

TEMAS QUIRURGICOS ACTUALES

González Gutiérrez, Eduardo
Vidales Díaz, Jorge Hernando
Atuesta Negret, Juan Jaime

RESUMEN

Se presentan cuatro técnicas: I. Reconstrucción de cuña de labio inferior con colgajo miocutáneo vascularizado de labio superior; II. Excisión romboidal y doble zeta-plastia; III. Colgajo de transposición modificado para la reparación de defectos quirúrgicos ocasionados por la resección de tumores malignos de la piel; IV. El tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal por colgajo romboidal dermograso.

Palabras Clave: Cirugía dermatológica, colgajos, doble zeta-plastia, reconstrucción.

INTRODUCCION

En la formación curricular del dermatólogo integral, cada vez se hace más necesario el entrenamiento en diversas áreas íntimamente unidas a la patología dermatológica. En algunas escuelas, la cirugía dermatológica ha sido casi completamente olvidada y abandonada, siendo un área que nos compete directamente en el ejercicio diario de nuestra especialidad. Por estas razones, hemos querido presentar algunas de nuestras experiencias en la sección de cirugía dermatológica del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, con el fin de motivar a los colegas en la práctica y enseñanza de esta disciplina básica, que cada día adquiere mayor importancia.

I. Reconstrucción de Cuña del Labio Inferior por Colgajo Miocutáneo Vascularizado Triangular del Labio Superior

La cuña del labio es un procedimiento sencillo^{1,2,3,4} pero en ocasiones, la dimensión de la neoplasia hace impracticable este procedimiento, por la microstomía residual resultante; por esta dificultad, luego de una amplia excisión en "cuña" del



Fig. No. 1



Fig. No. 2



Fig. No. 3



Fig. No. 4



Fig. No. 5



Fig. No. 6

Eduardo González MD,

Jefe de Sección de Cirugía Dermatológica
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
Universidad Javeriana

Jorge Hernando Vidales MD, Dermatólogo
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Juan Jaime Atuesta Negret MD, Residente III
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Correspondencia: Eduardo González G.: Instituto Dermatológico,
Calle 118A No. 14-70

Santafé de Bogotá, Colombia

Trabajo presentado en el XIX Congreso Colombiano de Dermatología,
San Andrés (Islas) 1992.

labio inferior, diseñamos un colgajo triangular miocutáneo vascularizado, del labio superior, con pedículo superior. (Fig. No. 3). Se retiran las suturas al quinto día (Fig. No. 4) observándose el pedículo vascular y la interacción del colgajo; este pedículo se secciona a la 2a. semana postoperatorio (Fig. No. 5) siendo los resultados estético y funcional altamente satisfactorios. (Fig. No. 6).

II. Excción Romboidal y Doble Zetaplástia

La técnica de la reparación por doble zeta plastia, inicialmente descrita por Cuano en 1983,⁵ se caracteriza por el "llenado" del defecto por tejido obtenido de dos áreas expuestas y no adyacentes; el eje de la cicatriz sigue la línea de menor tensión quedando perpendicular a las líneas de máxima distensibilidad^{5,8,9,10} (Figs. Nos. 7 y 8). Se utilizan colgajos del mismo tamaño del defecto romboidal, evitando el máximo avance de tejido, pero optimizando los elementos de transposición, obteniendo las siguientes ventajas: fácil diseño; no hay tensión en la sutura por alineamiento de las cicatrices sobre las líneas de menor tensión; cubre grandes defectos; utiliza piel de vecindad; estética y funcionalmente muy adecuado; no ocasiona "Trap-door"⁶ no genera "orejas de perro"; no hay alteración de textura ni color de piel y evita remoción tisular excesiva^{7,9,10,11} (Figs. Nos. 9, 10 y 11).

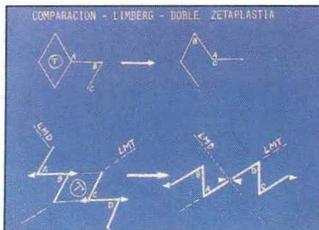


Fig. No. 7

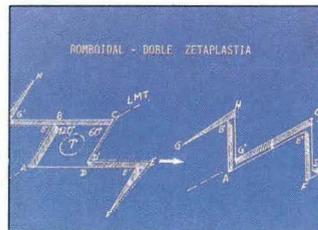


Fig. No. 8



Fig. No. 9



Fig. No. 10



Fig. No. 11

III. Colgajo de transposición Modificado

El colgajo de transposición clásico es un procedimiento ampliamente difundido dentro de los cirujanos dermatólogos^{1,8,9,10,11} Pero al efectuar la transposición hacia el lado receptor, se ocasiona tensión y "oreja de perro", que se deben reparar. (Fig. No. 12). La modificación de este colgajo consiste en tallar una extensión triangular en el sitio del defecto, de tal manera que, el tejido que se traspone para llenar el defecto se adapte de manera anatómica, (Fig. No. 13), ofreciendo como ventajas: menor tensión; mejor resultado estético; facilidad técnica en el diseño, y evita formación de "oreja de perro" y de "trap-door" (Figs. Nos. 14-15).

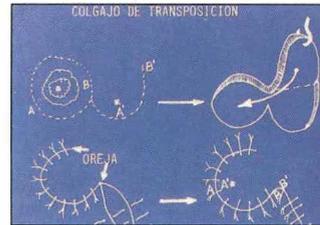


Fig. No. 12

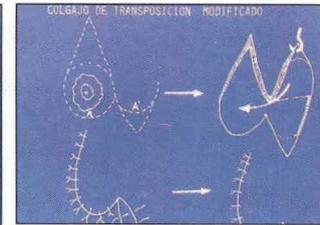


Fig. No. 13



Fig. No. 14



Fig. No. 15

IV. Quiste Pilonidal Tratamiento Quirúrgico por Colgajo Romboidal Dermograso

Existen diferentes alternativas para la cirugía del quiste pilonidal, patología que con muy poca frecuencia el dermatólogo asume como propia, siendo esta una lesión eminentemente cutánea^{1,12}. Las técnicas tradicionales son la excisión con cierre por segunda intención, o cierre primario, las cuales ocasionan gran morbilidad. Mediante el colgajo romboidal dermograso, cuyo diseño es idéntico al colgajo clásico de Limberg, la transposición incluye tejido hipodérmico, el cual llena completamente el defecto excisional, consiguiendo un mejor afrontamiento, con menor tensión en todas las capas, obteniéndose así rápida recuperación y menor morbilidad postoperatoria. (Figs. Nos. 16, 17 y 18).

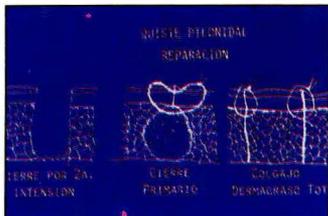


Fig. No. 16



Fig. No. 17



Fig. No. 18

COMENTARIOS

Se presentan 4 diferentes técnicas quirúrgicas que ofrecen importantes ventajas, técnicas funcionales y estéticas, con relación a procedimientos clásicos, que hemos realizado en nuestro servicio, bajo anestesia local y sin instrumental quirúrgico sofisticado, lo que enfatiza la facilidad y sencillez de su ejecución; así pretendemos motivar y estimular el desarrollo de la cirugía dermatológica entre los dermatólogos colombianos.

SUMMARY

We present four techniques, I. Repair of V-excision of the lower lip by triangular vascularized mucocutaneous flap of the upper lip; II. The double-z rhomboid; III. The modified transposition flap to the repair of surgical defects caused by the excision of cutaneous neoplasms, and IV. The surgical treatment of pilonidal cyst, by dermohipodermic rhombic flap.

Key words: Dermatologic surgery, flaps, double z-plasty, repair.

BIBLIOGRAFIA

1. Chersvosky M. Scalpel and scissorial surgery as seen by the dermatologist. In: Epstein E, Epstein E Jr., Skin Surgery. Philadelphia: Saunders 1987: 88-127.
2. Moy R. Facial defects: Flaps and grafts. In: Parrish LC, Lask GP. Aesthetic dermatology. New York. Mc Graw Hill Inc, 1991; 144-153.
3. Mohs FE, SonowSN. Malignant lesions. In: Parrish LC, Lask GP. Aesthetic dermatology. New York. Mc Graw Hill Inc., 1991; 65-73.
4. Bennet RG. Current concepts in Mohs micrographic surgery. In: Rigel DS. Dermatologic Clinics. Philadelphia: WB. Saunders Company. 1991; 777-788.
5. Cuano CB. Double z plasty repair of large and small Rhombic defects: the double z-rhomboid. Plast Reconstr Surg. 1983; 71: 658.
6. Ausin A. The "trapdoor" scar deformity. Clin Plas Surg. 1977; 4: 255.
7. Gahhos FN, Cuano CB. Double Z rhombic technique for reconstruction of facial wounds. Plast Reconstr Surg. 1990; 85: 869.
8. Hanke CW. Repair of surgical defects. In: Bailin PL, Ratz JK, Wheeland RG. Dermatologic clinics. Philadelphia Saunders, 1987; 287-302.
9. Larrabee WF. Immediate repair of facial defects. In: Lang PG, Osguthorpe JD. Dermatologic Clinics. Philadelphia Saunders, 1989; 661-676.
10. Borges AF. Relaxed skin tension lines. In: Ely TT, Thiers BH. Dermatologic Clinics. Philadelphia Saunders, 1989; 169-177.
11. Tardy ME, Parras G, Shwartz M. Aesthetic surgery of the face. In: O'donoghue MN. Dermatologic Clinics, Philadelphia, Saunders, 1991; 169-187.
12. Asarch RG, Cottle RI. Cold Steel Surgery. In: Epstein E. Dermatologic Clinics, Philadelphia, Saunders, 1984; 341-351.