

BIBLIOTECA
DIGITAL

INCLUYE
E-BOOK

38
VIDEOS

ANDREW J.
KAUFMAN

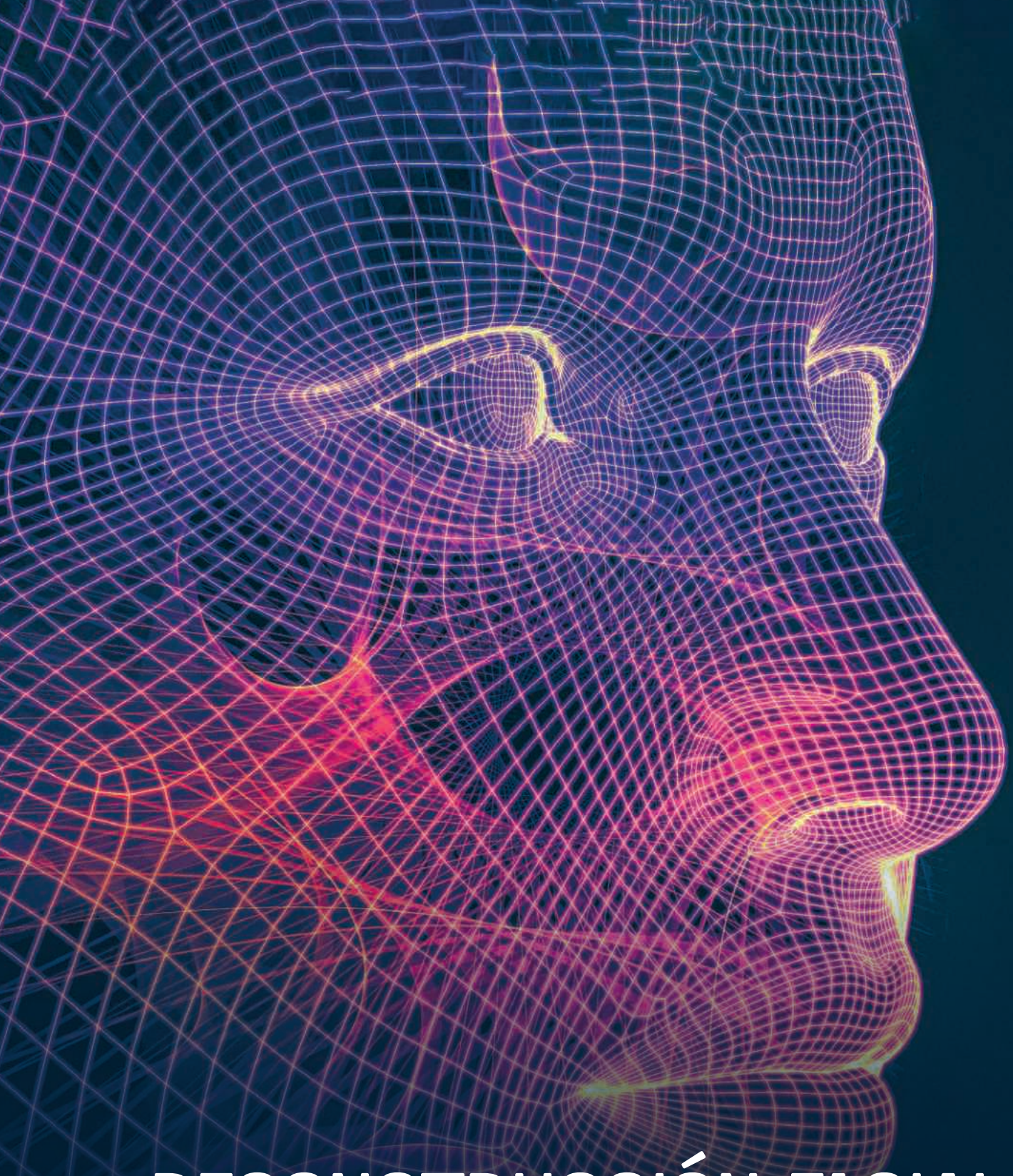
2^a
EDICIÓN

RECONSTRUCCIÓN FACIAL

TEORÍA Y PRÁCTICA

38
VIDEOS


AMOLCA



RECONSTRUCCIÓN FACIAL TEORÍA Y PRÁCTICA



2^a
EDICIÓN

RECONSTRUCCIÓN FACIAL TEORÍA Y PRÁCTICA

ANDREW J. KAUFMAN, MD, FACP

Práctica privada, Thousand Oaks y Santa Barbara,
California, EE. UU.

Profesor clínico de Dermatología
Keck School of Medicine of USC, Los Ángeles, California, EE. UU.

2026



Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales. La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Esta traducción ha sido publicada por AMOLCA. Practicantes e investigadores deben confiar siempre en su propia experiencia y conocimientos al momento de evaluar y usar cualquier información, métodos, composiciones o experimentos aquí descritos. Debido al rápido avance de la ciencia médica, en lo particular, se debe realizar la verificación independiente de los diagnósticos y dosificaciones. En toda la extensión de la ley, ninguna responsabilidad será asumida por Elsevier, autores, editores o colaboradores en cuanto a la traducción o alguna lesión y/o daño a personas y/o propiedades como consecuencia de la responsabilidad, negligencia u otros, o de cualquier uso u operación de cualquier método, productos o ideas contenidas en este material.

Practical Facial Reconstruction, 2e

Copyright © 2026 by Elsevier, Inc. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies. Publisher's note: Elsevier takes a neutral position with respect to territorial disputes or jurisdictional claims in its published content, including in maps and institutional affiliations.

ISBN: 978-0-443-26437-5

Esta traducción de *Practical Facial Reconstruction, 2e*, by Andrew J. Kaufman, ha sido llevada a cabo por Editorial Amolca S. A. S. y se publica con el permiso de Elsevier, Inc.

Edición en idioma castellano

Reconstrucción facial. Teoría y práctica, 2.ª edición

de Andrew J. Kaufman

© 2026 - Editorial Amolca S. A. S.

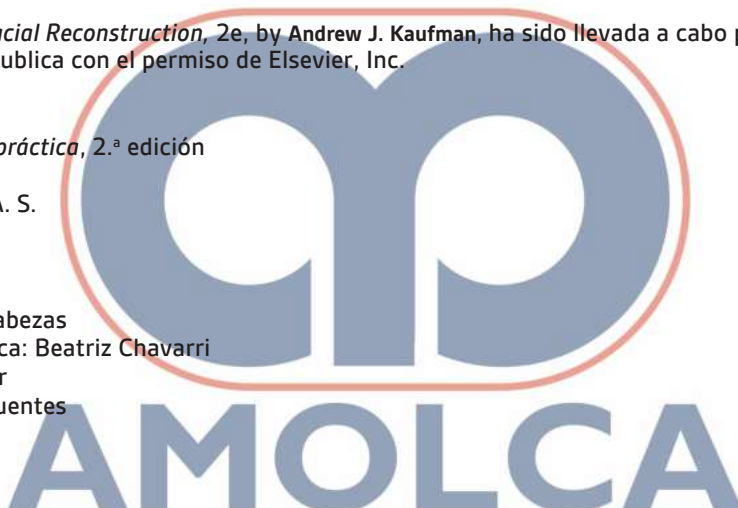
eISBN: 978-9962-748-37-3

Corrección clínica: Dra. Ana Cabezas

Corrección de estilo y gramática: Beatriz Chavarri

Artes finales: Manuela Escobar

Diseño de portada: Steven Cifuentes



CASA
MATRIZ

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre Inexmoda Ofc. 1334 - 1338 Medellín, Colombia

+573027157665

(604) 479 74 31

hola@amolca.com

www.amolca.com

AMOLCA COLOMBIA



Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314
+57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA PERÚ



Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima
+51 998 128 873
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA CHILE



+56 944182523
+56 920298344
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO



Arquitectura 49 – 202 o Videopuerto
ro Amolca. Colonia Copilco
Universidad. Alcaldía Coyoacán. C.P.
04360.
Ciudad de México.
+52 5556580882
administración@amolcamexico.com

AMOLCA VENEZUELA

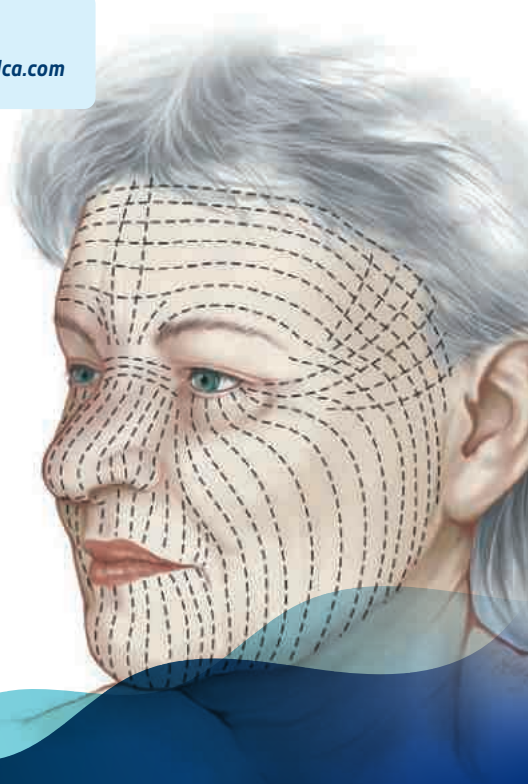


Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /
Sabana Grande Sur Parroquia El Recreo, Municipio
Libertador. Distrito Libertador
+58 414 255 51 85
comercioexterior@amolca.com



Distribuidores

Argentina - Bolivia - Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Guatemala
Honduras - Nicaragua - Panamá - Paraguay - República Dominicana - Uruguay



Dedicatoria

A mi madre, breve en esta tierra, pero para siempre en mi corazón y en mi alma. A mi padre, un modelo ideal como médico, padre y amigo.

A mi hermano, Bobby, un héroe y la encarnación de la fuerza y la valentía.

A mi otro hermano, Michael, que estuvo ahí para mi padre y mi hermano cuando yo no podía estar, así como por su amistad y apoyo de toda la vida.

A mi mujer, Jayme, por su amor y apoyo, y a mis hijos, Madeline y Ethan, para quienes deseo un mundo de amor, felicidad y paz.

Y a mis pacientes, que me han proporcionado la confianza, el respeto y la gratitud que hacen que el tema de este libro sea tan gratificante.



Prólogo

La segunda edición de *Reconstrucción facial práctica, teoría y práctica*, del Dr. Andrew Kaufman es una obra maestra y será una importante adición a la biblioteca de cualquiera que practique la reconstrucción facial. Pero antes de colocar este libro en su estantería, tómese el tiempo necesario para leerlo y releerlo de principio a fin. Incluso si posee la primera edición, esta segunda está significativamente actualizada y mejorada. Lo que hace especial a esta segunda edición es la incorporación de más fotos de alta calidad y más de 25 videos. No se trata de un libro de texto rutinario ni de un atlas, ni tampoco de un libro solo para residentes y becarios. Hay mucha información detallada para beneficio de todos. Parte de principios básicos importantes y amplía los conceptos hasta la reconstrucción avanzada. Los ejemplos de reconstrucción le proporcionarán instrucciones para la mayoría de los defectos que encontrará en la práctica. Esta enciclopedia de reparaciones ampliará el repertorio de todos los especialistas, incluidos dermatólogos, cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos, cirujanos maxilofaciales, cirujanos generales, asistentes médicos y enfermeras profesionales.

El Dr. Kaufman es un cirujano de gran talento y experiencia con un largo historial de docencia a residentes, becarios y médicos establecidos a nivel local, nacional e internacional. Es un cirujano de primera línea y un líder en reconstrucción facial que ha aportado mucho a nuestra especialidad. Sus conocimientos y experiencia, compartidos a través de este libro, contribuyen significativamente a la enseñanza de la reconstrucción facial. Su primera edición de este libro fue popular y respetada entre nuestros líderes. Esta segunda edición supera esos elogios.

El estilo del Dr. Kaufman a lo largo de estas páginas consiste en presentar los fundamentos de una reconstrucción determinada. Demuestra el proceso de reflexión para la elección de la reparación. Muestra qué tejido falta, explica dónde recoger el tejido de sustitución disponible y, a continuación, muestra la forma más eficaz de trasladarlo. A continuación, ofrece datos relevantes, consejos y detalles importantes que permiten al lector llevar esta información al quirófano y obtener los mejores resultados. Los datos relevantes de resumen son valiosos a la hora de hojear y recordar los puntos importantes de cada reparación. Las fotografías son de gran calidad y los dibujos aportan un importante valor añadido a la enseñanza. La segunda edición añade aún más fotografías, pero el verdadero regalo del autor son los más de 25 nuevos videos quirúrgicos de principio a fin. No hay mejor manera de enseñar en tres dimensiones que viendo estos videos. Hacen que poseer esta edición sea una delicia.

Este libro será la fuente principal para la enseñanza y el aprendizaje de la reconstrucción facial, desde la más sencilla a la más avanzada. Las opciones de reconstrucción mostradas son las mejores, y los bellos resultados demuestran lo que honestamente se puede esperar y reproducir de forma fiable. Todas las personas que realizan reconstrucciones faciales deberían poseer un ejemplar de esta segunda edición.

Dr. John A. Zitelli

Práctica privada, Pittsburgh, Pensilvania
Profesor adjunto de Dermatología, Otorrinolaringología y Cirugía plástica
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pensilvania

Prefacio

La reconstrucción facial puede ser uno de los aspectos más gratificantes de la medicina. Tomar un defecto quirúrgico o una herida traumática y crear un resultado que preserve la función y restaure la apariencia es tremendamente satisfactorio no solo para el paciente sino también para el cirujano. Esta es una de las características de la cirugía reconstructiva que ha atraído a médicos de diversas especialidades a estudiar, practicar y destacar en la reparación facial. La reconstrucción de la cara no solo restaura la apariencia pública de los pacientes, sino que también influye en su imagen pública y en su autopercepción personal. Este grado de importancia es evidente en la consulta inicial, cuando un paciente puede expresar su preocupación por la cirugía y la cicatriz resultante. Es igualmente evidente en la gratitud y amabilidad del paciente en la visita posoperatoria cuando ve y comenta el resultado final.

Para tener éxito, una reparación debe cumplir objetivos tanto estéticos como funcionales. Una reparación nasal de aspecto impecable pero que disminuya el flujo de aire debido a la alteración de la válvula nasal interna no es un éxito completo. Del mismo modo, una reparación del párpado que proteja el globo ocular y evite el ectropión pero deje una cicatriz antiestética en una unidad estética no puede considerarse un éxito completo. Para lograr el “éxito” deben alcanzarse tanto los objetivos estéticos como los funcionales, pero a veces no es posible alcanzarlos por completo en una sola intervención quirúrgica. Los objetivos funcionales deben abordarse y alcanzarse en la planificación y la intervención quirúrgica primaria siempre que sea posible. Sin embargo, los objetivos estéticos finales pueden requerir a veces procedimientos adicionales para “suavizar” o “afinar” el resultado estético final mediante abrasión cicatricial, revisión cicatricial, esteroides intralesionales o láser.

Existen varios libros de texto excelentes que detallan la reconstrucción facial, cubriendo tanto los principios y diseños de las reparaciones como los enfoques regionales de las mismas. Lo que se intenta hacer en este libro es describir un enfoque complementario de la reparación que se centre en enseñar una forma práctica de evaluar un defecto quirúrgico, analizarlo, y diseñar y ejecutar una reparación que funcione mejor para ese defecto en esa localización para ese paciente.

En lugar de memorizar determinados tipos de reparaciones para ciertas localizaciones, uno debe dominar un enfoque de la reparación facial que inspire creatividad y adaptabilidad. Como tal, este libro no pretende ser un manual básico de reparación facial, sino que complementa a otros libros de texto más completos como un enfoque ameno y práctico para mejorar la experiencia en reconstrucción facial. El lector se beneficiará más si tiene al menos unos conocimientos básicos de anatomía facial, técnica quirúrgica y biomecánica.

El segundo objetivo es intentar simplificar o desmitificar algunas técnicas reconstructivas útiles. Después de haber enseñado a residentes y becarios y de haber dado conferencias sobre reconstrucción durante muchos años, me ha impresionado que muchos cirujanos encuentren algunas reparaciones muy útiles bastante intimidantes. Esto puede deberse en cierto modo a la falta de experiencia en la realización de la reparación o quizás a lagunas en su formación reconstructiva. En parte puede explicarse por la compleja geometría del diseño de la reparación y los posibles inconvenientes de un cálculo erróneo o una ejecución incorrecta. Se ha intentado dilucidar los puntos exactos del diseño y la ejecución de estas reparaciones que las simplifican y ayudan a garantizar el éxito. Y para las reparaciones aparentemente más complicadas (por ejemplo,

colgajos de transposición bilobulados, colgajos de avance de borde helicoidal), se han proporcionado una descripción casi formulista e ilustraciones artísticas para ayudar a demostrar los principios clave para completar esas reconstrucciones.

Cada defecto es ligeramente diferente; cada reparación es única. Nuestro objetivo último es hacer pensar al lector, prefiriendo no defender una reparación concreta para un defecto concreto, sino potenciar la flexibilidad y el ingenio. Estas características distinguen a un cirujano innovador y, en última instancia, elevan la atención que presta a su paciente.

Andrew J. Kaufman, MD, FACP



Agradecimientos

Un agradecimiento especial a Timothy C. Hengst, FAMI, CMI, un ilustrador médico increíblemente talentoso, respetado y paciente, que me ayudó a explicar algunos principios clave de este libro. También es el actual decano de la Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Luterana de California.

Un agradecimiento especial también a John A. Zitelli, MD, por aceptar escribir el prólogo de este libro. El Dr. Zitelli ha sido un amigo y una fuente de inspiración, y sus conferencias y artículos publicados son un valioso recurso para los interesados en comprender la cirugía reconstructiva.

Un agradecimiento especial también al personal de atención al público, administrativo y de enfermería que ha trabajado conmigo a lo largo de los años y que ha contribuido a que mis cirugías sean más fáciles de realizar y mi vida más fácil de disfrutar. Gracias a Krista Allen, Tiffany Bascou, Roy Levy y Adriana García.



Nota histórica: *moulage* de colgajo de la frente



(*Moulage* de la colección del autor. Imagen previamente publicada en Kaufman A. J. *Moulage: The forehead flap. Dermatol Surg* 2003;29:402.)

Los *moulages* eran modelos de cera creados por artesanos durante los siglos XVIII y XIX en Europa y América como modelos de enseñanza clínica para transmitir la apariencia tridimensional, a tamaño real, de procesos patológicos, así como de procedimientos quirúrgicos. El *moulage* que se muestra aquí, de finales del siglo XIX, representa el colgajo de la frente, también conocido anteriormente como “rinoplastia india”.

El origen del colgajo frontal se remonta al siglo VI a.C., cuando se describió en un antiguo texto sánscrito sobre medicina y cirugía, el *Sushruta Samhita*. Una casta de alfareros o ladrilleros de India desarrolló el colgajo de frente, así como un colgajo de mejilla para la reconstrucción nasal. Con la traducción del *Samhita* en Sicilia durante el siglo XV, cirujanos como Branca de Branca y su hijo, Antonius, adoptaron la nueva técnica y añadieron más lugares de tejido donante (por ejemplo, el brazo), así como lugares de reparación receptores (por ejemplo, los labios y la oreja). Gaspare Tagliacozzi mejoró aún más las técnicas de reconstrucción quirúrgica para la reconstrucción nasal, en particular el uso del brazo como tejido donante (más tarde conocido como el “método italiano” de rinoplastia), y publicó su tratado, *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*, en 1597. Aunque el texto de Tagliacozzi gozó de gran popularidad entre los cirujanos, las opiniones religiosas y políticas desaprobaban la idea de cambiar el aspecto de una persona, incluso con fines reconstructivos, y no fue sino hasta 1794 cuando la técnica quirúrgica llegó al público anglosajón. Una carta al editor de *The Gentleman's Magazine* describía el colgajo indio de la frente en la reconstrucción

de la nariz de un conductor de bueyes del ejército inglés al que le habían amputado la nariz y una mano mientras era prisionero del sultán Tipu. Veintidós años más tarde, un cirujano inglés, J. C. Carpue, describió su uso de la técnica en un relato de la reconstrucción de las narices de dos oficiales del ejército. Durante el resto del siglo XIX se realizaron muchos más colgajos de frente y diversas iteraciones de estos, pero no fue sino hasta la última parte del siglo XX cuando se apreció toda la utilidad de este colgajo de interpolación. En la actualidad, las sutilezas en el diseño y la ejecución, así como la necesidad de soporte estructural y restauración del revestimiento nasal, hacen del colgajo paramediano de la frente una técnica importante para la reparación de defectos nasales mayores, y su historia marca un punto de inflexión clave en la reconstrucción facial.



Contenido

Prólogo.....	vii
Prefacio	ix
Agradecimientos	xi
Nota histórica: moulage del colgajo de la frente.....	xii

Sección 1

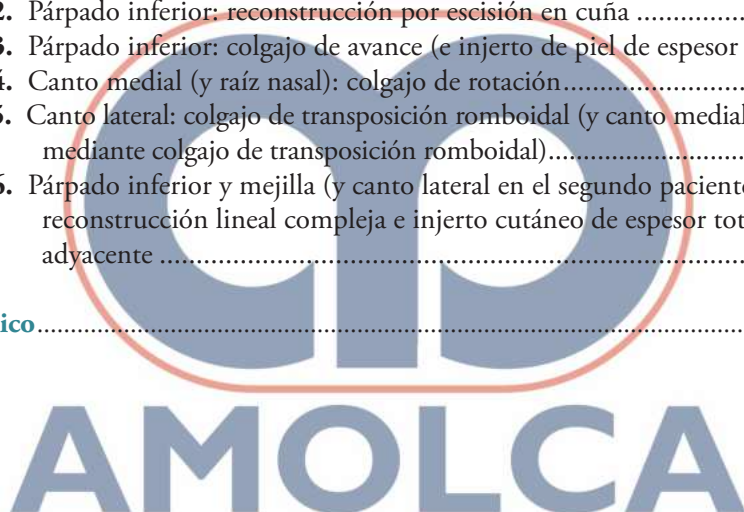
Teoría	1
Capítulo 1. Principios, diseño, realización	2
1.1. Principios de reconstrucción.....	2
1.2. Consideraciones anatómicas	5
1.3. Consideraciones relativas al paciente.....	7
1.4. Reconstrucción del diseño	8
1.5. Técnica quirúrgica.....	9
1.6. Ejecución de la reconstrucción	11
1.7. Cuidados de las heridas	13

Sección 2

Práctica	15
Capítulo 2. Aspectos prácticos de la reconstrucción facial	16
2.1. Cicatrización por segunda intención.....	17
2.2. Reconstrucción de lado a lado	20
2.3. Colgajos de avance	22
2.4. Colgajos de rotación.....	24
2.5. Colgajos de transposición	26
2.6. Colgajos de avance en isla.....	28
2.7. Injertos de piel y de cartílago	30
2.8. Colgajos de interpolación diferida o por etapas.....	32
Capítulo 3. Reconstrucción de mejillas y mentón.....	34
3.1. Mejilla medial: reconstrucción de lado a lado	35
3.2. Mejilla medial: colgajo de avance	39
3.3. Mejilla medial: colgajo de avance en isla	42
3.4. Pliegue nasomelar: colgajo de avance en isla	45
3.5. Mejilla infraorbitaria: colgajo de avance.....	48
3.6. Mejilla preauricular: colgajo de avance en isla y colgajo de avance	50
3.7. Mejilla cigomática: colgajo de rotación.....	54
3.8. Mejilla inferior: colgajo de transposición romboidal y colgajo de transposición bilobulado	57
3.9. Mentón medio: colgajo de rotación unilateral y bilateral	61

Capítulo 4. Reconstrucción de la frente y la sien.....	63
4.1. Frente medial, lateral y supraorbitaria: reconstrucción de lado a lado.....	64
4.2. Frente (ceja): colgajo de avance.....	67
4.3. Frente lateral: colgajo de avance.....	69
4.4. Frente lateral (ceja): injerto de piel de espesor total.....	71
4.5. Frente lateral: colgajo de rotación de O a Z.....	73
4.6. Frente media: colgajo de avance bilateral.....	75
4.7. Frente media superior: colgajo de rotación bilateral.....	77
4.8. Sien: cicatrización por segunda intención.....	79
4.9. Sien: colgajo de avance.....	81
4.10. Sien: colgajo de rotación.....	84
4.11. Sien: colgajo de transposición romboidal.....	86
Capítulo 5. Reconstrucción de la nariz.....	90
5.1. Suprapunta nasal derecha, colgajo de transposición romboidal (y defecto de dorso/pared lateral nasal reparado con colgajo de transposición romboidal).....	91
5.2. Dorso nasal medio: colgajo de avance bilateral.....	96
5.3. Pared lateral nasal y pliegue nasomelar: colgajo de avance en isla.....	100
5.4. Pared lateral nasal y suprapunta: colgajo de transposición bilobulado, pedículo lateral.....	104
5.5. Punta nasal media: colgajo de rotación bilateral.....	115
5.6. Pliegue alar anterior: injerto de piel de espesor total y abrasión de la cicatriz.....	119
5.7. Pliegue alar anterior: colgajo de avance en isla.....	124
5.8. Pliegue alar y alas nasales posteriores: colgajo de transposición romboidal.....	127
5.9. Ala nasal anterior: colgajo de transposición bilobulado, pedículo medial.....	131
5.10. Ala nasal: injerto de cartílago y cicatrización por segunda intención.....	135
5.11. Pared lateral nasal derecha y pliegue alar: colgajo de transposición melolabial.....	138
5.12. Defecto de espesor total de la punta lateral y el triángulo blando: reparación con colgajo de interpolación mejilla-nariz (y defecto nasal alar reparado con variante en isla del colgajo de interpolación mejilla-nariz).....	142
5.13. Defectos más grandes en la punta nasal o en la parte distal de la nariz: colgajo paramediano de la frente.....	148
5.14. Punta nasal, suprapunta y dorso: colgajo de rotación nasal dorsal.....	154
Capítulo 6. Reconstrucción de labios.....	159
6.1. Labio cutáneo superior izquierdo: Reparación de lado a lado.....	160
6.2. Labio superior derecho: colgajo de avance.....	162
6.3. Labio superior: colgajo de rotación.....	165
6.4. Umbral alar: colgajo de avance en isla.....	167
6.5. Bermellón de labio medio superior y de labio medio inferior: bermellectomía y colgajo de avance mucoso.....	172
6.6. Bermellón del labio medio inferior: colgajo de rotación bilateral del bermellón.....	175
6.7. Bermellón y filtrum del labio superior medio: colgajos de avance en isla y de rota- ción bilateral del bermellón.....	177
6.8. Bermellón y filtrum del labio superior medio: colgajos en pinza de avance en isla y de avance mucoso.....	180
6.9. Labio medio superior: colgajo de avance bilateral.....	182
6.10. Labio inferior: colgajo de transposición melolabial (pedículo de base inferior).....	184

6.11. Labio inferior: escisión en cuña	186
6.12. Labio superior: colgajo de Abbe-Estlander (intercambio labial/ <i>lip-switch</i>)	189
Capítulo 7. Reconstrucción del oído	193
7.1. Borde helicoidal: reconstrucción de lado a lado	194
7.2. Pabellón auricular medial: colgajos de transposición (romboidal y bilobulado) ..	197
7.3. Trago (y concha auricular): colgajo de transposición preauricular	202
7.4. Concha auricular (y fosa triangular): cicatrización por segunda intención.....	205
7.5. Concha auricular (y fosa triangular): colgajo de tracción posauricular.....	208
7.6. Antihélix: injerto de piel de espesor total	213
7.7. Reborde helicoidal: colgajo de avance	217
7.8. Reborde helicoidal: reconstrucción por escisión en cuña.....	224
7.9. Reborde helicoidal: colgajo de transposición posauricular por etapas	226
Capítulo 8. Reconstrucción de párpados	231
8.1. Párpado inferior: reconstrucción de lado a lado	232
8.2. Párpado inferior: reconstrucción por escisión en cuña	234
8.3. Párpado inferior: colgajo de avance (e injerto de piel de espesor total)	238
8.4. Canto medial (y raíz nasal): colgajo de rotación.....	240
8.5. Canto lateral: colgajo de transposición romboidal (y canto medial reparado mediante colgajo de transposición romboidal).....	243
8.6. Párpado inferior y mejilla (y canto lateral en el segundo paciente): reconstrucción lineal compleja e injerto cutáneo de espesor total de tejido adyacente	246
Índice alfabético.....	250



AMOLCA

Índice de videos

Capítulo 2. Aspectos prácticos de la reconstrucción facial

- Video 2.1.** Reparación compleja en la mejilla.
- Video 2.2.** Reparación compleja.

Capítulo 3. Reconstrucción de mejillas y mentón

- Video 3.1.** Colgajo de avance en la mejilla infraorbitaria.
- Video 3.2.** Colgajo de avance en isla en la mejilla preauricular.
- Video 3.3.** Colgajo de avance en la mejilla preauricular
- Video 3.4.** Colgajo de avance en la mejilla preauricular en paciente joven.
- Video 3.5.** Colgajo de rotación unilateral en el mentón.
- Video 3.6.** Colgajo de rotación bilateral en el mentón.

Capítulo 4. Reconstrucción de la frente y la sien

- Video 4.1.** Colgajo de avance en la ceja medial.
- Video 4.2.** Colgajo de avance en la frente lateral.
- Video 4.3.** Colgajo de avance en la frente supraorbitaria.
- Video 4.4.** Colgajo de avance en la sien posterior.

Capítulo 5. Reconstrucción de la nariz

- Video 5.1.** Colgajo de transposición romboidal en defecto de la pared lateral nasal.
- Video 5.2.** Colgajo de avance bilateral en el dorso nasal.
- Video 5.3.** Colgajo de avance bilateral en el dorso nasal medio.
- Video 5.4.** Colgajo de avance en isla en la pared lateral nasal y canto medial.
- Video 5.5.** Colgajo de transposición bilobulado, pedículo lateral.
- Video 5.6.** Colgajo de transposición bilobulado, pedículo lateral.
- Video 5.7.** Colgajo de rotación bilateral en la punta nasal.
- Video 5.8.** Colgajo de avance en isla en el pliegue alar.
- Video 5.9.** Colgajo de avance en Isla para el pliegue alar anterior
- Video 5.10.** Colgajo de transposición romboidal en al ala nasal
- Video 5.11.** Injerto de cartílago y colgajo de transposición romboidal en el ala nasal posterior
- Video 5.12.** Colgajo de transposición romboidal, pedículo medial.
- Video 5.13.** Colgajo de transposición romboidal, pedículo medial.
- Video 5.14.** Injerto de cartílago para el pliegue alar anterior.
- Video 5.15.** injerto de cartílago y colgajo de rotación para la infrapunta nasal
- Video 5.16.** Colgajo paramediano de la frente en paciente con Apixaban
- Video 5.17.** Injerto de cartílago en colgajo de avance de mejilla y colgajo paramediano de frente para defecto en el ala nasal y el surco nasomelar
- Video 5.18.** Colgajo de rotación nasal dorsal

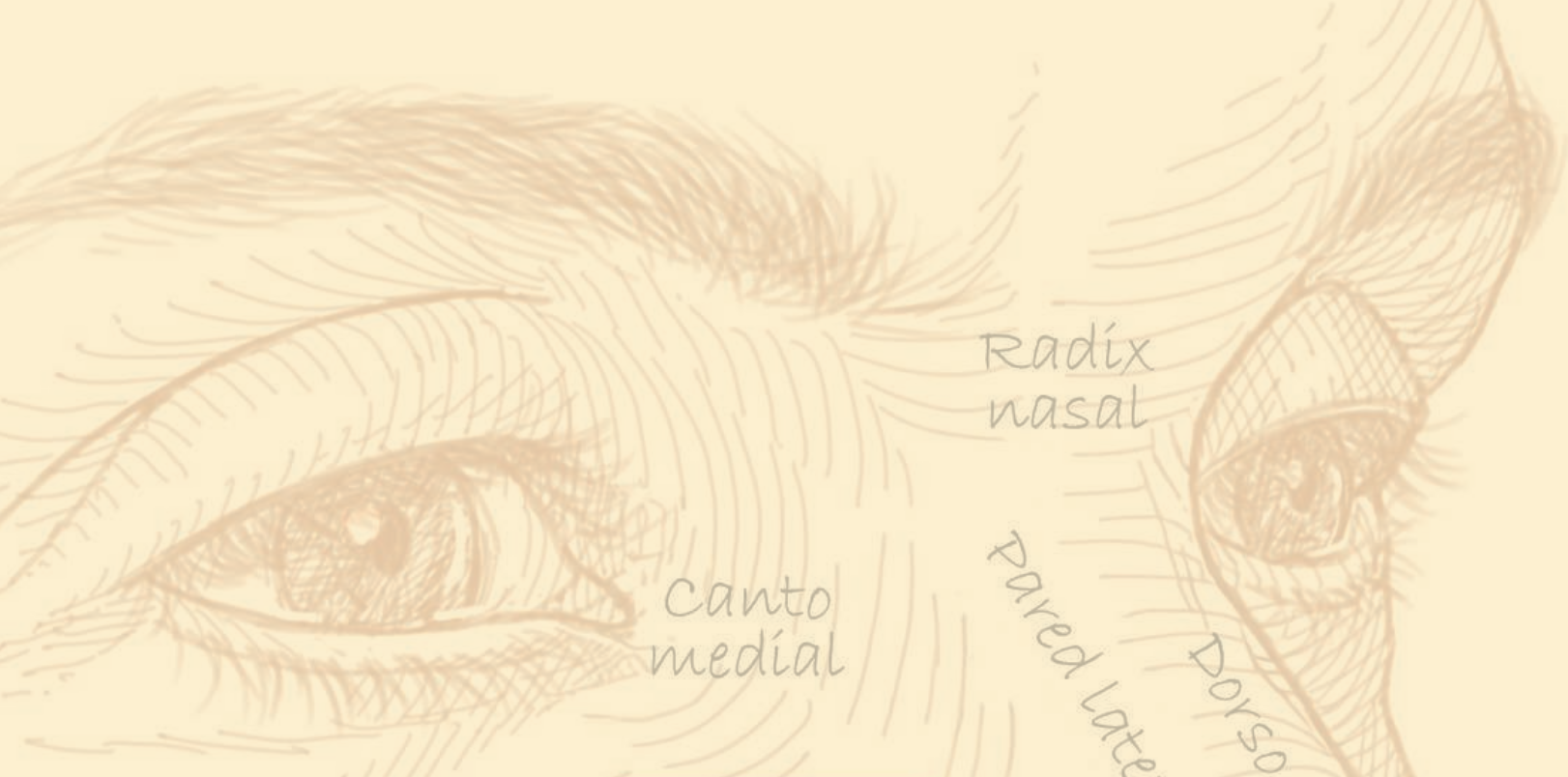
Capítulo 6. Reconstrucción de labios

- Video 6.1.** Colgajo de avance del labio superior.
- Video 6.2.** Colgajo de avance en isla en el umbral alar.
- Video 6.3.** Colgajo de avance en el filtro del labio superior.

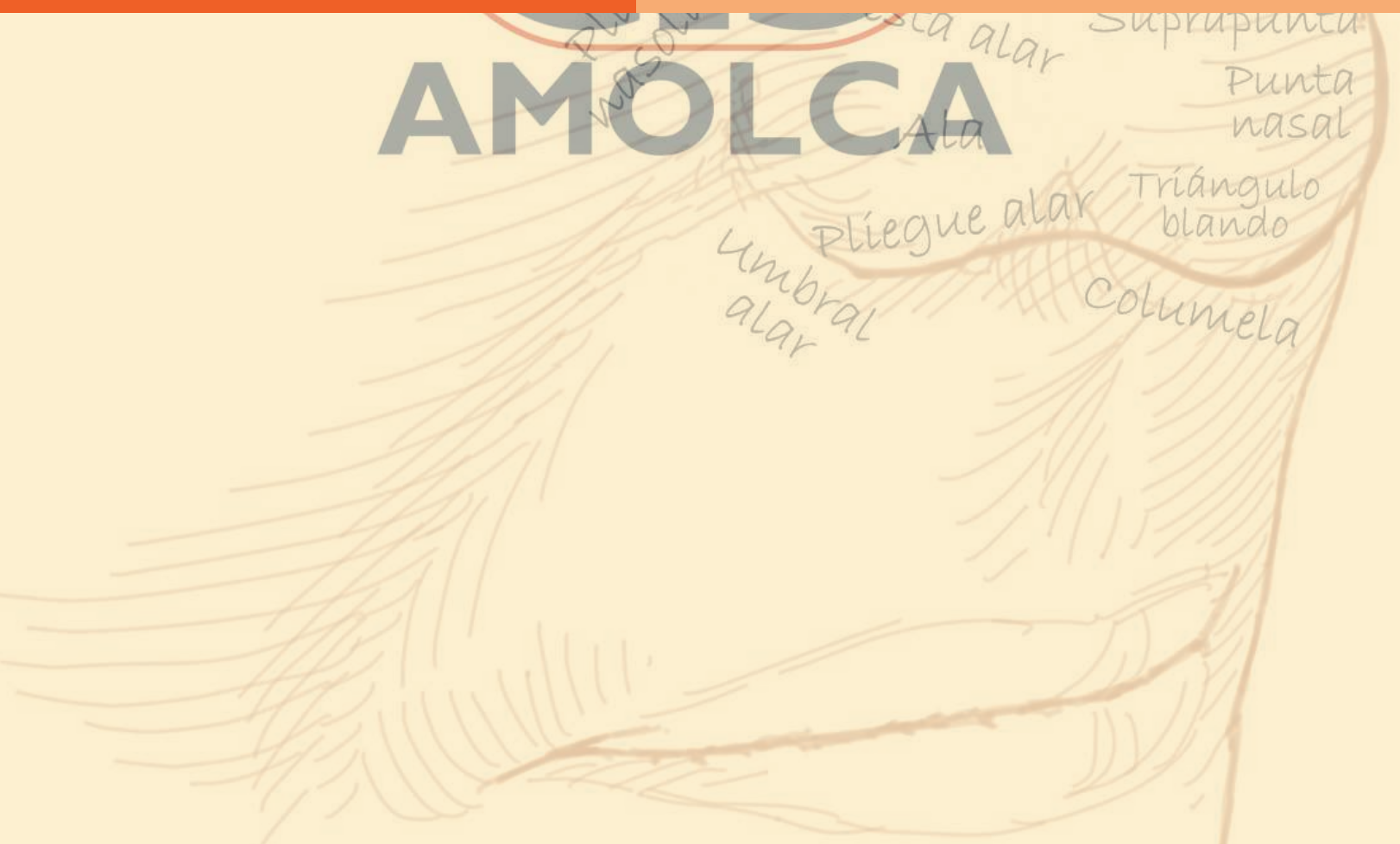
Capítulo 7. Reconstrucción de la oreja

- Video 7.1.** Colgajo de transposición posauricular para reparar la cruz helicoidal superior.
- Video 7.2.** Colgajo de transposición posauricular.
- Video 7.3.** Injerto de piel de espesor total en el antihélix.
- Video 7.4.** Colgajo de avance del reborde helicoidal.
- Video 7.5.** Colgajo de transposición posauricular en el borde helicoidal.





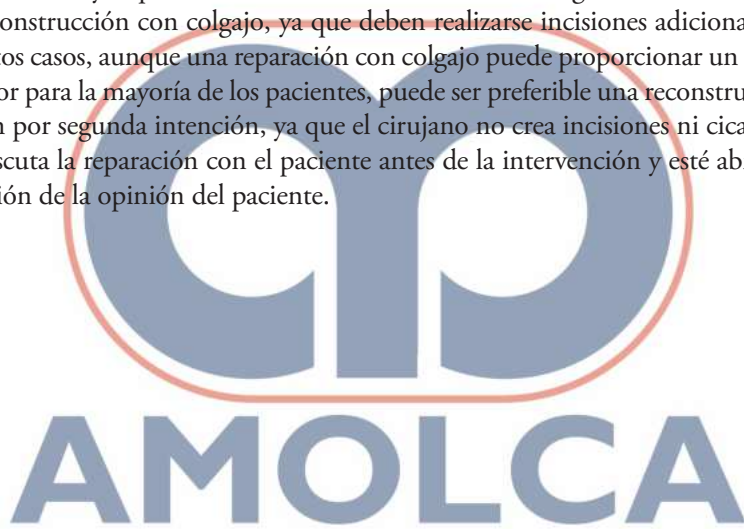
Sección 2 Práctica



2

Aspectos prácticos de la reconstrucción facial

El objetivo práctico de la reconstrucción facial es proporcionar la reparación más estética y funcional posible, esforzándose por satisfacer o superar las expectativas del paciente. El objetivo es restaurar la apariencia y la función a un punto en el tiempo antes de que el paciente desarrollara cáncer de piel y requiriera cirugía de Mohs o escisional. Por desgracia, la cirugía para extirpar el cáncer y reparar el defecto quirúrgico crea cicatrices. El cirujano reconstructivo de éxito las minimiza mediante una serie de técnicas, como el cierre en la unión de unidades o subunidades estéticas, evitar las desviaciones de márgenes libres y puntos de referencia anatómicos, y la reconstrucción con tejido de color y textura similares. Sobre todo, hay que tener en cuenta las expectativas del paciente. Algunos preferirán la opción más sencilla posible, que puede ser la cicatrización por segunda intención, mientras que otros pueden ser especialmente meticulosos y requerir una reconstrucción más exacta. Algunas veces, los pacientes pueden resistirse a una reconstrucción con colgajo, ya que deben realizarse incisiones adicionales para crearlo y movilizarlo. En estos casos, aunque una reparación con colgajo puede proporcionar un resultado estético o funcional superior para la mayoría de los pacientes, puede ser preferible una reconstrucción con injerto o una cicatrización por segunda intención, ya que el cirujano no crea incisiones ni cicatrices adicionales o iatrogénicas. Discuta la reparación con el paciente antes de la intervención y esté abierto a ajustarla o cambiarla en función de la opinión del paciente.



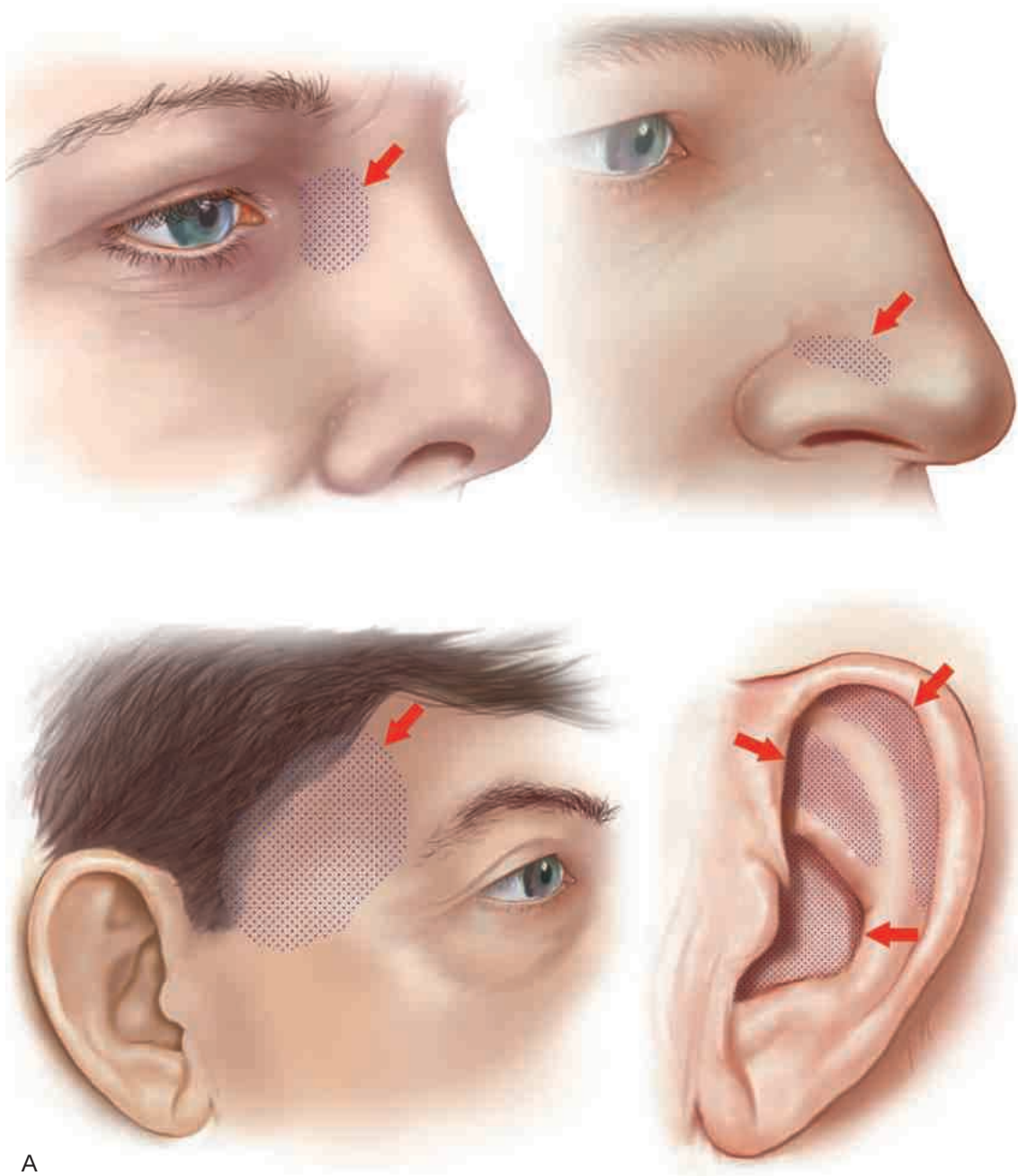
2.1 CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN

La cicatrización por segunda intención puede ser una alternativa excelente para determinados defectos. Para aquellos quirúrgicos en zonas cóncavas, la reparación mediante cicatrización por segunda intención ofrece una opción de reparación sencilla y atractiva (Figura 2.1 a). Los defectos grandes en la superficie cóncava de la sien cicatrizan bien por segunda intención siempre que el defecto no esté demasiado cerca de un margen libre o de un punto de referencia anatómico (Sección 4.8). En estas situaciones, en las que el defecto puede estar cerca de la ceja, el canto lateral o el párpado, puede utilizarse un injerto o una reparación de cierre parcial cerca del margen libre para minimizar la contractura cicatricial y evitar la desviación del margen libre o del punto de referencia anatómico (Sección 8.6).

Para los defectos de la cavidad conchal de la oreja que afectan a una minoría del meato auditivo externo (EAM, por sus siglas en inglés) y los defectos del escafoides o la fosa triangular, la cicatrización por segunda intención puede ser una excelente opción de reconstrucción (Sección 7.4). Para los defectos de la cavidad conchal que afecten a la mayor parte del EAM o que presenten riesgo de constricción del EAM, un injerto de piel de grosor completo, un colgajo de transposición preauricular o un colgajo de tracción posauricular pueden ser una mejor alternativa para acelerar la cicatrización y minimizar el estrechamiento del meato (Secciones 7.3 y 7.5); sin embargo, si el defecto afecta solo a una pequeña porción del EAM, puede considerarse la cicatrización por segunda intención.

En otras regiones faciales, los defectos superficiales de las superficies cóncavas de la nariz (por ejemplo, el pliegue alar) y los ojos (por ejemplo, el canto medial) pueden cicatrizar bien por segunda intención (Figura 2.1).

AMOLCA



A

Figura 2.1. (A) Los defectos quirúrgicos en zonas cóncavas de la cabeza pueden cicatrizar bien por segunda intención. El diagrama muestra zonas punteadas en varias localizaciones en las que la cicatrización por segunda intención puede ser una buena opción. Esto puede incluir zonas cóncavas superficiales de la oreja, la nariz, el canto medial y la sien. Si un defecto afecta o se aproxima a un punto de referencia anatómico o margen libre, considere la reparación o reparación parcial para evitar la desviación del punto de referencia o margen.



Figura 2.1. Continuación. (B) Defecto superficial en el canto medial derecho que mide aproximadamente 1,1 x 0,7 cm. La paciente quería evitar cicatrices adicionales y deseaba una reparación más sencilla. (C) Resultado cicatrizado a los 3 meses tras dejar cicatrizar la herida por segunda intención. (D) Herida superficial en el pliegue alar derecho y otra herida más pequeña en la cara posterior del ala nasal. (E) Aspecto cicatrizado tras la cicatrización por segunda intención de ambos defectos quirúrgicos (también se permitió la cicatrización por segunda intención del defecto en el ala nasal posterior, ya que se encontraba en una ubicación relativamente oculta).

2.2 RECONSTRUCCIÓN DE LADO A LADO

Además de la cicatrización por segunda intención, la reparación más sencilla es la de lado a lado. Si el defecto tiene forma elíptica, la herida puede cerrarse sin eliminar tejido redundante, lo que suele denominarse, **tricono, cono de rotación u “oreja de perro”**. Por el contrario, la mayoría de los defectos en la cirugía del cáncer de piel suelen tener forma ovalada, circular o irregular. Como resultado, la mayoría de las reparaciones de lado a lado implican la extirpación de una o más orejas de perro, normalmente en los polos del cierre, aunque la extirpación puede diseñarse para que se produzca en otro lugar a lo largo de la incisión o en ángulo en una dirección determinada (Figura 2.2) (véanse también los Videos 2.1 y 2.2).

Para aumentar la probabilidad de producir una incisión y, por tanto, una cicatriz que permanezca fina y bien oculta, la herida debe cerrarse a lo largo de **las líneas de tensión cutánea relajada (RSTL**, por sus siglas en inglés) siempre que sea posible. Las RSTL tienden a discurrir perpendiculares a la musculatura subyacente y caen dentro de ríndes o surcos reales o previstos (véase la Figura 1.1).

Mediante el cierre del defecto y la eliminación de las orejas de perro, se alarga la longitud final de la incisión y la cicatriz. En general, la longitud del cierre (es decir, la longitud de una escisión elíptica) es aproximadamente tres veces el ancho del cierre (es decir, el ancho de la elipse); sin embargo, esta proporción puede aumentar a 4:1 o más cuando el cierre se realiza sobre una superficie convexa (por ejemplo, la porción convexa de la mejilla o el borde helicoidal de la oreja o alrededor del antebrazo) (Sección 3.1). Un punto clave es discutir y explicar esto al paciente antes de la reparación. La mayoría de las personas comprenden y aprecian el concepto de alargar la reparación, eliminar las orejas de perro, la colocación dentro de las RSTL, sobre todo cuando se les explica antes de la reparación. Es mejor educar antes que intentar justificar después.

En las reconstrucciones de lado a lado que se aproximen a un margen libre o a un punto de referencia anatómico, considere la posibilidad de cambiar la dirección de la escisión de las orejas de perro. En otras palabras, hay que permanecer dentro de las RSTL siempre que sea posible, pero no a expensas de desviar el margen libre o el punto de referencia anatómico. Por ejemplo, para los defectos del párpado inferior que se pueden cerrar de lado a lado, al acercarse al margen del párpado es posible que tenga que redirigir la línea de incisión hacia arriba (en lugar de permanecer dentro de las líneas finas de la piel del párpado) y terminar más perpendicular al margen de este para evitar vectores de tensión secundarios, lo que podría resultar en ectropión.



Figura 2.2. (A) Defecto quirúrgico en la mejilla derecha. (B) Diseño de la reparación de lado a lado. La herida se cierra en la dirección de las líneas de tensión cutánea relajadas (véase también la Figura 1.1). Se extirpan dos triconos o conos de pie ("orejas de perro") en los polos del defecto, creando una elipse que mide aproximadamente 3:1 de longitud a anchura. (C) Herida cerrada de lado a lado a lo largo de líneas de tensión cutánea relajadas con escisión de triconos. (herida cerrada con suturas de colchonero verticales enterradas de poliglactina 910 de 4-0 y epidermis aproximada y evertida con suturas interrumpidas simples de polipropileno de 6-0). (D) Resultado final cicatrizado (telangiectasias presentes también en el preoperatorio y que podrían tratarse con láser decolorante pulsado).

2.3 COLGAJOS DE AVANCE

Aunque los colgajos de avance permiten un movimiento tisular ligeramente mayor que la reconstrucción de lado a lado, una de sus principales ventajas es que permiten colocar las líneas de incisión y los triconos (orejas de perro) en posiciones más favorables (Figura 2.3). Esto ayuda a los colgajos de avance a reclutar una cantidad adicional de laxitud tisular en comparación con la reparación de lado a lado (Sección 5.2). Otra ventaja de mover las líneas de incisión y los triconos es que se evita violar los márgenes libres o los límites (por ejemplo, cruzar el pliegue alar al reparar el flanco) o cruzar a otra unidad o subunidad estética (por ejemplo, cruzar a la punta nasal al reparar el dorso nasal).

Los vectores de tensión de cierre permanecen paralelos al movimiento primario del colgajo, por lo que la redirección de la tensión es escasa o nula, pero, en algunos casos, un colgajo de avance uni- o bilateral puede ofrecer claras ventajas sobre otros tipos (por ejemplo, la transposición). Entre ellos se incluyen las reparaciones en la frente o el dorso nasal medio de defectos demasiado grandes para cerrarlos con facilidad de lado a lado (Secciones 4.6 y 5.2). En estos casos, puede ser preferible considerar una reparación que tome prestada la laxitud tisular bilateralmente, en esencia compartiendo las zonas donantes simétricamente. Aunque un colgajo de transposición romboidal o bilobulado puede reparar un defecto en el dorso nasal medio, solo toma tejido de un lado de la nariz. El resultado puede ser una asimetría nasal cuando se mira al paciente de frente, ya que solo se toma tejido de un lado. Con una reparación bilateral, el tejido se toma prestado de ambos lados, creando una nariz ligeramente más fina pero simétrica.

The logo for AMOLCA, featuring a stylized blue 'A' and 'M' inside a red circle, with the word 'AMOLCA' in blue capital letters below it.



Figura 2.3. (A) Dos defectos quirúrgicos en la frente supraorbitaria izquierda. (B) La mayor parte del tejido laxo o móvil disponible para la reparación se encuentra en la parte lateral de la frente o la sien. Por sí solo, el defecto medial de mayor tamaño probablemente se repararía con un colgajo de avance para reclutar tejido adicional lateralmente y evitar el cruce con la ceja (ambas posibilidades con una reparación de lado a lado). El colgajo se diseñó de forma que la escisión tricónica incorporara el segundo defecto quirúrgico. (C) Colgajo de avance suturado en su sitio. Al reclutar tejido lateralmente, no se altera la posición de la ceja. (D) Resultado estético final cicatrizado.

2.4 COLGAJOS DE ROTACIÓN

Los colgajos de rotación pueden ser útiles para la reconstrucción facial en determinados casos, especialmente en la mejilla, la nariz y el cuero cabelludo. En comparación con los de transposición, los colgajos de rotación pueden situar mejor las líneas de incisión en ubicaciones más favorables para la reparación de defectos más grandes o cercanos a márgenes libres o puntos de referencia anatómicos (por ejemplo, colocación en uniones de unidades estéticas, RSTL). Algunos puntos clave a tener en cuenta en el diseño del colgajo son su longitud, arco o rotación, y la necesidad de un corte posterior.

Los colgajos de rotación redistribuyen algunos o todos los vectores de tensión de cierre del defecto quirúrgico primario a un defecto secundario situado a lo largo de la longitud del colgajo de rotación. En general, un colgajo más largo crea un defecto secundario más estrecho y fácil de cerrar.

A medida que el colgajo rota dentro del defecto quirúrgico, los vectores de cierre de la herida cambian. Cuanto mayor sea la rotación, mayor será la redirección de los vectores de tensión de cierre. La mayoría de estos colgajos tienen un arco de rotación inferior a 90 grados o un cuarto de círculo. Los arcos de rotación mayores permiten un movimiento aún más amplio, pero tienen el potencial de producir vectores de tensión secundarios desfavorables que actúan en contra del movimiento primario del colgajo. Además, a medida que el colgajo gira dentro del defecto quirúrgico, se acorta, pero esto puede compensarse aumentando la longitud del colgajo, el arco de rotación o el desplazamiento del colgajo (es decir, la ubicación en el defecto quirúrgico donde aquel comienza).

Por último, para minimizar el retroceso o la tensión residual en el borde anterior del colgajo, es necesario socavarlo ampliamente, así como al tejido circundante, además de realizar un corte posterior o una escisión en oreja de perro en su cara distal (Figura 2.4). Al igual que un arco de rotación mayor, un corte posterior puede reducir la restricción del colgajo y facilitar el movimiento, pero corta el pedículo vascular y el subsiguiente cierre del corte posterior puede ir en contra del movimiento primario del colgajo. El autor prefiere utilizar una escisión tricónica fuera del pedículo, que sirve para el mismo propósito sin comprometer potencialmente el pedículo ni crear vectores de tensión secundarios adversos. En varios de los colgajos de rotación de este texto se utiliza un socavamiento amplio y una escisión de oreja de perro para ayudar a movilizar el colgajo (Secciones 3.7, 4.5 y 5.5).

En resumen, en el diseño y la ejecución de un colgajo de rotación, considere la posibilidad de realizar una incisión larga y de arco suave con un amplio socavamiento del colgajo y los tejidos circundantes con la resección de oreja de perro o un corte posterior en el aspecto distal del colgajo. Intente colocar las incisiones (y las resecciones de las orejas de perro cuando sea posible) en la unión de las unidades estéticas y fije y suture el colgajo para aprovechar al máximo la redirección de los vectores de tensión de cierre (Secciones 3.7 y 4.5).



Figura 2.4. (A) Defecto quirúrgico en el cuero cabelludo temporal izquierdo. (B) Diseño del colgajo de rotación. El arco de rotación es inferior a 90 grados en este ejemplo. Se diseña una incisión arciforme con escisión de un tricono o incorporación de un corte posterior en el borde distal. La incisión en la piel sigue la dirección de crecimiento del folículo piloso para disminuir la transección de los folículos y aproximar piel con pelo a piel con pelo. El colgajo y la piel circundante se socavan ampliamente, y el colgajo se sutura en su sitio tras la escisión de un tricono en el punto de rotación. El colgajo de cuero cabelludo se fija con suturas de poliglactina 910 3-0 y los bordes de la herida se aproximan con sutura percutánea continua de polipropileno 4-0 o 5-0 (manteniendo las suturas altas o superficiales en la piel para minimizar el traumatismo de los folículos pilosos). Las suturas enterradas iniciales deben asegurar el colgajo en el defecto quirúrgico (es decir, cerrar primero el defecto quirúrgico en los colgajos de rotación), y las suturas posteriores se utilizan para cerrar el defecto secundario y la localización de la escisión del tricono. (C) Aspecto posoperatorio inmediato. (D) Aspecto final cicatrizado.

2.5 COLGAJOS DE TRANSPOSICIÓN

Los colgajos de transposición desplazan el tejido por encima del tejido intermedio para alcanzar el defecto quirúrgico. Como resultado, estos tipos de colgajos son los más adecuados para redirigir la tensión lejos del defecto quirúrgico primario y son útiles alrededor de los márgenes libres y los puntos de referencia anatómicos (por ejemplo, el borde alar y la punta nasal). En comparación con los colgajos de avance y rotación, los de transposición tienden a ser más pequeños, y las líneas de incisión más numerosas y difíciles de colocar en las uniones de las unidades estéticas o dentro de las ríttides y los surcos. Los colgajos de transposición incluyen colgajos de transposición romboidales, bilobulados y melolabiales (Figura 2.5).

Un consejo clave en los colgajos de transposición: *¡cierra siempre primero el defecto secundario!* ¡Siempre! El tejido intermedio entre la zona donante del colgajo y el defecto quirúrgico ayuda a redirigir la tensión lejos del defecto quirúrgico, por lo que ~~no tiene sentido transponer~~ el colgajo al defecto quirúrgico y comenzar a suturar allí. Si se realiza correctamente, cerrando primero el defecto secundario, el colgajo de transposición debería “caer” esencialmente en el defecto quirúrgico, mitigando los posibles vectores de tensión secundarios (Secciones 5.4 y 5.8, 5.9 y 5.11).

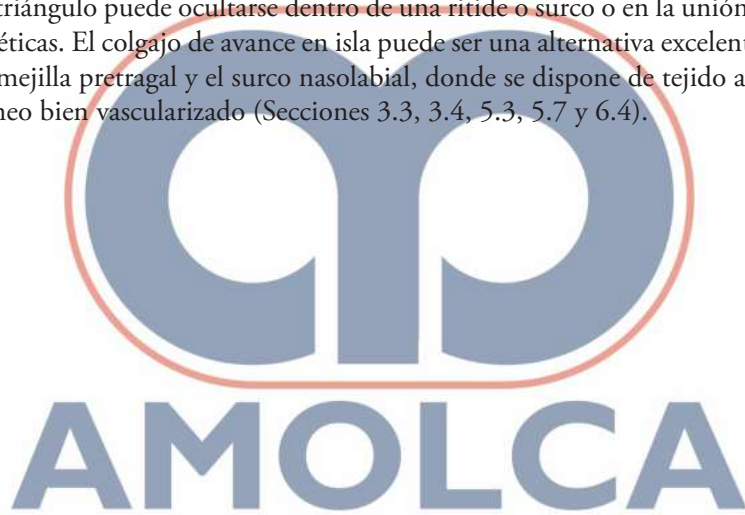




2.6 COLGAJOS DE AVANCE EN ISLA

Los colgajos de avance en isla se denominaban anteriormente colgajos pediculados en isla, pero su diseño habitual no se ajusta a las características de lo que propiamente se denomina de tal manera. Básicamente, los colgajos de avance en isla son colgajos de avance sin conexión cutánea; una isla de piel y tejido subcutáneo cuya irrigación sanguínea aleatoria procede únicamente del pedículo subcutáneo. Sin la conexión cutánea, tienen mejor movilidad que un colgajo de avance estándar (Figura 2.6).

Los colgajos de avance en isla suelen tener forma triangular con un único pedículo subcutáneo profundo situado en el centro. La irrigación sanguínea de patrón aleatorio procede de vasos perforantes orientados verticalmente, y el pedículo debe socavarse con cuidado mediante disección roma y afilada en sus bordes anterior y posterior, así como a lo largo de los bordes laterales, para movilizar el colgajo preservando su irrigación sanguínea. Un triángulo lineal o curvilíneo funciona mejor cuando al menos un lado largo del triángulo puede ocultarse dentro de una rílide o surco o en la unión de dos unidades o subunidades estéticas. El colgajo de avance en isla puede ser una alternativa excelente en zonas como el umbral alar, la mejilla pretragal y el surco nasolabial, donde se dispone de tejido adecuado para un pedículo subcutáneo bien vascularizado (Secciones 3.3, 3.4, 5.3, 5.7 y 6.4).



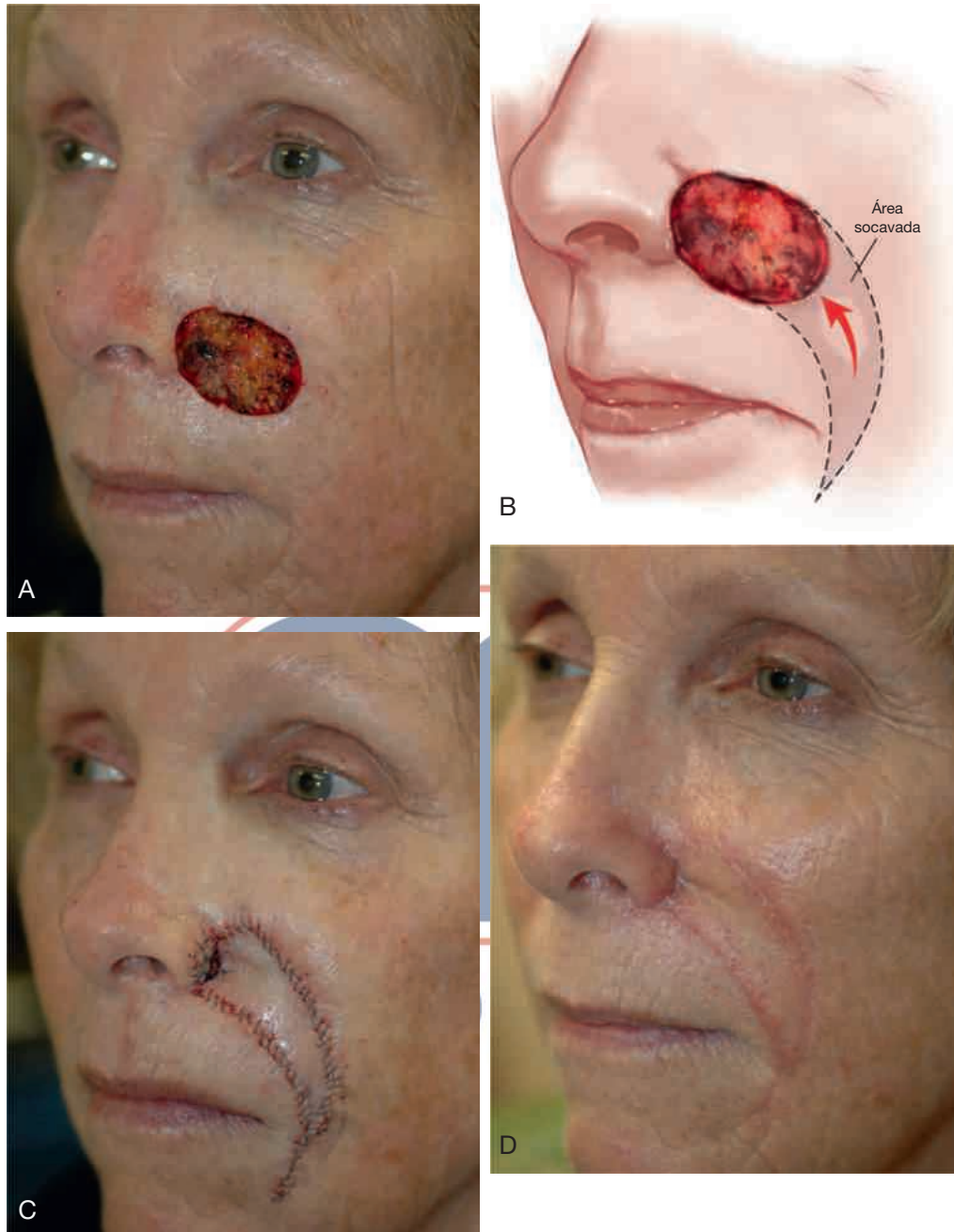


Figura 2.6. (A) Defecto quirúrgico que afecta al umbral alar, la mejilla medial y la cara posterior del ala nasal. El defecto afecta a unidades estéticas separadas (nariz y mejilla), y el umbral alar es un punto de referencia anatómico que se describe mejor como un istmo o península de tejido que separa la nariz, la mejilla y el labio. (B) Diseño de la reconstrucción. La mejilla medial y el umbral alar se reparan con un colgajo de avance en isla. El lado inferior y largo del colgajo triangular sigue la porción inferior del surco melolabial más allá de la comisura oral. Tras una movilización adecuada, el colgajo se avanza hacia el defecto quirúrgico y, de este modo, una parte de la incisión se ubica fuera del surco melolabial a medida que reconstruye el aspecto inferior del defecto quirúrgico en el umbral alar. El colgajo se detiene en el borde medial del umbral alar, donde la nariz se une a este punto de referencia anatómico. El defecto quirúrgico en la segunda unidad cosmética se reconstruye mejor con otra reparación (sobre todo porque se encuentra a través de la zona cóncava donde la nariz se une con el antepecho alar). (C) Aspecto posoperatorio inmediato. El umbral alar y la mejilla medial se reconstruyen con un colgajo de avance en isla, pero la cara posterior del ala nasal se reconstruye con un pequeño injerto de piel de grosor completo (zona donante: pequeña porción extraída del extremo de la cola del colgajo). El injerto y el borde anterior del colgajo se fijan hacia abajo al lecho de la herida, y el pequeño tejido intermedio entre ellos se deja cicatrizar por segunda intención. Esto ayuda a reconstruir la compleja topografía en esta localización. (D) Resultado cicatrizado a corto plazo. El eritema leve a lo largo de la línea de incisión desaparecerá con el tiempo, pero las convexidades y concavidades de esta zona están bastante bien reconstruidas.

2.7 INJERTOS DE PIEL Y DE CARTÍLAGO

Los injertos de piel, ya sean de espesor total o parcial, son útiles en la reconstrucción facial. Aunque son menos capaces de reconstruir en profundidad, pueden proporcionar una reconstrucción estética para heridas superficiales (Figura 2.7). En consecuencia, y debido a que limitan la contractura cicatricial en comparación con la cicatrización por segunda intención, los injertos pueden ser una reparación preferida para defectos superficiales adyacentes a márgenes libres o puntos de referencia anatómicos, sobre todo en zonas planas o cóncavas (por ejemplo, pliegue alar anterior o canto medial o lateral; véanse las Secciones 5.6 y 8.6). Al mismo tiempo, como no reconstruyen bien la profundidad, son menos prácticos para heridas más complejas (por ejemplo, defectos profundos). Una excepción podría darse en los casos en que el paciente o el cirujano deseen evitar la creación de incisiones adicionales, como sería el caso del diseño y la realización de un colgajo local. En aquellos casos en los que el paciente, en particular, no acepte incisiones y cicatrices adicionales, puede ser preferible un injerto, aunque un colgajo local pueda ofrecer una mejor coincidencia de color/textura/grosor y pueda reconstruir mejor la profundidad.

Los injertos de cartílago también pueden ser útiles para la reconstrucción en contextos distintos al soporte estructural de defectos más complicados (por ejemplo, la Sección 5.12). En casos concretos, el cartílago puede utilizarse para rellenar un defecto quirúrgico y proporcionar soporte estructural mientras se deja que la herida restante cicatrice únicamente por segunda intención (Sección 5.10).

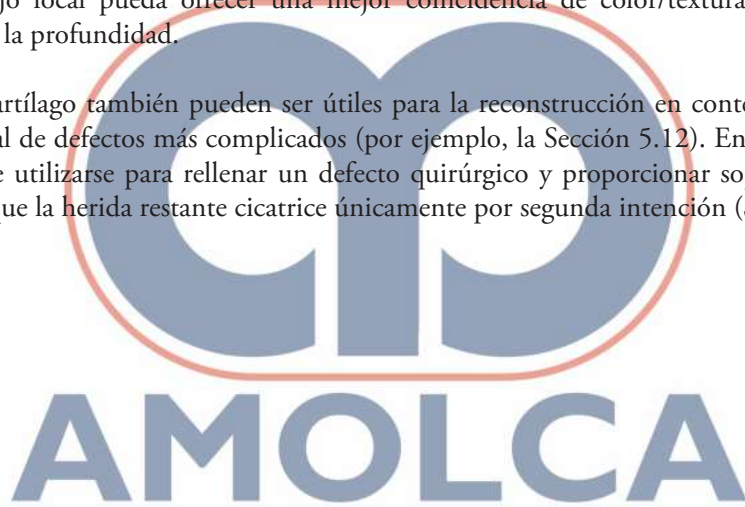




Figura 2.7. (A) Defecto quirúrgico en el párpado superior lateral y la sien. (B) Injerto de piel de espesor total suturado en su lugar. Las fenestraciones y las suturas de fijación ayudan a minimizar el líquido que separa el injerto del lecho de la herida. Las suturas de polipropileno ayudarán a fijar un capitoneo al injerto, contribuyendo a aumentar su supervivencia. (C) Vista final cicatrizada. El uso del injerto de piel de espesor total minimiza la contracción de la cicatriz, que podría distorsionar el párpado. Además, la reparación con injerto evita el riesgo de posibles vectores de tensión secundarios que podrían complicar la reconstrucción con un colgajo.

2.8 COLGAJOS DE INTERPOLACIÓN DIFERIDA O POR ETAPAS

Los colgajos de interpolación por etapas o diferidos son una alternativa útil cuando los colgajos o injertos locales son inadecuados para completar un resultado estético y funcional. La historia de estos colgajos se remonta al año 700 a.C. en India, donde una casta de alfareros, conocida como Koomas, describió el uso de un colgajo de interpolación de la mejilla para la reparación nasal de lesiones traumáticas. Posteriormente se describió un segundo colgajo, originado en la frente, y estos dos colgajos en etapas constituyen algunos de los primeros ejemplos de cirugía reconstructiva compleja (véase la foto del *moulage* de cera en la portada del libro).

Este es un tipo de colgajo de transposición que requiere una segunda fase para dividir e insertar su pedículo vascular (Figura 2.8). En la primera fase, el tejido donante se eleva, por lo general desde la frente o la mejilla, y se transpone sobre el tejido intermedio hasta el defecto quirúrgico, donde se sutura en su lugar. El suministro de sangre dentro del pedículo del colgajo sostiene el tejido donante hasta que se desarrolla la vascularización del tejido que rodea el defecto quirúrgico. En este punto, normalmente entre 3 y 4 semanas después de la cirugía, el pedículo se secciona y se inserta y, al mismo tiempo, el colgajo se puede adelgazar y adaptar para que encaje mejor y se mezcle con la subunidad estética (Secciones 5.12, 5.13, 6.12 y 7.9).

Básicamente, los colgajos de interpolación por etapas sobresalen por encima de los colgajos aleatorios locales cuando no hay tejido local suficiente para reconstruir el defecto quirúrgico sin distorsión ni compromiso del colgajo. Solo hay una cantidad limitada de tejido en los dos tercios proximales de la nariz de donde tomar prestado para reparar defectos en el tercio distal de la nariz. Por lo tanto, para defectos de más de 1,5 a 2,0 cm de diámetro en esta región o para aquellos de todo el espesor de la punta nasal o defectos alares, puede ser necesario un colgajo de interpolación por etapas, porque no habrá una cantidad adecuada de tejido local disponible del que tomar prestado y completar la reparación. Los colgajos de interpolación por etapas, como el paramediano de la frente, proporcionan un segmento de tejido de grosor completo adecuado para la reparación de defectos profundos o incluso profundos en la parte distal de la nariz. Y debido a un aporte vascular fiable y robusto, los colgajos de interpolación son especialmente útiles en los casos en los que se utilizan injertos de cartílago para crear un soporte estructural en la reconstrucción (por ejemplo, Sección 5.12).

En resumen, existen varias técnicas para reparar defectos quirúrgicos. Cada defecto es diferente, distinto en su localización, tamaño, profundidad y proximidad a márgenes libres y puntos de referencia anatómicos. Y cada paciente es diferente, con diferencias en los requisitos estéticos, las comorbilidades médicas y la tolerancia de líneas de incisión adicionales o procedimientos por etapas. El “truco” o la delicadeza de cualquier reconstrucción consiste en tener en cuenta todos estos factores y ofrecer la mejor reparación para un defecto concreto en una localización concreta para un paciente concreto. Recuerde que, por lo general, no existe una única respuesta sobre cómo reparar un defecto, pero puede haber una mejor opción para una situación concreta.



Figura 2.8. (A) El gran defecto quirúrgico de la punta nasal, la suprapunta y el dorso se extiende hasta el cartílago subyacente. (B) Diseño de un colgajo paramediano de la frente. Se utiliza una plantilla del defecto quirúrgico para diseñar un colgajo del tamaño adecuado. Si es necesario, el defecto puede ampliarse para que la colocación de las líneas de incisión y las cicatrices posteriores se produzcan en la unión de las unidades o subunidades estéticas. La porción del colgajo que cubre el defecto es muy fina, con solo una pequeña cantidad de grasa subcutánea. El pedículo del colgajo es mucho más grueso y contiene la arteria supratroclear y otros afluentes que proporcionan un aporte sanguíneo sano. (C) Colgajo paramediano de la frente suturado en su sitio. El defecto expuesto restante en la parte superior de la frente es superficial, adyacente a la línea del cabello, y se dejará cicatrizar por segunda intención. (D) Resultado final cicatrizado. El colgajo proporciona una reconstrucción excelente para defectos grandes y profundos en la nariz, y al mismo tiempo las líneas de incisión y las zonas donantes están bien cicatrizadas y ocultas.