

# Cáncer de piel. Reconstrucción de defectos faciales

Dr. Jaime Arriagada S.  
Cirujano Plástico. Clínica Las Condes.

## Introducción

El objetivo del presente trabajo es establecer los parámetros de manejo quirúrgico de las lesiones cancerosas de cara. Específicamente los Eiteliomas baso y espino celulares, tan frecuentes en nuestra práctica diaria, para extirparlos con criterios oncológicos, vale decir con márgenes adecuados, en superficie y profundidad, para evitar su recidiva, y cómo repararlos para que ésta tenga conceptos estéticos.

Es muy importante hacer el diagnóstico correcto de las lesiones, ya que existen diversas alternativas; como los tipos nodulares, que son los más definidos; los morfeiformes, de extensiones más irregulares; los de extensión superficial, que son un conjunto de lesiones, confluentes, más extensas y los más difíciles de precisar márgenes de resección en tejido sano. En los casos más difíciles de precisar márgenes es ideal contar con una biopsia rápida de los márgenes de sección. Si no disponemos de esa herramienta y sólo tenemos biopsias diferidas, debemos ser más amplios en los márgenes de resección, para así asegurarnos un buen resultado oncológico. Los márgenes aceptables para estos tipos de cáncer, son de tres a cinco mm. tanto en superficie como en profundidad. Ante la duda siempre podremos reseñar más.

El problema de este tipo de lesiones no está en la resección, sino en cómo repararlos. Esto porque no se trata de cerrar un defecto como sea, ya que quedará un defecto estético visible para siempre, de muy difícil reparación, con una lesión cancerosa curada para siempre.



(Caso 1)



(Caso 1)



(Caso 1)



(Caso 1)

Por lo tanto el objetivo primordial de este trabajo es establecer cómo reparar estos defectos con carácter estético, para obtener resultados estéticamente aceptables.

## MATERIAL Y METODO

La cara puede dividirse en unidades y sub unidades estéticas que fueron descritas inicialmente por Gonzalez- Ulloa en 1956; luego por Millard en 1966, como unidades regionales para la nariz; y luego en 1985 por Burget y Menick, quienes definieron con detalle estas unidades y subunidades

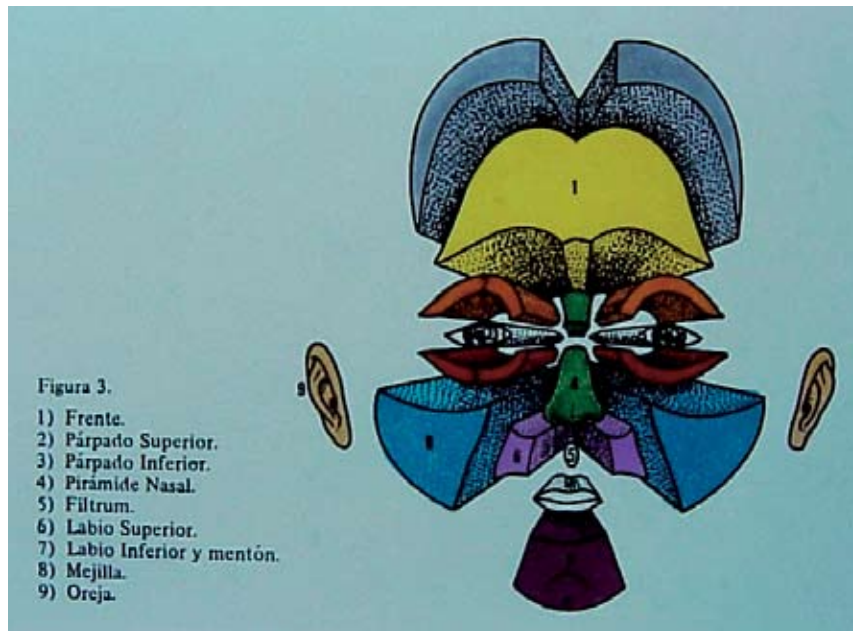


Figura 3.

- 1) Frente.
- 2) Párpado Superior.
- 3) Párpado Inferior.
- 4) Pirámide Nasal.
- 5) Filtrum.
- 6) Labio Superior.
- 7) Labio Inferior y mentón.
- 8) Mejilla.
- 9) Oreja.

Esquema 1



(Caso 2)

para la reparación de defectos nasales. Progresivamente, Burget y Menick ampliaron estos conceptos a las otras áreas de la cara, definiendo cómo reparar cada una de ellas. El Caso 1 demuestra cómo no se respetaron estos principios, reparando con un colgajo nasogeniano, un defecto de la pared lateral nasal, suprimiendo el contorno del ala nasal, dejando un colgajo abultado, que produce un defecto estético importante para la paciente, y por lo demás

muy complejo de reparar.

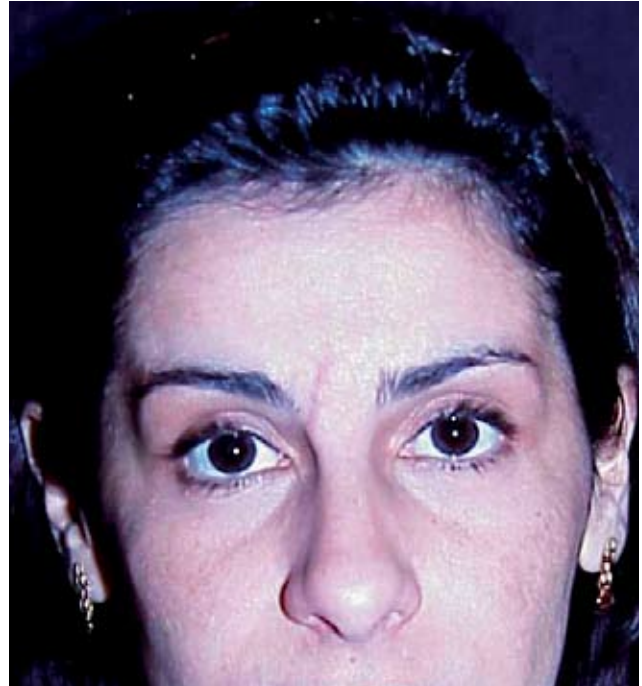
En el Esquema 1 se grafican las unidades estéticas de la cara, las que son independientes entre si, y por lo tanto deben repararse en forma independiente, no usando un mismo colgajo para reparar dos unidades vecinas como ocurrió en el Caso 1. Esto mismo puede graficarse mejor en el Caso 2, que muestra en una modelo, las diversas unidades y subunidades de la cara y las líneas de expresión, que son muy importantes para la colocación de las cicatrices, que quedarán menos visibles y más tenues, ubicadas en esos pliegues o paralelas a ellos, y nunca ubicadas perpendicularmente a ellas, ya que dejarán cicatrices siempre visibles.

Todos estos principios son igualmente válidos para reparar defectos producto de extirpar otras lesiones de cara como lesiones pigmentadas, o de lesiones de tipo traumático, como heridas faciales.

A continuación pasaremos a describir área por área las formas de reparar los defectos



(Caso 4)



(Caso 4)

### Frente

Deben respetarse las líneas de expresión transversales de la frente, siendo el ideal avanzar colgajos laterales al defecto para cubrirlo, como en el Caso 3, que se trata de un epiteloma basocelular pigmentado resecaado con sus márgenes, y reparado con dos colgajos laterales de avance, hacia el centro, dejando una cicatriz poco visible y estable en el tiempo.

Excepción son los defectos del área glabellar, donde existen arrugas de expresión en sentido vertical, producto del efecto de músculos corrugadores y procerus, donde las cicatrices deben ser colocadas siguiendo esas líneas para que sean óptimas. Se describe el Caso 4, de una lesión pigmentada del área glabellar resecaada de acuerdo a este criterio.

El otro principio preconizado por Burget y Menick, es que si un defecto sobrepasa el 50% del tamaño de una unidad, es mejor reemplazar la unidad completa, que en el caso de la frente significaría un injerto de espesor mediano para reemplazar toda la unidad completa de la frente.



(Caso 3)



(Caso 3)



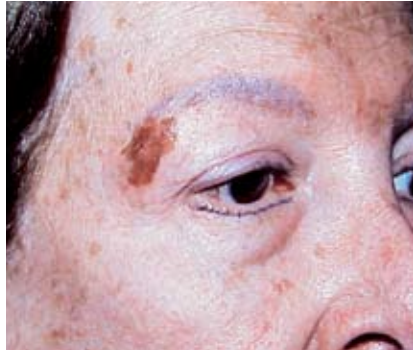
(Caso 3)



(Caso 3)



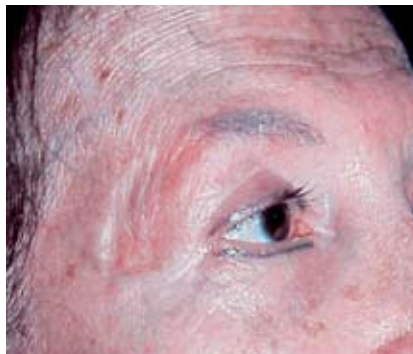
(Caso 5)



(Caso 5)



(Caso 5)



(Caso 5)

## Párpados

Cada párpado constituye una subunidad estética separada, que puede ser reparada siguiendo los pliegues de ellos en sentido transversal. Cuando se trata de defectos más extensos, que requieran del uso de injertos de piel, es preferible reemplazar toda la unidad completa con piel de espesor mediano el superior y con piel total el inferior. Tomado idealmente retroauricular, para la similitud de color, que es un problema para los injertos, pero que es disimulable con algún tipo de maquillaje. Se describe el Caso 5 de una lesión pigmentada sospechosa de ser maligna, en el área entre el párpado y la ceja, que se reseca con sus márgenes y se repara con dos injertos de piel total tomados de ambos párpados superiores, en una blefaroplastía superior, con el consiguiente beneficio estético sobre los párpados, con su resultado estético en el área reparada a largo plazo.



(Caso 6)



(Caso 6)



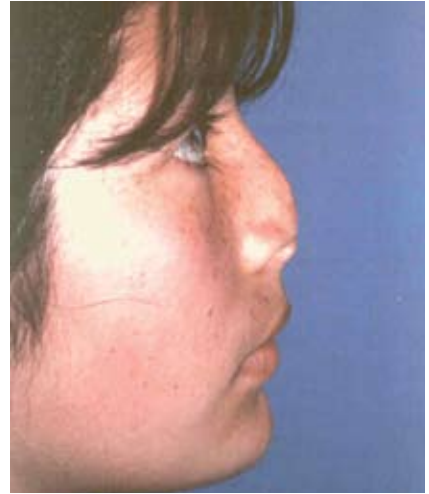
(Caso 6)



(Caso 7)



(Caso 8)



(Caso 8)



(Caso 7)



(Caso 8)



(Caso 8)



(Caso 7)



(Caso 8)

## Nariz

Esta área es muy compleja por tratarse de una estructura en tres dimensiones, que tiene una cubierta cutánea exterior, un soporte constituido por hueso y cartílago, y un revestimiento mucoso interior. De acuerdo al compromiso de estas estructuras es la magnitud y la complejidad de la reparación, y requiere de expertos en el tema. Pero los principios generales son los mismos a otras áreas de la cara, respetando las unidades y subunidades estéticas de la nariz. En el caso de defectos pequeños, los injertos de piel de espesor total son muy útiles siempre que se mantengan dentro de la subunidad estética correspondiente, o la reemplacen totalmente cuando el compromiso sea mayor al 50% del área de la subunidad. Caso 6, de un niño con una lesión pigmentada extensa que compromete gran parte de la



(Caso 7)



(Caso 8)

unidad de la punta más una parte del dorso, con su resección, avance del dorso hacia la punta para que el injerto cubra toda la unidad de punta nasal.

La otra alternativa es rotar colgajos pequeños como el bilobulado, que se muestra en el Caso 7, siempre que las cicatrices producto de la toma del colgajo, queden bien colocadas como es el caso que quedan en el borde de la pared nasal lateral. El diseño del colgajo es más complejo que el de un colgajo simple, ya que requiere de un segundo colgajo para cerrar el defecto del primero y deja por un tiempo un área más abultada que requiere de procedimientos de compresión para lograr un resultado estético óptimo.

En reparaciones más complejas, como en el Caso 8, de una secuela de un angioma de la punta nasal en que se requiere reemplazar toda la punta nasal más la columela, con su soporte cartilaginoso y su revestimiento mucoso, se utiliza para la cobertura cutánea el colgajo medio frontal; que es el colgajo de elección para reparar los defectos cutáneos del dorso, punta y alas nasales. Los defectos de la pared lateral nasal no deben ser solucionados con el colgajo frontal, sino con avance de las mejillas hacia medial, anclando el colgajo al plano óseo subyacente para así definir el área de la unidad del dorso nasal, la que si debe ser reparada con el colgajo frontal. El único problema del colgajo frontal es que deja una cicatriz frontal vertical, que quiebra los pliegues transversales de la frente, pero que por suerte deja una cicatriz por lo general muy poco visible. El cartílago se obtiene del tabique nasal, o bien de la concha auricular de la oreja, lo que permite obtener curvatura. Para reparar la mucosa lo habitual es tomar colgajos de la mucosa del tabique y rotados para reparar el defecto mucoso.



(Caso 9)



(Caso 9)



(Caso 9)



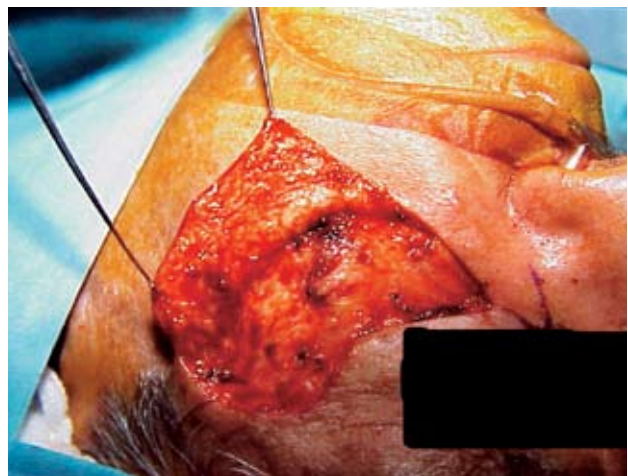
(Caso 10)



(Caso 10)



(Caso 10)



(Caso 10)

## Labios

Cada labio constituye una unidad separada y en principio el ideal es usar tejidos vecinos para su reparación, ya que los colgajos a distancia, no logran una similitud en color y textura. Si se trata de reparar independientemente el rojo labial es útil el otro labio o colgajos de lengua que tienen la ventaja de la similitud de color y textura. Se presenta como ejemplo el Caso 9 de un paciente con

un defecto de labio superior, producto de resección de un Epitelioma basocelular con la técnica de Mohs (o resección quirúrgica seriada con biopsia inmediata), que es enviado para el manejo de su defecto residual. Esto se logra con colgajo de avance local, colocando las cicatrices en pliegues, con lo cual se logra disimular en gran forma las cicatrices. Para las pérdidas totales de labio, es ne-

cesario traer colgajos a distancia, ya sea pediculados o libres con microanastomosis vasculares. Estos aportan un muy buen volumen de tejido, y permiten, en el caso de un colgajo libre radial, por ejemplo reconstruir al mismo tiempo mucosa, y piel exterior. La piel que queda hacia la cavidad bucal se metaplasia con el tiempo tomando un aspecto muy similar a la mucosa.

## Mejillas

La mejilla constituye una gran unidad estética. Limitada lateralmente por el borde anterior de la oreja, y medialmente por el borde lateral nasal, que constituye una unidad diferente, por lo tanto reparable separadamente. Su reparación se hace habitualmente con tejidos vecinos, en forma de colgajos de avance, colocando eso si las cicatrices en los pliegues de expresión. Como ejemplo el Caso 10, de un paciente con una lesión nodular que fue reseca completamente con sus márgenes sanos y reparada con un gran colgajo de mejilla, con sus cicatrices colocadas en el surco nasogeniano, borde inferior del párpado inferior, en un pliegue transversal de la región temporal y continuando luego por el borde anterior del pabellón auricular, límite lateral de la unidad. Un detalle técnico importante para evitar la tracción sobre el párpado inferior -que produce un ectropion del párpado- consiste en fijarlo con puntos profundos del colgajo al plano firme de la mejilla sobre el malar y así ir anclándolo firmemente, para repartir su peso y evitar que traccione.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

En resumen, el trabajo pretende someramente establecer los principios que deben guiar la reconstrucción de los defectos faciales derivados de los diversos tipos de cáncer de piel, que es la patología de mayor frecuencia pero que es extensible a defectos de otro origen.

El reseca la lesión no produce problemas, ya que es necesario dejar márgenes sanos, y esto se puede lograr ampliando la lesión. El gran desafío es reparar correctamente el defecto que queda, no sólo para cubrir el defecto como sea, sino repararlo bien, estéticamente bien, y para eso están las herramientas que hemos descrito en el presente trabajo, para hacerlo bien y desde el principio. El argumento tan usado: “después lo arregla el cirujano plástico”, no es correcto, ya que un cirujano debe hacer las

cosas bien y desde un principio, y tal como lo hemos demostrado, corregir después un procedimiento mal planeado es más difícil que ejecutar bien los procedimientos desde un principio. Si creemos no tener las herramientas para manejarlo o la experiencia necesaria, es mejor decírselo al paciente y derivarlo a otro cirujano más experto.

No creemos que con este trabajo se entreguen todas las “recetas”, para cada caso en particular, pero si pretendemos entregar las herramientas para detenernos a pensar en cada caso en particular, para buscar la mejor solución posible a cada uno.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1> Gonzalez-Ulloa, et al. Preliminary study of the total restoration of the facial skin. *Plast.Reconstr.Surg.* 13: 151, 1954.
- 2> Millard D. R. Jr: Total Reconstructive Rhinoplasty and the missing link. *Plast.Reconstr.Surg.* 37: 3, 1966.p 167-183.
- 3> Burget G.C., Menick F.J.: Nasal Reconstruction: Seeking a Fourth Dimension. *Plast. Reconstr.Surg* 78:145, 1986.
- 4> Menick F.J.:Aesthetic Refinements in use of Forehead for Nasal Reconstruction: The Paramedian Flap. *Clinics in Plast. Surg.*17: 4, 1990.