

Hospital Oftalmológico "Ramón Pando Ferrer"

TÉCNICA DE TENZEL EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LOS TUMORES MALIGNOS PALPEBRALES

Dra. Clara G. Gómez Cabrera,¹ Dra. Nereyda Martínez Suárez,¹ Dra. Iraida Falcón Márquez¹ y Dra. Martha Herrera Soto¹

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo en el período comprendido entre marzo de 1995 y diciembre del 2000, tomando como universo a 24 pacientes operados de tumor maligno de los párpados, a los cuales fue necesario realizar cirugía reconstructiva, utilizando para ello el injerto rotado de Tenzel. El 91,8 % de los pacientes fueron operados por carcinoma basocelular. El 70,8 % de los casos se encontraban en el estadio T2 y el 29,2 % en el estadio T3. Los resultados cosméticos fueron buenos en 22 pacientes para el 91,8 %. Las complicaciones, todas posoperatorias, incluyeron el ectropion marginal en 2 casos, uno de los cuales presentó además, persistencia tumoral, la dehiscencia de sutura solo se observó en 1 paciente. La recuperación quirúrgica fue de 10 días en 4 pacientes (16,7 %), de 15 días en 16 (66,7 %), de 20 días en 3 (12,5 %) y solo 1 caso tardó 30 días para recuperarse. Fue posible realizar esta técnica en el 40 % de los pacientes operados por tumores malignos palpebrales. El resultado cosmético alcanzado con esta técnica es bueno y la recuperación quirúrgica fue posible en 15 días en más de la mitad de los pacientes.

DeCS: PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS OFTALMOLOGICOS/métodos; CIRUGIA PLASTICA; NEOPLASMAS DE LOS PARPADOS/cirugía; CARCINOMA BASOCELULAR/cirugía; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/cirugía; COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

La cirugía reconstructiva de los párpados puede ser utilizada después de un trauma, pero con mayor frecuencia se emplea para reparar la pérdida de tejidos que se produce después de la exéresis de un tumor.¹⁻⁴ Es muy importante porque con ella logramos no solo salvar la vida de nuestro paciente, sino también garantizarle una buena calidad de vida.

El párpado reconstruido debe quedar bien adosado al globo ocular y debemos alcanzar con la cirugía un aceptable resultado cosmético y funcional. Para ello debemos realizar una correcta evaluación del paciente y sacrificar el tejido que sea absolutamente necesario.¹⁻⁶

Preferimos la técnica de Tenzel por ser un proceder que permite reconstruir un de-

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

fecto palpebral en un rango del 33 a 75 %, produce mínima alteración del tejido periorbital, provee un adecuado soporte al párpado, no utilizamos el párpado opuesto que es generalmente el superior, con lo que evitamos ciertas complicaciones como son la inestabilidad del párpado y la ptosis, por otra parte no requiere de una segunda cirugía, por lo que le evitamos al paciente una segunda intervención, lo que le permite una incorporación mas rápida al trabajo.^{1-4,6-8}

Es la técnica de elección en los pacientes monoculares en los que de usar otro proceder como el de Hughes quedarían incapacitados para ver por un período de aproximadamente 6 semanas.^{1,2,5,9} Por otra parte, los pacientes con enfermedades oculares crónicas que requieren de tratamiento sistemático con colirio como por ejemplo el glaucoma se verán favorecidos con el injerto rotado de Tenzel que no requiere de la oclusión temporal del ojo.^{1,2} Por las ventajas que tiene esta técnica nos propusimos describir su utilización en pacientes operados de tumores malignos palpebrales y de esta forma conocer nuestros resultados cosméticos así como las complicaciones que pudieran presentarse.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo, en el período comprendido entre marzo de 1995 y diciembre del 2000, tomando como universo a todos aquellos pacientes con diagnóstico histológico de tumores malignos de los párpados, a los cuales fue necesario realizar cirugía reconstructiva, utilizando para ello el injerto rotado de Tenzel.

Se escogieron aquellos pacientes cuyo tumor se localizaba en borde libre tomando tercio medio o externo y que en la clasificación TNM correspondieran a los estadios T2 y T3.

Se excluyeron del estudio todos los pacientes con tumores mayores de 15 mm o aquellos cuya lesión se localizaba en el tercio interno de los párpados, en el canto interno o lejos del borde libre.

Se entiende por estadio T2 cuando el tumor invade tarso o borde libre; mayor de 5 mm pero menor de 10 mm en su mayor dimensión, y por T3 cuando toma todo el espesor del párpado o el borde libre, mayor de 10 mm en su mayor dimensión.

El universo fue de 24 pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

- Se marcan los bordes de sección quirúrgica teniendo siempre en cuenta el margen oncológico por fuera de los límites aparentes del tumor.
- Se practica la exéresis del tumor en forma pentagonal para los tumores pequeños y rectangular para los de mayor tamaño.
- Se cauterizan los vasos y se procede a realizar cantotomía e inmediatamente se talla el *flap* semicircular que se extiende superior y temporalmente cuando el tumor se localiza en el párpado inferior e inferiormente si el párpado afectado es el superior. El diámetro del *flap* estará en dependencia del tamaño del defecto.
- Se corta la rama inferior del tendón cantal lateral lo cual permite una perfecta movilización del *flap*, el cual rotamos de manera que podamos realizar el cierre directo del defecto por planos, luego formamos el canto utilizando suturas no reabsorbibles y se escinde si es necesario la piel redundante.
- No utilizamos mucosa labial, ni conjuntiva para cubrir el defecto conjuntival, ni periostio, esclera o cartílago auricular para sustituir el tarso como se describe en la literatura.

Para la realización de este estudio utilizamos las siguientes variables:

- Número de pacientes a los cuales se les aplicó esta técnica.
- Diagnóstico histológico.
- Clasificación TNM.
- Resultados cosméticos.
- Complicaciones de la cirugía.
- Tiempo de recuperación después de la cirugía.

Resultados

De un total de 60 pacientes operados por tumores malignos, utilizamos el injerto rotado de Tenzel en 24 para el 40 % (fig. 1).

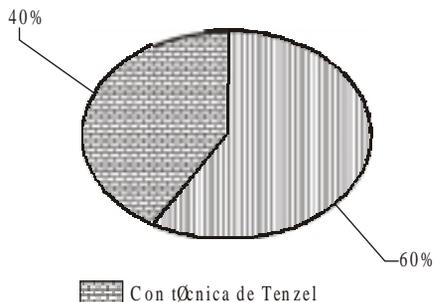


FIG. 1. Aplicación de la técnica de Tenzel.

Según el diagnóstico histológico 22 pacientes fueron operados por carcinoma basocelular para el 91,8 % y 2 por carcinoma epidermoide para el 8,3 %.

En cuanto a la clasificación TNM el 70,8 % fueron incluidos en el estadio T2 (17 pacientes) y el 29,2 % en estadio T3.

Utilizamos la técnica de Tenzel para párpado inferior en 23 casos (95,8 %) y solo fue necesario emplear el proceder en 1 caso con carcinoma epidermoide del párpado superior (4,2 %) (fig. 2).

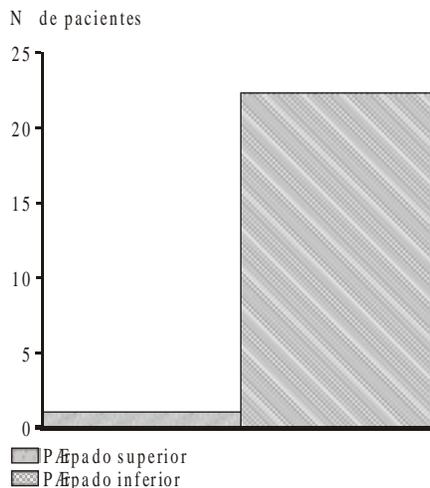


FIG. 2. Localización de la cirugía reconstructiva.

Los resultados cosméticos fueron buenos en 22 pacientes para el 91,8 %, solo 2 no tuvieron el resultado cosmético deseado (8,3 %) (fig. 3).

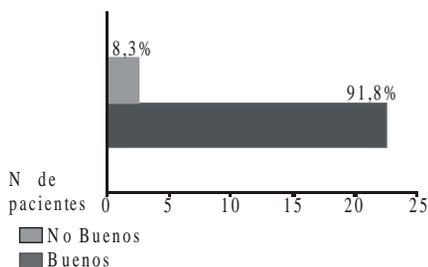


FIG. 3. Resultados cosméticos.

Las complicaciones fueron todas posoperatorias (12,5 %). En 2 pacientes tuvimos un ectropion marginal (8,3 %) y 1 de ellos presentó además persistencia tumoral en el resultado de anatomía patológica. Solo

en 1 paciente hubo dehiscencia de la sutura en el nivel del borde libre (4,2 %). En el 87,5 % de los casos no tuvimos ningún tipo de complicación (fig. 4).

La recuperación quirúrgica fue de 10 días en 4 pacientes (16,7 %), de 15 días en 16 casos (66,7 %), de 20 días en 3 (12,5 %) y solo 1 caso tardó 30 días para recuperarse (fig. 5).

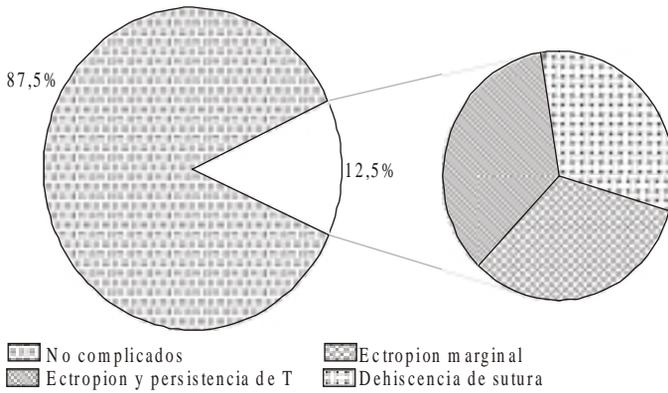


FIG. 4. Presentación de complicaciones.

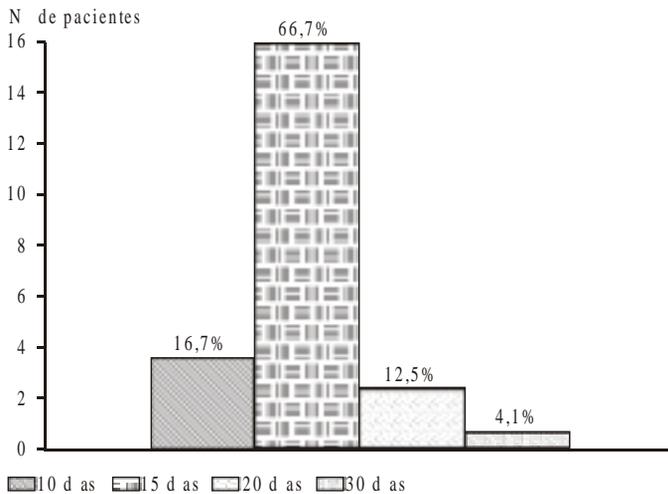


FIG. 5. Tiempo de recuperación quirúrgica.

Discusión

Utilizamos el injerto rotado de Tenzel en el 40 % de los pacientes operados por tumores malignos palpebrales, es decir en aquellos pacientes que requerían de la cirugía reconstructiva del párpado a causa del tamaño del defecto palpebral y cuyo tumor se localizaba en borde libre sin que tomara canto interno ya que esta técnica, de fácil realización, nos permite dañar lo menos posible el tejido periorbital.¹⁻⁴

La superioridad en cuanto al diagnóstico, del carcinoma basocelular se debe a que se ha demostrado que es el tumor maligno más frecuente de los párpados. El 90 % se localiza en cabeza y cuello, y representan entre el 88 al 96 % de todos los tumores malignos palpebrales.^{3,4}

Según la clasificación TNM la mayoría de los tumores eran mayores de 5 mm y menores de 10 por lo que resultó fácil y provechoso la realización de esta técnica, teniendo en cuenta que este proceder permite reparar un defecto palpebral en un rango del 35 y hasta el 75 %.¹⁻⁴ Solo tuvimos 7 pacientes en estadio T3, es decir el tumor era mayor de 10 mm y menor de 15 mm, pero lo pudimos incluir en el rango descrito permisible para la reconstrucción del párpado utilizando este proceder.

A 23 pacientes se les realizó la técnica de Tenzel en el párpado inferior lo cual concuerda con el diagnóstico histológico ya que el carcinoma basocelular tiene predilección por esta localización y por lo general toma el borde libre.^{3,4}

En general, los resultados cosméticos alcanzados con esta técnica fueron buenos, solo 2 casos presentaron un ectropion marginal tardío es decir al mes de habersele practicado la cirugía y creemos se debe a un acortamiento vertical de la piel del párpado como consecuencia del proceso de cicatrización.

Las complicaciones se presentaron solo en 3 pacientes. Dos con ectropion marginal, 1 de los cuales resolvió en un segundo tiempo quirúrgico y el otro presentó además una persistencia tumoral, por lo que fue necesario tratamiento complementario con Rx superficial. Solo se presentó dehiscencia de sutura en el nivel del borde libre en un paciente a los 14 días de operada al retirarle la sutura, complicación que se resolvió en el momento con buen resultado cosmético final.

La recuperación quirúrgica fue posible en 15 días en más de la mitad de nuestros pacientes, después de habersele retirado la sutura del borde libre y la del canto externo a los 14 días. Solo 1 paciente que fue la que sufrió la dehiscencia de sutura tardó un mes en recuperarse.

SUMMARY: A descriptive and retrospective study that included 24 patients operated on of eyelid malignant tumor that had to undergo reconstructive surgery by Tenzel rotated graft was conducted from March, 1995, to December, 1999. 91.8 % of the patients were operated on due to basocelular carcinoma. 70.8 % of the cases were in stage T2 and 29.2 % in stage T3. The cosmetic results were good in 22 patients, accounting for 91.8 %. The complications, all of them postoperative, included the marginal ectropion in 2 cases. One of them also had tumoral persistence. Suture dehiscence was only observed in 1 patient. Surgical recovery was of 10 days in 4 patients (16.7 %), of 15 days in 16 (66.7 %), of 20 days in 3 (12.5 %) and of 30 days in only 1 case. It was possible to use this technique in 40 % of the patients operated on of eyelid malignant tumors. The cosmetic result

attained with this technique was good and surgical recovery was possible in 15 days in more than half of the patients.

Subject headings: **OPHTHALMOLOGIC SURGICAL PROCEDURES/methods; SURGERY, PLASTIC; EYELID NEOPLASMS/surgery; CARCINOMA, BASAL CELL/surgery; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL/surgery; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS.**

Referencias bibliográficas

1. Flanagan JC, Mazzoli RA, Bigham WJ. Reconstruction of the lower eyelid. En: Surgery of the eyelid, orbit and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 1994:204-24.
2. Mc Cord CD. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus. En: Mc Cord CD. Oculoplastic surgery. 2 ed. New York: Raven, 1987.
3. Gilbert GM. Basic and clinical science course. Orbit, eyelids and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1999-2000.
4. Kanski JJ. Clinical ophthalmology. 4 ed. Boston: Butterworth Heinemann, 1999:25-7.
5. Boyd BF. Highlights of Ophthalmology. Atlas de Cirugía Ocular San Francisco: Highlights of Ophthalmology, 1996 (World Atlas Series)
6. Perry MJ, Langtry J, Martin IC. Lower eyelid reconstruction using pedicled skin flap and palatal mucoperiosteum. J Am Acad Dermatol 1997;36(5):174-6.
7. Hawes NJ, Jamell GA. Complications of tarsoconjunctival Grafts. Acta Med Croat 1996;50(1):29-32.
8. Wohlrab TM Rohrbach JM, Thiel HJ. Leaving the eyelid to its own devices. Ophthalm Surg Lasers 1996;27(6):422-4.
9. Mc Nab AA. Early division of the conjunctival pedicle in modified Hughes repair of the lower eyelid. Ophthalm Plast Reconstr Surg 1996;12(1):51-7.

Recibido: 10 de septiembre de 2001. Aprobado: 22 de octubre de 2001.
Dra. *Clara G. Gómez Cabrera*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Ramón Pando Ferrer". Ciudad de La Habana, Cuba.