

Técnica quirúrgica para carcinoma basocelular: colgajo de periostio más injerto de piel

Juan Ignacio Alonso^a, María Soledad Sánchez^b

^aDepartamento de Oculoplastia, Hospital Italiano, Córdoba, Argentina.

^bHospital de Clínicas, Córdoba, Argentina.

Resumen

Objetivo: Presentar una técnica quirúrgica de reconstrucción del tercio externo de párpado inferior luego de carcinoma basocelular.

Materiales y métodos: Esta técnica se puede realizar en forma ambulatoria, sin internaciones. Los controles se realizan a las 24 horas, a los 4 días y a la semana se comienza a sacar los puntos. Los puntos de los extremos son los últimos en sacar. Hay que tener en cuenta que los puntos de vycryl acumulan mucha secreción conjuntival, por ello la necesidad de antibióticos en ungüento o colirio. Se recomienda una buena higiene palpebral, antibióticos vía oral, antiinflamatorios e hielo local.

Discusión: Se realizó esta cirugía en 24 pacientes de ambos sexos. La complicación que se observó en un solo caso fue la necrosis superficial del injerto de piel, con caída a los 15 días y remanente de una marcada cicatriz. Otras complicaciones conocidas son, necrosis del colgajo, cicatrización exuberante, entropión e infecciones.

Conclusión: Excelente opción terapéutica, reparadora y reconstructiva para cualquier afección, tanto de párpado inferior como de párpado superior.

Palabras clave: carcinoma basocelular, técnica quirúrgica, colgajo de periostio, injerto de piel, párpado inferior.

Surgical technique for basal cell carcinoma: periosteal flap plus skin graft

Abstract

Objective: To describe a surgical technique for reconstruction of the outer third of the lower eyelid following basal cell carcinoma.

Materials and methods: This technique can be performed on an outpatient basis, with no need for hospitalization. Follow-up visits are required 24 hours and 4 days postoperatively, and after one week, the sutures start being removed. The sutures at the edges are the last to be removed. However, it should be kept in mind that Vicryl sutures tend to accumulate conjunctival secretion, therefore, use of antibiotic ointment or eyedrops is needed. Furthermore, thorough eyelid hygiene, as well as use of oral antibiotics, anti-inflammatory drugs and local ice-pack application are recommended.

Discussion: This procedure was performed on 24 patients of both genders. The complication occurring in only one case was superficial necrosis of the skin graft, with its consequent falling off on postoperative day 15 that left a marked scar. Other known complications are graft necrosis, excess scarring, entropion and infections.

Conclusion: This procedure is an excellent therapeutic option for the repair and reconstruction of any condition, either of the upper or lower eyelid.

Keywords: Basal cell carcinoma, surgical technique, periosteal flap, skin graft, lower eyelid.

Técnica cirúrgica para carcinoma basocelular: penduricalho de periosteio mais enxerto de pele

Resumo

Objetivo: Apresentar uma técnica cirúrgica de reconstrução do terço externo de pálpebra inferior logo de carcinoma basocelular.

Materiais e métodos: Essa técnica se pode realizar de forma ambulatoria, sem internações. Os controles se realizam às 24 horas, aos quatro dias e uma semana depois começam a retirar os pontos. Os pontos dos extremos são os últimos em serem retirados. Temos que levar em consideração que os pontos de Vicryl acumulam muita secreção conjuntival, por isso a necessidade de antibióticos em unguento ou colírio. Recomenda-se uma boa higiene palpebral, antibióticos via oral, anti-inflamatórios e gelo local.

Discussão: Realizou-se essa cirurgia em 24 pacientes de ambos os sexos. A complicação observada em apenas um caso foi a necrose superficial do enxerto de pele, com queda aos 15 dias e remanente de uma marcada cicatriz. Outras complicações conhecidas são necrose do penduricalho, cicatrização exuberante, entropion e infecções.

Conclusão: Excelente opção terapêutica, reparadora e reconstrutiva para qualquer afecção, tanto de pálpebra inferior quanto de pálpebra superior.

Palavras chave: carcinoma basocelular, técnica cirúrgica, pendurcalho de periósteo, enxerto de pele, pálpebra inferior.

Recibido: 12 de diciembre de 2013.

Aceptado: 28 de febrero de 2014.

Autor responsable:

Dr. Juan Ignacio Alonso

Hospital Italiano

Roma 550, Córdoba, Argentina

Tel. (0351) 410-6500

drignacioalonso@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)

2014; 7(1): 1-4.

Introducción

Esta técnica quirúrgica es una excelente opción terapéutica, reparadora y reconstrutiva para cualquier afección, tanto de párpado inferior como de superior. En este caso la presentamos para extraer un carcinoma basocelular en el que debemos reconstruir más del 50% de párpado inferior. Si bien hay otras técnicas quirúrgicas como la de Hughes o Mustardé, entre otras; ésta técnica que presentamos es más sencilla, menos traumática y presenta menos complejidad para el aprendizaje de un residente. Finalmente, la elegimos porque tiene menor tasa de complicaciones que son, por otra parte, más fáciles de sobrellevar.

La idea de esta técnica es básicamente reemplazar la lamela posterior con el colgajo de periostio y la lamela anterior con el injerto de piel.

Si bien la técnica que describiremos en este caso en particular es para cualquier tipo de carcinoma basocelular, se puede llevar a cabo en pacientes con heridas cortantes o deformantes de párpado inferior o superior con pérdida de sustancia, como así también para lesiones tumorales o neoplasias de párpados que afectan hasta un 70% de estos.

Cabe aclarar que primero se debe llegar a un diagnóstico certero para realizar un correcto tratamiento; en este caso, previamente a la cirugía se realizó una biopsia y análisis anatomopatológico en el cual se confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular.

Técnica quirúrgica

Realizamos la asepsia y antisepsia correspondiente con iodo povidona: preparamos aproxima-

damente 10 ml de lidocaína con epinefrina; inyectamos la anestesia en párpado inferior (como en una cirugía de entropión) reforzando en el reborde orbitario, ya que esta zona es la más dolorosa durante el procedimiento. Luego de 15 minutos de espera procedemos dando tiempo a que actúe la epinefrina.

Extraemos la pieza tumoral con amplios márgenes quirúrgicos para que no queden restos tumorales. A continuación realizamos el marcado de los bordes del tumor para poder tener de guía en el caso de que el informe anatomopatológico indique que en los márgenes no están libres de tumor. Si esto sucede, deberemos extraer más material. Nuestra recomendación es contar con un anatomopatólogo en el quirófano para asegurarnos que los márgenes de la lesión estén libres.

Concluido esto, procedemos a la reconstrucción del párpado.

El próximo paso que realizaremos es una descarga periférica superficial con bisturí, como si fuéramos a realizar un *tarsal strip*; luego con una tijera Westcott divulsionamos la piel hasta dejar a la vista el periostio en el reborde orbitario.

Un paso clave en la cirugía es medir con un compás la extensión de la resección palpebral (que generalmente es entre 20 a 30 mm). Esto es importante para saber la cantidad de periostio que tenemos que extraer (debemos sacar de más, calculando 5 mm de periostio extra, ya que éste siempre se retrae).

Con bisturí delineamos un rectángulo en el periostio, divulsionamos bien por debajo de éste con tijera Westcott y para el despegue usamos el desperiostizador. Es importante remarcar que lo que deseamos es un colgajo, para lo cual realizamos un



corte de afuera hacia adentro y lo dejamos sujeto al reborde orbitario; luego lo rotamos para que mire hacia el tercio del borde libre del párpado (canto interno) que nos quedó a fin de proceder a suturarlo. Las suturas internas se realizan con Vicryl 6/0 (debemos dar todos los puntos que sean necesarios).

El segundo paso consiste en extraer piel para reconstruir la lamela anterior. Podemos elegir de varios lugares: uno de ellos —y en nuestra opinión, el de elección— es la piel del párpado superior: de preferencia del mismo ojo, de lo contrario, la del contralateral. Otros lugares menos usados son la piel retroauricular o clavicular. Suturamos la piel con nylon 6/0 en la parte superior del injerto, ya que esta porción está en contacto con la córnea; por lo tanto suturamos con Vicryl 6/0 (también debemos dar todos los puntos de sutura necesarios). Con estos puntos se termina la cirugía. Colocamos antibióticos en ungüento y vía oral, junto con un parche de gasas compresivo.

Conclusión

Hemos realizado esta cirugía en 24 pacientes. La complicación que observamos en un caso fue la necrosis superficial del injerto de piel, la cual se cayó a los 15 días y quedó una cicatriz marcada.

Otras complicaciones conocidas son necrosis del colgajo, cicatrización exuberante, entropión e infecciones.

Personalmente creemos que esta cirugía es una excelente técnica para reconstruir párpados y se puede realizar en forma ambulatoria, sin necesidad de internación del paciente. Los controles los realizamos a las 24 horas, a los 4 días y a la semana



sacamos los puntos. Los de los extremos son los últimos en sacar. Debemos tener en cuenta que los puntos de Vicryl acumulan mucha secreción conjuntival, por ello la necesidad de antibióticos en ungüento o colirio. Recomendamos una buena higiene palpebral, antibióticos vía oral, antiinflamatorios e hielo local.

Es una alternativa a tener en cuenta a las técnicas de Hughes, a la de Mustardé, a la Z plastia, entre otras; ya que son mucho más cruentas y presentan mayor incidencia de complicaciones; sin mencionar que representan mayor complejidad para realizar en manos inexpertas.

Agradecimiento

Un agradecimiento muy especial al doctor Carlos Remonda.

Bibliografía

Bartley GB. Learning from our (my) mistakes: the 2010 American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery Foundation lecture. *Arch Ophthalmol* 2012; 130: 240-2.
 Conway ST. Evaluation and management of "functional" nasolacrimal blockage: results of a

survey of the American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive surgery. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1994; 10: 185-188.
 Hornblass A. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery at the Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital. *Adv Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1986; 5: 319-20.
 Karesh JW. Polytetrafluoroethylene as a graft material in ophthalmic plastic and reconstructive surgery: an experimental and clinical study. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1987; 3: 179-85.
 Karesh JW. Biomaterials in ophthalmic plastic and reconstructive surgery. *Curr Opin Ophthalmol* 1998; 9: 66-74.
 McCracken MS et al. Hyaluronic acid gel (Restylane) filler for facial rhytids: lessons learned from American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery member treatment of 286 patients. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2006; 22: 188-91.
 Shorr N, Perry JD, Goldberg RA, Hoenig J, Shorr J. The safety and applications of acellular human dermal allograft in ophthalmic plastic and reconstructive surgery: a preliminary report. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2000; 16: 223-30.