

TÍTULO

Uso de injerto condromucoso de cartílago alar para reconstruir la lamela posterior en defectos de espesor total del párpado inferior.

AUTORES

Elia Samaniego González. Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Elena Pérez Díez. Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Marta Cuesta Lasso. Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

María Criado Otero. Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

AUTOR PARA LA CORRESPONDENCIA

Elia Samaniego González.

esamagon@gmail.com

TÍTULO

Uso de injerto condromucoso de cartílago alar para reconstruir la lamela posterior en defectos de espesor total del párpado inferior.

TITLE

Use of chondromucosal graft from the alar cartilage in the reconstruction of the posterior lamella in full-thickness defects of the lower eyelid.

Introducción:

El objetivo principal de la cirugía oncológica del párpado inferior es la resección del tumor con márgenes libres, por lo que, en ocasiones, nos encontramos con defectos que requieren reconstrucciones complejas para preservar la función palpebral y obtener un resultado cosmético aceptable. Los grandes defectos de espesor total del párpado inferior son todo un reto¹. Presentamos un caso en el que utilizamos un injerto condromucoso de cartílago alar asociado a un colgajo de rotación de la mejilla tipo Mustardé para reconstruir un defecto de estas características .

Caso clínico:

Presentamos una mujer de 91 años intervenida en otro centro de un carcinoma epidermoide en el párpado inferior del ojo izquierdo, reconstruyéndose mediante un colgajo de Hughes. Es derivada a nuestro servicio para su intervención mediante cirugía de Mohs tras confirmarse histológicamente la recidiva en forma de carcinoma de células escamosas in situ. Fueron necesarias dos etapas de Mohs para obtener bordes libres. El defecto resultante comprende todo el espesor del párpado inferior afectando a más del 75% de la longitud del mismo. (Fig. 1 a y b)

Descripción de la técnica:

El procedimiento se realiza bajo anestesia general e infiltración de anestesia local.

Para reconstruir la lamela posterior utilizamos un injerto condromucoso procedente del cartílago alar nasal ipsilateral ². Este injerto se obtiene mediante un abordaje perialar externo. Previamente se inyecta anestesia local (mepivacaína 20mg/ml y bupivacaína/epinefrina 2,5mg/0,005mg/ml) de forma subcutánea en el ala nasal, lo que nos facilitará la disección del injerto desde el plano subcutáneo. Posteriormente se incide el surco alar y el ala se gira como “una puerta batiente”, permitiendo la visión directa de la zona donante, concretamente el domus, ángulo o zona de transición entre la cruz medial y lateral del cartílago alar mayor. (Fig. 2 a) El tamaño del injerto debe ser aproximadamente del mismo tamaño que el defecto, aunque según la laxitud del tejido, puede requerirse su acortamiento posterior para evitar un ectropión. Mediante este abordaje podemos obtener un injerto de hasta 25mm, con una forma ligeramente convexa adecuada para recrear el tarso (Fig. 2b). El injerto obtenido se adelgaza

1 ligeramente y se eliminan las vibrisas del lado mucoso con punta de colorado o tijera de
2 Iris recta. Conviene dejar en un lado del cartílago un remanente de mucosa para
3 evertirla y recrear el borde libre palpebral. La zona donante intranasal se
4 coagula con electrobisturí y se deja cerrar por segunda intención. La incisión en el
5 surco alar se sutura directamente con seda de 4/0. El injerto condromucoso se sutura
6 al resto de tarso medial y lateral si lo hubiera o a los tendones cantales lateral y medial
7 y al resto de conjuntiva con sutura reabsorbible de 6/0. Posteriormente se
8 reconstruye la lamela anterior mediante un colgajo de rotación de la mejilla tipo
9 Mustardé.
10
11

12 Indicaciones y contraindicaciones:

13 Los defectos de espesor total mayores al 50% del párpado inferior requieren
14 la reconstrucción de la lamela anterior y posterior.^{1,3,4} Para reconstruir la lamela
15 anterior tenemos varias opciones como los colgajos rotación de la mejilla (Mustardé,
16 Imre), los colgajos de transposición (Tripiet, nasoyugal, Fricke), o el colgajo de avance
17 en V-Y³⁻⁵. En cuanto a la lamela posterior, el colgajo de Hughes ya se había realizado en
18 esta paciente, además requiere de dos etapas con la consiguiente inutilización de ese
19 ojo. Por ello, no sería una alternativa en pacientes monoculares o con poca visión en el
20 ojo contralateral. Tampoco sería una opción en pacientes intervenidos de
21 tumores con riesgo de diseminación al párpado contralateral como el
22 melanoma conjuntival². Como alternativa, pueden utilizarse procedimientos en
23 una etapa usando otras zonas donantes autólogas para recrear la lamela
24 posterior: cartílago auricular, injerto tarsoconjuntival libre del párpado superior
25 del ojo contralateral (nuestra paciente lo rechazó), injerto de paladar duro o injerto
26 condromucoso del septo o del cartílago alar. El injerto de cartílago auricular carece de
27 mucosa, por lo que no sería suficiente en los casos en los que no existe conjuntiva para
28 evitar el daño corneal¹. El injerto de paladar duro puede asociarse a complicaciones del
29 sitio donante como hemorragia, hematoma subperióstico y necrosis de la mucosa,
30 dolor o dificultades de alimentación². El injerto del septo es técnicamente más
31 complicado y se asocia a riesgo de sangrado, de colapso de la punta nasal y de
32 perforación en el postoperatorio³. El injerto condromucoso de cartílago alar es de
33 fácil obtención y presenta escasas complicaciones del área donante, especialmente si
34 es la zona descrita entre la cruz lateral y medial del cartílago alar mayor de donde se
35 obtiene un injerto de grosor, forma y tamaño óptimos, minimizando el riesgo de
36 colapso del ala nasal.
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 Complicaciones:

50 Como complicaciones puede producirse sangrado del área donante, daño corneal
51 si quedan restos de pelos en la mucosa, ectropión, epífora, conjuntivitis, edema
52 palpebral, equimosis/hematoma periorbitario. Nuestra paciente únicamente
53 presentó edema y equimosis en el postoperatorio reciente. (Fig.3 a,b,c).
54
55
56
57

58 Conclusión: Destacamos el uso del injerto condromucoso de cartílago alar para
59 la sustitución de la lamela posterior en defectos de espesor total del párpado inferior
60 como una alternativa sencilla, en un solo tiempo, con escasas complicaciones y con
61 buenos resultados funcionales y cosméticos.
62
63
64
65

Bibliografía

1-Iglesias Zamora ME, Hiltun Cabredo I, Aróstegui Aguilar J, Oscoz Jaime S. Should we Make a New Eyelid?: Reconstruction of Total Lower Eyelid Defect After Excision of Lentigo Maligna Melanoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2024 Oct 16:S0001-7310(24)00794-4

2-Lemaître S, Lévy-Gabriel C, Desjardins L, González-Candial M, Gardrat S, Dendale R, et al. Outcomes after surgical resection of lower eyelid tumors and reconstruction using a nasal chondromucosal graft and an upper eyelid myocutaneous flap. *J Fr Ophtalmol*. 2018 May;41(5):412-420.

3-Leatherbarrow B. *Oculoplastic surgery*. 2nd ed. London: Informa Healthcare; 2011

4-Iglesias ME, Santesteban R, Larumbe A. Oncologic surgery of the eyelid and orbital region. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 Jun;106(5):365-75

5-Fernández Canga P. Cirugía del párpado y región periocular. En Rodríguez Prieto MA editor. *Atlas de Cirugía Dermatológica*. Barcelona: Elsevier; 2023, P.119-154.

Fig1. 1 a. Imagen clínica de la tumoración queratósica de 12x5mm correspondiente al carcinoma epidermoide in situ afectando al borde libre palpebral. 1b Defecto resultante tras dos etapas de cirugía de Mohs.

Fig 2. 2 a. Imagen del área donante sombreada en amarillo tras abordaje perialar. 2b. Injerto condromucoso resultante con forma convexa.

Fig 3. 3 a. Postoperatorio al día siguiente de la intervención donde se aprecia edema periorbitario y equímosis. 3b y c Postoperatorio al mes donde se observa ausencia de ectropión postquirúrgico o de colapso del ala nasal. Los resultados funcionales y estéticos son satisfactorios.





