculino; F: femenino; NA: no aplicable.

* Davol, Inc., Cranston, R.I., EE. UU.

† Kendall Healthcare, Mansfield, Mass., EE. UU.

‡ E. Fougera y Co, Melville, N.Y., EE. UU.



Fig. 2. Fotografías de un hombre de 68 años de edad con un defecto parcial de la punta/alar y a los 6 meses de postoperatorio.



Fig. 3. Fotografías de una mujer de 75 años de edad con un defecto de la punta en la línea media y a los 7 meses de postoperatorio.



Fig. 4. Fotografías de un hombre de 63 años de edad con un defecto de la punta izquierda, con el colgajo a los 6 días y a los 6 meses de postoperatorio.