

Colgajo bilobulado para reconstrucción de defectos por tumores nasales del tercio inferior

Bilobed flap for reconstruction of tumoral defects on the lower third of the nose

Patricia Vargas Arispe¹, Laura Serrano Posada¹, Joaquín Pefauré¹, Marcelo Mackfarlane¹

RESUMEN

Introducción. Los defectos de cobertura en la región nasal secundarios a resecciones oncológicas deben ser cubiertos con tejido de las mismas características que el resecado, idealmente con tejido vascularizado adyacente. El colgajo bilobulado reúne las condiciones doble transposición, con una estructura y diseño que permite una adecuada distribución de las fuerzas de tensión a lo largo de su eje de rotación, evitando deformidades y excedente cutáneo generados por otros colgajos o cierre primario, respetando las unidades estéticas de la nariz.

Método. Se presentan 48 casos clínicos en el periodo abril 2018 - abril 2020 describiendo la técnica de realización del colgajo bilobulado para la reconstrucción de secuelas de resección oncológica nasal por los diferentes tipos de tumores de piel. Para defectos de dorso nasal 26, punta nasal 14 y alares 8 casos.

Resultados. La vitalidad de los colgajos fue de un 100%, 6 casos presentaron dehiscencia en extremo distal que requirió revisión. Adecuado resultados estéticos con similitud de textura y color de piel del colgajo. Cicatrices resultantes en área dadora y receptora ocultas en líneas de sombra. Disminución de complicaciones agregando resección triangular adicional.

Conclusiones. Los defectos de tegumento en región nasal deben ser cubiertos por tejido vascularizado. Las resecciones de hasta 3 cm de diámetro pueden ser cubiertas con colgajos bilobulados adyacentes. El adecuado planeamiento de las cicatrices tanto en área dadora como receptora permite mejores resultados estéticos. Siempre deben tenerse en cuenta las regiones estéticas para obtener mejores resultados.

Palabras claves: piel, colgajos quirúrgicos, reconstrucción nasal, colgajo bilobulado, pequeños defectos nasales.

ABSTRACT

Background. Coverage defects in the nasal region secondary to oncological resections should be covered with tissue of the same characteristics as the resected, ideally with adjacent raised vascular tissue. The bilobed flap meets the conditions, is a double transposition flap, with a structure and design that allows an adequate distribution of the tension forces along its axis of rotation, avoiding deformities and excess skin generated by other flaps or primary closure. Respecting the aesthetic units of the nose.

Methods. 48 clinical cases are presented in the period April 2010- April 2020 describing the technique of making the bilobed flap for the reconstruction of the sequelae of nasal oncological resection by the different types of skin tumors. For dorsal defects 26, nasal tip 14 and alares 8 cases.

Results. The vitality of the flaps was 100%, 6 cases presented dehiscence in the distal end that required revision. Adequate aesthetic results with similarity of texture and skin color of the flap. Resulting scars in donor and recipient area hidden in shadow lines. Decrease complications by adding additional triangular resection.

Conclusions. Integument defects in the nasal region should be covered by vascularized tissue. Resections up to 3 cm in diameter can be covered with adjacent bilobed flaps. The adequate planning of the scars in both the donor and recipient areas allows for better aesthetic results. Aesthetic regions should always be taken into account to obtain better results.

Keywords: skin, surgical flaps, nasal reconstruction, bilobed flap, small nasal defects

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2021;27(2):71-77. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202102/0071-0077](https://doi.org/10.32825/RACP/202102/0071-0077)

INTRODUCCIÓN

Debido a la gran y creciente incidencia de tumores cutáneos en el tercio inferior nasal, por aumento de exposición solar y factores ambientales, decidimos hacer este trabajo donde según la experiencia realizada en 48 pacientes describimos que el colgajo bilobulado es la mejor resolución para este tipo de casos con respecto a las alternativas terapéuticas actualmente disponibles.

En este trabajo decidimos clarificar las indicaciones y disminuir las complicaciones demostrando que, si

está bien indicado, este tipo de colgajo obtiene excelentes resultados estéticos.

La reparación de los defectos nasales puede realizarse mediante el cierre primario, injertos de piel, colgajos locales y colgajos regionales como por ejemplo el frontal y el nasogeniano.

La elección del procedimiento reconstructivo dependerá de varios aspectos, tales como la localización, tamaño, forma y orientación del defecto, la calidad y disponibilidad de tejidos circundantes, y de características propias de cada paciente, como edad, sexo, patología asociada, tabaquismo, ocupación, expectativas, etc.

En términos generales, para defectos pequeños de hasta 5 mm es posible el cierre primario; los defectos medianos (6 a 20 mm) pueden repararse con colgajos locales y para defectos mayores de 20 mm se requieren colgajos regionales¹.

El colgajo bilobulado fue descrito y diseñado por primera vez en 1918 por Esser para la reconstruc-

1. Hospital Santojanni. CABA, Argentina

✉ **Correspondencia:** Patricia Vargas Arispe, Hospital Santojanni. CABA. pa_varis@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 18/06/2021 | Aceptado: 21/06/2021

TABLA 1. Casuística de pacientes en estudio.

Paciente	Sexo	Edad	Sitio de lesión	Tamaño de defecto (cm)	Patología
1	Masculino	61	Pared lateral	1,3	Ca. basocelular
2	Femenino	70	Dorso	1,1	No definido
3	Masculino	47	Pared lateral	0,6	Ca. basocelular
4	Masculino	54	Alar	0,8	Ca. basocelular
5	Femenino	49	Punta	0,6	Ca. basocelular
6	Femenino	74	Punta	1,5	Ca. basocelular
7	Femenino	64	Pared lateral	1,5	Ca. basocelular
8	Masculino	58	Pared lateral	1,4	Ca. espinocelular
9	Masculino	63	Punta	0,6	Ca. basocelular
10	Femenino	55	Punta	1,2	Ca. basocelular
11	Femenino	53	Pared lateral	0,7	Ca. espinocelular
12	Femenino	28	Alar	0,7	Ca. basocelular
13	Femenino	30	Pared lateral	0,5	Ca. basocelular
14	Femenino	56	Dorso	0,8	Ca. basocelular
15	Femenino	69	Pared lateral	1,0	Ca. basocelular
16	Femenino	49	Pared lateral	0,6	Ca. basocelular
17	Masculino	68	Alar	1,4	Ca. basocelular
18	Femenino	58	Pared lateral	1,3	Ca. basocelular
19	Femenino	63	Alar	1,2	Ca. basocelular
20	Femenino	68	Dorso	0,9	Ca. basocelular
21	Masculino	73	Pared lateral	1,3	Ca. espinocelular
22	Femenino	61	Dorso	0,6	No definido
23	Femenino	75	Punta	1,4	Ca. basocelular
24	Femenino	58	Dorso	1,2	Ca. basocelular
25	Femenino	50	Punta	1,5	Ca. basocelular
26	Masculino	72	Dorso	1,2	Ca. basocelular
27	Masculino	71	Punta	1,5	Ca. basocelular
28	Femenino	46	Alar	0,7	Ca. espinocelular
29	Masculino	62	Punta	1,2	No definido
30	Masculino	29	Dorso	1,5	Ca. basocelular
31	Femenino	55	Pared lateral	0,6	Ca. espinocelular
32	Masculino	32	Dorso	1,2	Ca. basocelular
33	Masculino	38	Punta	0,5	No definido
34	Femenino	60	Pared lateral	1,2	Ca. basocelular
35	Masculino	58	Punta	1,5	Ca. espinocelular
36	Femenino	60	Dorso	0,8	Ca. basocelular
37	Femenino	62	Alar	0,5	No definido
38	Masculino	69	Pared lateral	1,3	Ca. basocelular
39	Masculino	50	Alar	1,5	Ca. basocelular
40	Masculino	55	Punta	0,7	Ca. basocelular
41	Masculino	51	Alar	0,9	No definido
42	Femenino	49	Punta	1,0	Ca. basocelular
43	Femenino	47	Punta	1,2	Ca. basocelular
44	Masculino	28	Pared lateral	0,8	Ca. basocelular
45	Femenino	36	Dorso	1,5	Ca. basocelular
46	Masculino	71	Pared lateral	1,3	Ca. espinocelular
47	Femenino	48	Pared lateral	0,6	Ca. espinocelular
48	Masculino	50	Punta	0,7	Ca. basocelular

ción de defectos de la punta nasal, con un ángulo de rotación total de 180°.

Sin embargo, fue Zimany y otros quienes ampliaron el uso del colgajo para reconstruir defectos en el tronco y en la planta de los pies, en 1953.

Actualmente, la mayoría de los autores comparten la opinión de que este colgajo es el más útil para la reconstrucción facial, particularmente en defectos de la nariz² (Figura 1).

En 1989, Zitelli mostró una variación en los ángulos y el tamaño de los lóbulos del diseño original de Esser, para disminuir aún más las distorsiones de retracciones en la punta y ala nasal con variaciones en el tamaño de cada

uno de los lóbulos y en los ángulos de 45° entre cada lóbulo, de modo que la rotación total ocurra en no más de 90° a 100°, esto eliminó la necesidad de escindir las deformidades cutáneas permanentes, como la *trap-door*^{3,4}.

El colgajo bilobulado es un colgajo de doble transposición que comparten una sola base.

Al igual que los colgajos de transposición, los colgajos bilobulados se mueven alrededor de los puntos de pivote situados en sus bases y desarrollan deformidades cutáneas en su pivote.

Debido a que cada lóbulo del colgajo se mueve alrededor de su pivote independiente, cada lóbulo desarrolla una deformidad cutánea permanente individual. Cuanto mayor

TABLA 2. Complicaciones.

Complicación	Punta	Dorso y pared lateral	Alar
Seroma	0	0	0
Infección	0	0	0
Re operación	2	1	0
Necrosis	0	0	0
Dehiscencia	3	1	2
Epiteliosis	1	1	1
Retracción alar	3	0	1
Hematoma	0	0	0

es el arco de movimiento sobre sus puntos de pivote, más grandes son las deformidades cutáneas permanentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

CASUÍSTICA DE PACIENTES (Tabla 1).

Se realizó un análisis retrospectivo de 48 pacientes caucásicos con secuelas de resecciones oncológicas nasales, entre los cuales contamos con 21 hombres y 27 mujeres, en los que se usó el colgajo bilobulado para reconstruir los defectos nasales comprendidos entre 0,5 y 1,5 cm por resección de tumores de tipo oncológico contando con márgenes de seguridad establecido por biopsia por congelación con defectos de no más de 2 cm totales. Los pacientes tenían edades comprendidas entre 25 y 75 años; 42 de ellos contaban con diagnóstico histológico preoperatorio, en 20 pacientes tipo random se realizó resección adicional de la deformidad cutánea triangular en la confección del colgajo y en 28 pacientes no se realizó.

Como criterio de exclusión contamos solo con las patologías de tipo oncológicas, dejando de lado las reconstrucciones por patologías como queratosis actínicas, seboreicas, tricoepiteliomas, etc.

Este estudio se realizó en un periodo comprendido de 2 años, desde abril de 2018 a abril de 2020.

DISEÑO DEL COLGAJO

En la punta nasal, el colgajo se diseñará y se obtendrá de la pared lateral y parte del dorso nasal conservando la integridad de la subunidad estética alar. En el caso de tumores en región media o lateral del dorso proximal, el colgajo se diseñará en dirección caudal con ángulos de 45° entre lóbulos. En el caso de tumores de la región media o lateral del dorso distal, el colgajo se diseñará en dirección cefálica, siguiendo las líneas de tensión (Figura 2).

Siempre que sea posible, el colgajo bilobulado nasal debe obtenerse de la pared lateral del dorso que por su vascularización favorece la vitalidad del colgajo; los colgajos basados medialmente son fuertes, aunque la irrigación vascular no es tan abundante como la de aquellos basados lateralmente.

En el tercio superior de la nariz no está indicada una reconstrucción mediante colgajo bilobulado, a menos que sean de 0,5 cm o menor en tamaño. Esto se debe

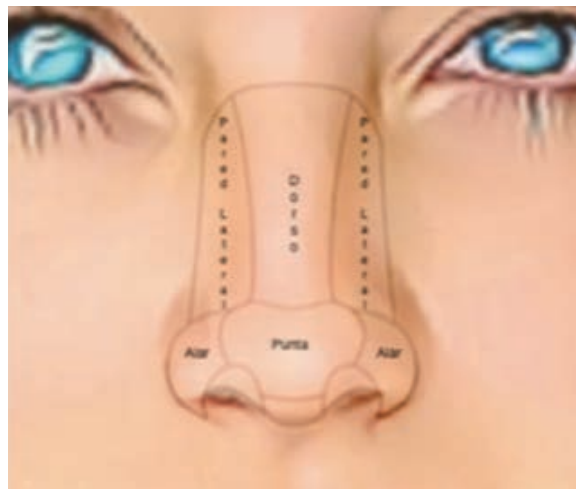


Figura 1. Subunidades estéticas nasales.

a que necesitan usar piel de la región del canto medial, que es delgada e inmóvil.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La intervención quirúrgica se realiza en quirófano, con el paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general, y previa infiltración con anestesia local (lidocaína 2% con epinefrina). La resección del tumor se realizó con márgenes oncológicos en tumores de 0,5 a 1 cm. En tumores de 1 a 1,5 cm se realizaron biopsias por congelación, antes de diseñar el colgajo.

Los colgajos bilobulados en la nariz deben ser geoméricamente exactos (Figura 2). Para su diseño se usa un dispositivo de medición flexible con aguja y sutura debido a la topografía nasal (Figura 1) con sus áreas convexas en punta y dorso, los márgenes libres de los bordes alares son fácilmente elevados o desplazados, por lo que limitan el uso de dispositivos en línea recta como reglas y calibradores.

Una vez realizada la marcación del colgajo, se eleva realizando una disección bajo visión de lupas 3X en el plano tisular entre los músculos nasales, el pericondrio y el periostio subyacentes.

El colgajo y la piel restante de la nariz entera se socavan totalmente, ampliando a veces la disección en la mejilla a una distancia corta. El amplio socavamiento periférico de toda la piel nasal es esencial para reducir la tensión del cierre de la herida, facilitar la transferencia del colgajo y minimizar la deformidad de *trap-door*. Se realiza un control estricto de hemostasia.

Luego se realiza el cierre por la aproximación primaria de la capa muscular y mediante el avance de la piel circundante con vicryl 4/0 y piel con nylon 5/0, permitiéndonos lograr una reparación de herida sin tensión excesiva.

Luego de la confección y rotación del colgajo queda una deformidad cutánea eventual resultante del giro del primer lóbulo, que tiene forma triangular con base en borde del defecto y su vértice paralelo al surco alar

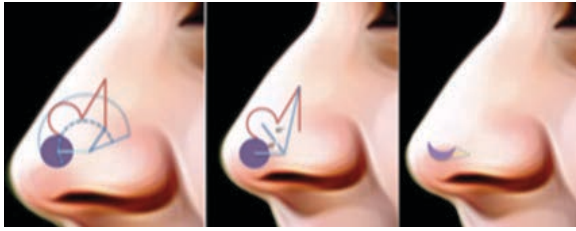


Figura 2. Diseño y confección de colgajo bilobulado nasal.

con dirección hacia el punto de anclaje de la sutura para iniciar el diseño del colgajo, y una altura igual al radio del defecto.

Por lo que decidimos realizar la resección de dicho defecto en 21 pacientes de nuestro estudio y poder hacer un análisis comparativo entre el grupo con esta resección adicional y el grupo con la confección tradicional.

CASOS CLINICOS

CASO 1

Paciente femenina de 49 años con carcinoma basocelular de 0,6 cm en la punta nasal, derivada del Servicio de Dermatología para tratamiento quirúrgico por el Servicio de Cirugía Plástica. Se realizó resección del tumor con márgenes de 2 mm, se comprobó márgenes sanos mediante biopsia por congelación y se realizó reconstrucción con colgajo bilobulado (**Imagen 1**).

CASO 2

Paciente masculino de 50 años con carcinoma basocelular de 0,7 cm de diámetro en punta nasal, en quien se realizó exéresis de tumoración con márgenes oncológicos y reconstrucción con colgajo bilobulado (**Imagen 2**).

CASO 3

Paciente femenina de 74 años con tumor basocelular en punta nasal de 1,5 cm en quien se realizó la resección tumoral y se reconstruyó con colgajo bilobulado (**Imagen 3**).

CASO 4

Paciente femenina de 63 años, con tumoración en ala nasal derecha de 1,2 cm, en quien se realizó resección tumoral con márgenes de 0,3 mm con reconstrucción de defecto con colgajo bilobulado. En esta paciente se realizó la resección adicional de la deformidad cutánea triangular (**Imagen 4**).

CASO 5

Paciente femenina de 62 años, con carcinoma basocelular de 1,3 cm de diámetro en pared lateral nasal, con márgenes de 0,3 mm, quien concurre con biopsia previa por Servicio de Dermatología para realizar resección de lesión con reconstrucción, a quien se le realizó colgajo bilobulado (**Imagen 5**).

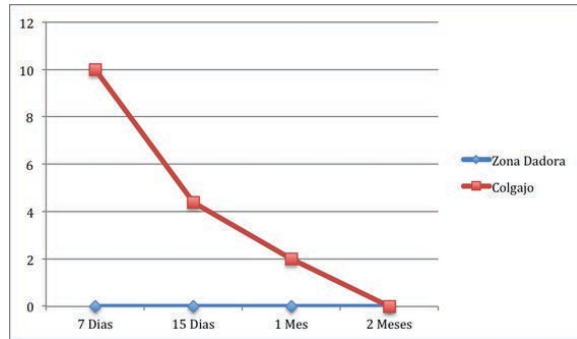


Figura 3. Gráfico de complicaciones en el momento de aparición.

CASO 6

Paciente femenina de 49 años, con carcinoma basocelular en pared lateral nasal izquierda, con defecto total de 0,6 cm a reconstruir con colgajo bilobulado (**Imagen 6**).

RESULTADOS

El colgajo bilobulado fue utilizado en este estudio para reconstruir los defectos de secuelas de resecciones oncológicas en tercio inferior nasal, obteniendo excelentes resultados con una baja morbilidad en la zona donante.

En este estudio tuvimos un total de 30 pacientes en quienes se realizó biopsia por congelación; en los 14 pacientes restantes que fueron sometidos a resección con márgenes de seguridad oncológica indicada por la literatura y mostraron los resultados de biopsia diferida con márgenes de resección libres de tumor, realizamos seguimiento posquirúrgico a 2 años en todos los casos.

Entre nuestros pacientes, 27 tenían tumores mayores a 1 cm y 21, tumores menores de 1 cm, en 3 de los cuales fue necesario realizar ampliación de márgenes de resección antes de diseñar el colgajo para su reconstrucción. Obtuvimos un 6,25% de pacientes con cicatriz en orejas de perro entre el primer lóbulo y la zona donante a nivel del pivote de rotación, que fue tratada mediante resección simple en un segundo tiempo quirúrgico. Las tasas de epiteliosis fueron del 4,1%, tratadas mediante manejo conservador y conducta expectante. También se verificó un 12,5% de dehiscencia de la herida, que fue nuestra complicación más frecuente, representada por 6 pacientes los cuales fueron a revisión quirúrgica. No se presentaron casos de necrosis, seromas, infección ni hematomas.

En 4 pacientes se produjo una retracción alar leve, que se resolvió completamente con un manejo conservador mediante masajes diarios por el mismo paciente.

En las características generales se describen en la **Tabla 1**, se demuestra que la edad mediana de la muestra: 58 años, siendo el rango de edad más frecuente entre 55-59 años, sin diferencia entre las edades de los dos sexos, tuvimos un 56,25% de pacientes masculinos y un 43,75% femeninos y la incidencia de tumo-



Imagen 1. a) Prequirúrgico. b) Marcación de colgajo y resección de tumor con márgenes. c) Confección del colgajo. d y e) Levantamiento y rotación del colgajo. f) Fijación y cierre.

res por zonas fueron las siguientes: un 54,1% en pared lateral y dorso, 29,1% en la punta y 16,6% en alar, los casos de carcinoma basocelular fueron en un total de 70,8%, carcinoma espinocelular 16,6% e indefinido el 12,5%, aclarando que en indefinidos se dio en pacientes en los cuales el resultado de la biopsia no fue contundente pero con características clínicas de malignidad (**Tabla 2; Figura 3**).

En 20 pacientes realizamos una resección adicional de la deformidad cutánea triangular en el momento de la confección del colgajo, y en 28 no se realizó la resección adicional; con esto pudimos observar que todos los pacientes que presentaron cicatriz en orejas de perro estaban en el grupo al cual no se le realizó la resección adicional.

DISCUSIÓN

Los injertos de piel son una alternativa simple, pero los resultados que ofrecen son estéticamente poco satisfactorios debido a las diferencias de textura, grosor, relieve y pigmentación. A su vez, los injertos no poseen la suficiente laxitud y crean retracción de la piel.

Los colgajos locales son una excelente elección para la reconstrucción de secuelas oncológicas de diferentes tamaños y localizaciones, permitiéndonos devolver el tejido perdido, con una similitud en cuanto a textura y coloración de la piel por ser un colgajo de vecindad¹. Se han descrito numerosos colgajos y entre ellos el colgajo bilobulado es muy versátil para la reconstrucción de defectos nasales de 0,5 a 2 cm en nariz, principalmente para el tercio medio e inferior. Es el colgajo más recomendado por poseer poca tensión del cierre de la herida, destacando que en el primer lóbulo hay poca o ninguna distorsión cuando el colgajo es utilizado para la reparación de los defectos localizados cerca del borde alar, permitiendo que el primer lóbulo sea lo suficientemente grande.

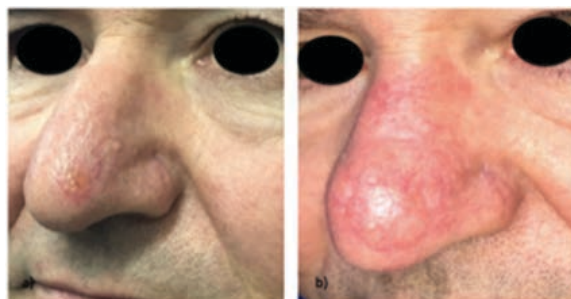


Imagen 2. a) Prequirúrgico. b) Posquirúrgico a los 4 meses.

Es importante resear la deformidad cutánea triangular resultante de la transposición del primer lóbulo, para evitar las deformidades en *trap door*.

En general, los colgajos bilobulados se diseñan de manera tal que el primer lóbulo esté inmediatamente adyacente al defecto y tenga un área superficial menor que el área del defecto, excepto en los defectos de la punta, en los cuales deben tener el mismo tamaño, con ángulos de 45° entre los ejes del defecto y de los lóbulos, dichos ángulos modificados del diseño original de Esser. Así, la parte del cierre del defecto se logra por el movimiento secundario de la piel circundante a través del avance directo. La relación entre el área superficial del primer lóbulo y el tamaño del defecto depende de la localización del defecto y de la elasticidad de la piel que lo rodea^{1,3}.

Para los defectos de punta nasal, el colgajo será diseñado en la pared lateral del dorso y respetando la subunidad alar (**Imagen 1**), con un primer lóbulo del mismo tamaño y anchura que el defecto debido a la falta de elasticidad de la piel circundante de la punta nasal, y un segundo lóbulo del mismo tamaño del primero, para evitar la retracción alar, en algunos casos es posible realizar el diseño sobre el dorso para el recubrimiento de punta cuando la piel es laxa (**Imagen 3**).

En los defectos de la región proximal del tercio medio del dorso nasal, el colgajo se obtendrá de la región caudal, y en los defectos de la región distal del tercio medio del dorso nasal, el colgajo se diseñará en región cefálica.

El colgajo bilobulado no está indicado en reconstrucción de defectos del tercio superior de la nariz, debido a que el colgajo tendría que ser diseñado comprometiendo el canto interno, lugar con poca movilidad y piel muy delgada.

La disección debe comprometer toda la nariz para facilitar el desplazamiento de los tejidos y el cierre sin tensión ni deformidades. Se debe intentar recolectar el segundo lóbulo de la piel laxa del dorso superior y de la pared lateral nasal, donde la aproximación primaria del sitio donante del segundo lóbulo puede ocurrir.

En la literatura, existen muchas publicaciones similares a este estudio. La incidencia de deformidades en oreja de perro entre el primer lóbulo y la zona donante a nivel del pivote de rotación fueron mínimas, siendo tratadas mediante una resección *losange* simple bajo anestesia local en un segundo tiempo quirúrgico. A su vez, pudimos observar que los pacientes que presentaron dicha complicación fueron los pacientes no some-

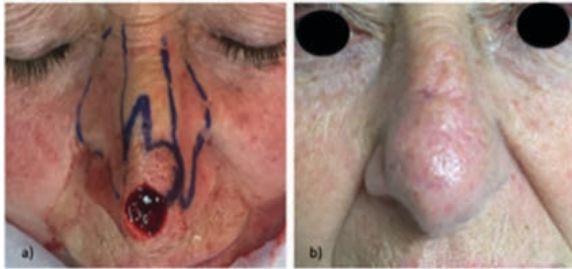


Imagen 3. a) Intraquirúrgico. b) Posquirúrgico a 1 año.

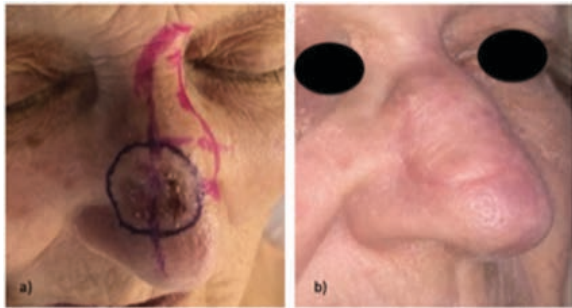


Imagen 5. a) Prequirúrgico con marcación y diseño de colgajo bilobulado. b) Posquirúrgico a los 2 años.

tidos a la resección adicional triangular, por lo que podemos concluir que realizar la resección triangular disminuye la deformidad en orejas de perro.

Se realizaron ciertas modificaciones en el diseño del colgajo descrito por Esser, en los ángulos y el largo de los lóbulos, principalmente en las reconstrucciones de secuelas de resección en regiones de punta nasal y alar, reduciendo la posibilidad de retracción y deformidades, y así poder obtener mejores resultados, con un diseño del colgajo empleando ángulos de 45° a 90° entre los lóbulos y el defecto, con una rotación de hasta 180° grados del colgajo en un solo pivote, con un tamaño del primer lóbulo similar al tamaño del defecto y un alargamiento del segundo lóbulo, principalmente para la reconstrucción de defectos en punta nasal y alar.

La limitación del ángulo entre el eje del primero y el segundo lóbulo del colgajo bilobulado es más importante en la nariz que en otras zonas.

Diversos estudios realizados por Dzubow, Zoumalan, Cho & Kim, Zitelli, en los que se revela que la restricción ejercida sobre el pedículo al realizar la rotación y transposición del colgajo no compromete la vascularización, permitiendo alargar la longitud del primer lóbulo para las reconstrucciones de regiones alar y punta nasal, debido a la elasticidad de piel reducida de estas zonas, siendo así que el segundo lóbulo debe estar perpendicularmente al margen de las fosas nasales, para evitar sufrir desplazamientos^{5,6}.

Para una precisa confección del colgajo es necesario tener en cuenta las unidades estéticas de la nariz y así poder confeccionar adecuadamente el colgajo, con muy baja morbilidad en la zona dadora. Los colgajos bilobulados son los más útiles en pacientes con piel delgada, con un amplio rango de laxitud cutánea a lo largo

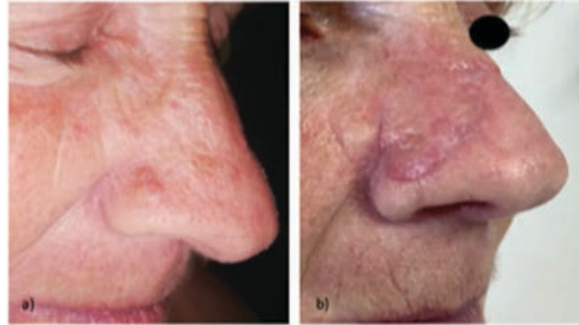


Imagen 4. a) Prequirúrgico. b) Posquirúrgico a 1 año y 4 meses.

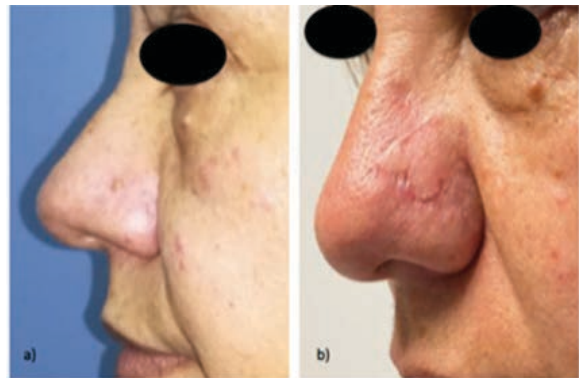


Imagen 6. a) Prequirúrgico. b) Posquirúrgico a los 6 meses.

de la pared lateral nasal. Los pacientes con piel sebácea y gruesa tienen un alto riesgo de desarrollar epiteliosis, necrosis del colgajo y cicatrices deprimidas.

CONCLUSIÓN

El colgajo bilobulado es muy versátil por su fácil disección y baja tasa de complicaciones, por lo que permite la reconstrucción y cierre de secuelas de resección de cualquier tamaño y de diversas etiologías, respetando siempre las subunidades estéticas de la nariz (Tabla 2). Permite una zona donante con baja morbilidad y una cicatriz discreta. La utilización de ángulos estrechos entre los lóbulos del colgajo lograron mejores resultados que el uso de colgajos bilobulados diseñados tradicionalmente, los cuales son transpuestos a través de un ángulo de 180°; también es fundamental añadir la resección adicional triangular que se muestra en la Figura 2 ya que disminuye la complicación de orejas de perro y evita una segunda intervención quirúrgica.

De manera idónea, el defecto debe estar por lo menos 0,5 cm sobre el margen de las fosas nasales.

Los colgajos bilobulados son los más útiles en pacientes con piel delgada, con un amplio rango de laxitud cutánea a lo largo de la pared lateral nasal. Los pacientes con piel sebácea y gruesa tienen menor resultado satisfactorio.

De esta manera, por los resultados obtenidos en nuestra experiencia podemos concluir que si las indicaciones de la realización del colgajo bilobulado son correctas los resultados obtenidos serán muy satisfactorios con respecto a las alternativas terapéuticas disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

ARTICULOS DE REVISTAS:

1. Esser JFS. Gestielte lokale Nasenplastik mit Zwei-zipfligem lappen Deckung des Sekundären Defektes vom ersten Zipfel durch den Zweiten. *Dtsch Z Chir.* 1918;1943:385.
2. Zimany A. The Bilobed flap. *Plast Reconstr Surg.* 1953;11(6):424-34.
3. Zitelli J, 1989. The bilobed flap for nasal reconstruction. *Archives of Dermatology*, 125(7), pp.957-959.
4. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76:239-47.
5. Dzubow L, 1987. The Dynamics of Flap Movement: Effect of Pivotal Restraint on Flap Rotation and Transposition. *The Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, 13(12), pp. 1348-1356.
6. Cho M, Kim D, 2006. Modification of the Zitelli Bilobed Flap. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 8(6).
7. Netscher D, Spira M. Basal Cell Carcinoma: An Overview of Tumor Biology and Treatment. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2004;113(5), pp.74e-94e.
8. Bath-Hextall F, Bong J, Perkins W, Williams H. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review. *BMJ* 2004;329(7468):705.
9. Shumack S, Robinson J, Kossard S, et al. Efficacy of topical 5% imiquimod cream for the treatment of nodular basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2002;138:1165-71.
10. Marks R, Gebauer K, Shumack S, and col. Imiquimod 5% cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: results of a multicentre 6-week dose-response trial. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:807-13.
11. Bart R. Scalpel excision of basal cell carcinomas. *Archives of Dermatology* 1978;114(5):739-742.
12. Thornton JF, Weathers WM. Nasolabial flap for nasal tip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2008;122:775-81.
13. Shah A, Zoumalan R, Constantinides M. Aesthetic Repair of Small to Medium-Sized Nasal Defects. *Facial Plastic Surgery* 2008;24(1), pp.105-119.
14. Guo, L., Pribaz, J. and Pribaz, J., 2008. Nasal Reconstruction with Local Flaps: A Simple Algorithm for Management of Small Defects. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 122(5), pp.130e-131e.
15. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg.* 1997;24:627-36.
16. Menick FJ. Nasal Reconstruction: Forehead flap. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:100-11.
17. Wermuth BM, Fajardo LF. Metastatic basal cell carcinoma. A review. *Arch Pathol.* 1970;90:458-62.
18. Weerda H. A trilobed rotation cheek flap for closure of facial defects. *HNo.* 1979;27:358-9.
19. Epstein E. How accurate is the visual assessment of basal carcinoma margins?. *Br J Dermatol.* 1973;89:37-43.

CAPÍTULOS DE LIBROS

20. Baker, S., 2014. *Local Flaps In Facial Reconstruction*. 3rd ed. Elsevier, chapter 10 bilobed flaps. pp 190e-191e.