

Reconstrucción de mejilla con colgajo tipo Zide. Reporte de un caso y revisión de la literatura

M.C. Víctor Manuel **Ramírez-Hernández**,*

M.C. Jorge Alberto **Ochoa-Pell**,*** Mayor M.C. Ángel Gabriel **Ríos-González**,** M.C. Juan Alberto **González**,*** Mayor M.C. Felipe Alejandro **López-Silva**,*** M.C. Saúl **Delgado-Gardea******

Hospital Central Militar, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

RESUMEN

Los defectos cutáneos en la unidad facial de la mejilla pueden ser secundarios a trauma, procesos infecciosos, ablación de neoplasias y hemangiomas, en pocas palabras la etiología es variable y en muchos casos puede variar de acuerdo al grupo de edad. El manejo representa un desafío técnico para la reconstrucción. Entre las opciones de reconstrucción se pueden utilizar los colgajos locales, regionales o libres. Se presenta el caso de un paciente de tres años de edad con un defecto en la unidad estética facial de la mejilla, provocando la resección de un rabdomiosarcoma embrionario, la cobertura cutánea se llevó a cabo con un colgajo tipo Zide.

Palabras clave: colgajo, Zide, unidad estética facial.

Cheek reconstruction with Zide flap. Case report and literature review

SUMMARY

Cutaneous defects in the cheek area can be secondary to trauma, infections, resection of neoplasms and haemangioma. In few words, the aetiology is variable and in many cases the age of the patient is an important factor. There are many options for reconstruction of these defects as local, regional and free flaps. The management of these defects represents great technical challenge. We present a case of a three years old patient with a cutaneous defect in the cheek aesthetical unit secondary to the resection of an embryonic rhabdomyosarcoma, treated with a Zide flap.

Key words: Flap, Zide, facial aesthetical unit.

Introducción

La cara, para su manejo estético-quirúrgico es clasificada en unidades estéticas faciales. Cada una de estas unidades puede tener a su vez subunidades. Esta visión nos ha permitido entender y mejorar la cobertura de los defectos, para proporcionar piel de las mismas características como son color, textura, presencia de pelo, perfil y contorno.¹

La mejilla representa un problema para la reconstrucción tanto en pacientes jóvenes como en ancianos. Dependiendo del grupo de edad al que nos refiramos, la patología presentada es de distinta índole. Los pacientes jóvenes presentan lesiones cutáneas por secuelas de quemaduras, nevus, hemangiomas o tumores, mientras que en los ancianos los tu-

moreos y las malformaciones arteriovenosas son las lesiones que más frecuentemente requieren reconstrucción.^{2,3}

Zide subdividió a la mejilla en tres zonas imbricadas. La zona 1 o zona suborbitaria, zona 2 o zona preauricular y zona 3 o zona bucomandibular. Las zonas 1 y 2 pueden repararse con colgajos cervicofaciales de rotación y avance, y los defectos cutáneos que involucran la zona 3 se reparan con colgajos locales o regionales.³

Resumen clínico

Se trata de paciente masculino de tres años de edad sin antecedentes de importancia. Dos meses de evolución con aumento de volumen en la región del surco nasogeniano

*Cirujano General, Residente de tercer año de la Subespecialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. **Cirujano General y Cirujano Plástico y Reconstructivo, Jefe de la Unidad de Quemados. ***Cirujano General, Residente de segundo año de la Subespecialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. ****Cirujano General, Residente de primer año de la Subespecialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Correspondencia:

M.C. Víctor Manuel Ramírez-Hernández

Unidad de Quemados Hospital Central Militar. Periférico Norte esq. Ejército Nacional, Col. Lomas de Sotelo, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel. 5557-3100 ext. 1437 Correo electrónico: vmrh_dr@hotmail.com

Recibido: Diciembre 18, 2006.

Aceptado: Febrero 22, 2007.

izquierdo. A la exploración física se detectó una tumoración de aproximadamente 2 x 2 centímetros fija a planos profundos, no dolorosa. La exploración de cuello fue negativa para adenomegalias u otras alteraciones. Fue valorado por el servicio de otorrinolaringología, quienes deciden tomar biopsia. El reporte histopatológico diagnosticó rabdiomiosarcoma embrionario. Se realizaron estudios de extensión los cuales descartaron metástasis.

Se realizó resección amplia del tumor, con estudio transoperatorio que reportó lecho y bordes quirúrgicos libres de lesión (Figuras 1 y 2) y se realizó reconstrucción inmediata con colgajo tipo Zide (Figuras 3, 4 y 5). Evolucionó con infección de sitio quirúrgico que remitió con la administración de antibióticos orales. Actualmente el paciente se encuentra bajo seguimiento por el servicio de oncología, en tratamiento con quimioterapia y sin complicaciones locales en el sitio de resección y reconstrucción.



Figura 3. Levantamiento del colgajo por encima del SMAS (sistema músculo aponeurótico superficial).



Figura 1. Aspecto inmediato post-resección de rabdiomiosarcoma embrionario en la subunidad estética facial 1 (zona suborbitaria).



Figura 4. Aspecto postoperatorio inmediato después del avance y rotación del colgajo de Zide.



Figura 2. Trazado del colgajo para reconstrucción como lo describió Zide.



Figura 5. Aspecto postoperatorio un mes después del procedimiento resectivo/reconstructivo. Se observa la cicatriz en etapa activa y el proceso infeccioso en remisión.

Discusión

Los métodos clásicos de reconstrucción de la mejilla son colgajos cervicofaciales de avance, entre los cuales se encuentran los colgajos de Esser, Blascowicz, Ferris-Smith, Mustardé, Converse, Stara-Kaplan, y colgajo de Juri.^{3,4} Estos colgajos incorporan incisiones que se extienden a través de la porción posterior de la mejilla en su borde superior hacia el pabellón auricular parecido a una incisión para ritidectomía circunferencial al pabellón y paralelo a la línea del pelo.⁴ En forma general estos colgajos tienen la desventaja de llevar piel de la porción retroauricular y del cuello, por lo que presentan problemas circulatorios, además llevan piel portadora de pelo y como no respetan las subunidades estéticas faciales presentan cicatrices en sitios visibles.^{4,5} En forma específica el colgajo de Converse requiere la utilización de injerto cutáneo para cubrir el sitio donador del colgajo. El colgajo de Mustardé frecuentemente presenta problemas de necrosis (sobre todo en pacientes fumadores) y ectropión.⁴ Hamra ha popularizado la técnica de plano profundo para ritidectomía, desecando los tejidos subcutáneos profundos y el SMAS permitiendo un adecuado flujo circulatorio a la porción más inferior del colgajo y una liberación de éste, permitiendo una prolongación de la incisión.⁵ Zide y Kroll extendieron la disección del colgajo medialmente hacia la incisión de blefaroplastia inferior, tratando de mejorar la “oreja de perro”, minimizando así la cicatriz en la mejilla. Previnieron la lesión nerviosa y colocaron puntos de fijación a lo largo de la fascia temporal de la región zigomática y del borde lateral de la órbita,^{1,4,5} desarrollando así el colgajo de Zide 1-Kroll y el colgajo Zide 2. Estos colgajos están indicados para cubrir defectos de la mejilla anterior, pared ipsilateral de la nariz y región inferomedial orbitaria. La ventaja principal de este colgajo es que la incisión se realiza a nivel de la división

de las unidades estéticas faciales, siguiendo el sitio de unión del dorso de la nariz con la pared lateral, los pliegues nasolabiales, el mentón, y se extiende hacia el cuello y reclutando tejido submentoniano para transponerse hacia la región periorbitaria de la mejilla.^{4,5} Además la probabilidad de necrosis de este colgajo es baja, ya que incorpora la arteria facial transversa y la arteria facial.

Este colgajo suele adelgazarse para cobertura de los defectos de la pared lateral de la nariz y puede considerarse por este motivo como la primera opción para la reconstrucción de la pared lateral nasal, ya que provee una reconstrucción más estética.⁴

Conclusión

El colgajo de Zide, para reconstrucción de mejilla y pared lateral de nariz, es un procedimiento seguro ya que evita complicaciones como la necrosis distal, además es sencillo y permite llevar las cicatrices residuales a nivel de la unión de las diferentes unidades estéticas ocultándolas de manera eficiente.

Referencias

1. Menick FJ. Reconstruction of the cheek. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108(2): 496-505.
2. Boutros S, Zide B. Cheek and eyelid reconstruction: The resurrection of the angle rotation flap. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(5): 1425-30.
3. Adams W, Beran SJ. Lip, cheek, and scalp reconstruction. *Selected Readings in Plastic Surgery* 2001; 7(15): 1-22.
4. Al-Shunnar B, Manson PN. Head and neck reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery* 2001; 28(2): 283-96.
5. Longaker MT, Glat PM, Zide B. Deep-plane cervicofacial “hike”: anatomic basis with dog-ear blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99(1): 16-21.