

Reconstrucción palpebral inferior después de la escisión de tumores malignos

Lower eyelid reconstruction after excision of malignancies

Dr. Julio Cesar Arias Soto,¹ Dr. Franklin A. Abreu Perdomo,¹¹ MsC. Marlene Ortiz Silveira,¹ Dr. Justo Despaigne Delisle¹ y Dra. Sulli de la Caridad Matienzo Vergara¹¹¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Instituto Nacional de Oncología, Ciudad Habana, Cuba.

¹¹¹ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presentan 4 casos clínicos de pacientes de 46-76 años con carcinomas basocelular y escamoso de párpado inferior, diagnosticados en la consulta oftalmológica del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". A los afectados se le realizó tarsectomía parcial o total con reconstrucción palpebral mediante colgajos miocutáneos en islas de área cigomática y músculo nasal. Los resultados tanto funcionales como estéticos fueron óptimos y se corroboró la efectividad de los colgajos antes citados.

Palabras clave: carcinoma basocelular, carcinoma escamoso, colgajo miocutáneo, reconstrucción palpebral, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

Four case reports of patients of 46-76 years with squamous-cell carcinoma and basal-cell epithelioma of lower eyelid was described, diagnosed in the ophthalmology department of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital. In those affected a partial or total tarsectomy with eyelid reconstruction by means of island myocutaneous flaps of zygomatic area and nasal muscle was performed. The functional and aesthetic results were optimal and the effectiveness of these flaps was confirmed.

Key words: basal-cell epithelioma, squamous-cell carcinoma, myocutaneous flap, eyelid reconstruction, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La apariencia de los ojos humanos muestra al mundo elementos de identidad e individualidad, por lo cual el aspecto general de la expresión y la forma de estos, siempre ha constituido una causa de preocupación para la mayoría de los seres humanos en algún momento de su vida.

Ahora bien, los párpados son estructuras móviles que intervienen en la protección del globo ocular así como en la producción y mantenimiento del film lagrimal.¹ Desde el punto de vista quirúrgico, estas estructuras se pueden agrupar en una lámina anterior y otra posterior; la denominada línea gris (línea imaginaria que corresponde a la desembocadura de las glándulas de Meibomio en el borde libre palpebral) representa la demarcación teórica entre las dos. La lámina anterior está formada por piel y

protectores (músculo orbicular) y la posterior por la conjuntiva, tarso y retractores (aponeurosis del elevador y fascia cápsulopalpebral).

El septum orbitario y la grasa palpebral completan el resto de las capas. Su estructura rígida está formada por láminas de tejido fibroso, así como placas tarsales que dan consistencia y sirven de soporte a los párpados. El tarso del párpado superior tiene 10 mm de altura, mientras que el inferior 3,7 mm. Ambos se fusionan en sus extremos con fibras del músculo orbicular superior e inferior para constituir el ligamento cantal interno y externo. En la elevación del párpado superior participan el músculo elevador de este párpado y el de Müller con inervación simpática, mientras que en el párpado inferior actúan como retractores la fascia cápsulopalpebral y el músculo tarsal inferior. El aporte vascular proviene principalmente de vasos de arteria oftálmica y rama de la carótida interna. Las arcadas vasculares marginal y periférica son punto de referencia en la cirugía; están formadas por anastomosis entre las arterias palpebrales internas y externas. El drenaje venoso corresponde fundamentalmente a las venas oftálmicas, temporales y faciales; el linfático nace de un plexo superficial existente por debajo de la piel y otro profundo situado a nivel tarsal. La inervación sensitiva de los párpados se produce por las 2 primeras ramas del nervio trigémino (nervio oftálmico y el maxilar).^{1,2}

Los defectos palpebrales pueden ser congénitos o consecuencia de resecciones de tumores, traumatismos, irradiación, quemaduras o procesos inflamatorios.^{1,2}

Según la Organización Mundial de la Salud, los tumores palpebrales se clasifican en: epiteliales, de origen melanocítico, de tejidos blandos, premalignos y malignos.^{3,4} Entre los tumores malignos, el carcinoma basocelular es el más común; presenta un pico de incidencia entre la séptima y octava décadas de la vida, 90 % se localiza en la cabeza y el cuello, solo 10 % afecta a los párpados. De hecho, es la neoplasia maligna más frecuente en esta localización, pues constituye más de 50 % de las lesiones del párpado inferior. Estadísticamente la ubicación de las lesiones corresponde en 30 % al canto medial, 15 % al párpado superior y 5 % al canto externo. El carcinoma de células escamosas es la segunda neoplasia palpebral más frecuente, constituye 5 % de todos los tumores y se ubica a menudo en el párpado superior. Su crecimiento es más rápido que el de células basales y puede metastatizar a los ganglios linfáticos regionales.⁵

Actualmente, la extirpación quirúrgica se considera la terapia más efectiva para los carcinomas basocelulares debido a sus altas tasas de curación (95-98 % según las series). Se ha observado que algunas células tumorales pueden presentarse fuera de los bordes de la lesión clínicamente visibles; motivo por el cual numerosos autores aconsejan extirpar entre 3 y 5mm de tejido sano alrededor del lecho tumoral para evitar recidivas. Esta medida a nivel periocular puede provocar la extirpación de amplias áreas de los párpados o de las vías lagrimales, cuya reconstrucción puede causar, en mayor o menor medida, alteraciones estético-funcionales, tales como: cicatrices, triquiasis, retracción palpebral, ptosis, epífora crónica; entropión, ectropión, queratitis, úlceras corneales por exposición e incluso perforación ocular. La técnica quirúrgica que ha demostrado mayores tasas de curación es la cirugía micrográfica de Mohs; no obstante, su utilización no se ha generalizado en España, puesto que requiere tiempos quirúrgicos prolongados y altos costos, solo se usa para carcinomas basocelulares agresivos como los localizados en el canto interno, o de alta malignidad histológica (infiltrantes, esclerosantes, entre otros), cuyas características hacen especialmente difícil la completa eliminación del tumor y su reconstrucción posterior.⁶

La reconstrucción palpebral se remonta a 1818, cuando Von Graefe reconstruyó un párpado inferior con un colgajo de mejilla. A partir de esa fecha se han descrito numerosos procedimientos reconstructivos para estas estructuras. Igualmente, durante el siglo XIX fue muy popular el empleo de colgajos de brazo; sin embargo, era un procedimiento incómodo para el paciente, pues dejaba un parche de piel de otro color, era muy pesado y la función palpebral era deficiente.⁷ Posteriormente, en 1860 Teale, introdujo la corrección de simbléfaron mediante colgajo conjuntival y Reverdin, en 1869, la aplicación de injertos de piel para reconstrucción palpebral; pero fue Lawson, en 1871, el primero en lograrlo con éxito. También Bock (1884) usó injerto de mucosa para defectos conjuntivales y Stellweg empleó mucosa vaginal con el mismo propósito. Landolt (1881) fue el primero que utilizó colgajos tarso conjuntival, y Gradenigo, en 1904, empleó piel de párpado para corregir un defecto palpebral con excelentes resultados. En 1918, Blasckovics comunicó el primer injerto libre de tarso; más tarde, Yonens, Westphal y Barfield, el empleo de injertos libres compuestos de todo el grosor del párpado inferior para reconstruir el superior.⁸

Por su parte, Esser (1919) fue el primero en publicar una rotación completa de un colgajo de párpado inferior para reparar un defecto en el superior. Cutler y Beard (1955) utilizaron un colgajo completo del párpado inferior con el mismo propósito. También, Mustardé (1959,1981) empleó una técnica para la plástica de los párpados, con un colgajo compuesto condromucoso, obtenido en el septum nasal y cubierto luego por un colgajo rotatorio de mejilla, la cual ha resultado útil para la reparación de los grandes defectos palpebrales que no obstruyen la visión. Más tarde, Leone (1983) describió el avance de colgajos tarso conjuntival para la reconstrucción total o parcial del párpado superior, pero la descripción efectuada por Kazanjian, en 1949, sobre el avance de una isla de tejido palpebral ha sido una de las primeras publicaciones referidas a la utilización de colgajos en isla, con un pedículo subcutáneo. Paufigue y Tessier (1962) han aconsejado el uso de los injertos compuestos obtenidos del cartílago nasal supero externo de la nariz en vez del septal, y Stephenson (1983) ha publicado el uso de este colgajo en isla en 91 plásticas palpebrales con resultados satisfactorios. Los aportes de otros autores, entre los cuales figuran: Wheeler, Huhes, Smith y Mustardé han perfeccionado notablemente las técnicas de reconstrucción palpebral, tal como se conocen en la actualidad.⁸

CASOS CLÍNICOS

Se describen 4 casos clínicos de pacientes de 46-76 años con carcinoma basocelular y escamoso de párpado inferior.

- Caso 1

Mujer de 68 años, trabajadora agrícola de procedencia rural, diagnosticada con carcinoma basocelular en el tercio externo del párpado inferior del ojo izquierdo. Se utilizó anestesia local para realizar la exéresis de la lesión tumoral y recubrir el defecto con un colgajo miocutáneo de región cigomática (figura 1).



Fig. 1. A) Período preoperatorio; B) Período peroperatorio; C) Período posoperatorio

- Caso 2

Paciente de 76 años, masculino, trabajador agrícola de procedencia rural, con carcinoma escamoso en el tercio interno del párpado inferior del ojo izquierdo y carcinoma epidermoide de conjuntiva en el mismo ojo. Usando anestesia general se realizó la exéresis de la lesión tumoral palpebral y se recubrió el defecto con un colgajo glabellar; posteriormente se efectuó la exéresis de la lesión conjuntival (figura 2).



Fig. 2. A) Período preoperatorio; B) Período peroperatorio; C) Período posoperatorio

- Caso 3

Hombre de 64 años, de procedencia urbana con diagnóstico de carcinoma basocelular 2 tercios externos del párpado inferior del ojo izquierdo. Empleando anestesia local, se le realizó la exéresis de la lesión tumoral y se recubrió el defecto con colgajo miocutáneo de región cigomática (figura 3).



Fig. 3. A) Período preoperatorio; B) Período peroperatorio; C) Período posoperatorio

- Caso 4

Paciente de 42 años, masculino, de procedencia urbana, trabajador agrícola, diagnosticado con carcinoma basocelular 2 tercios internos del párpado inferior del ojo derecho. Mediante anestesia local se procedió a realizar exéresis de la lesión tumoral y se recubrió el defecto con colgajo miocutáneo de región nasal (figura 4).



Fig. 4. A) Período preoperatorio; B) Período peroperatorio; C) Período posoperatorio

COMENTARIOS

Todos los colgajos e injertos realizados sobrevivieron, sin observar necrosis totales o parciales, infección de las heridas o úlceras corneales secundarias al roce de las suturas. No se produjo ectropión como secuela de la cirugía. Ningún paciente presentó recidiva tumoral durante su seguimiento; sin embargo, cabe destacar que el colgajo resultó ser más grueso que la fina piel palpebral, pero ningún paciente manifestó deseo de adelgazarlo, puesto que, al tratarse de personas de edad avanzada, el colgajo se asemeja a las bolsas grasas palpebrales típicas de esas edades. De ser necesario, con anestesia local, el colgajo puede adelgazarse 6 meses después de la cirugía.

Los colgajos miocutáneos en isla pueden ser utilizados de forma exitosa en la reconstrucción del párpado inferior, ya sea total o parcial, implique a la lamela externa, a la interna o a ambas. El colgajo miocutáneo en isla del músculo nasal se planea superior al colgajo nasolabial clásico, cerca de la nariz, y la base se sitúa a nivel de la región cantal medial. Entre las principales ventajas de este colgajo figuran: fiable y segura vascularización, fácil disección, proporciona tejido suficiente para defectos grandes, adecuada similitud del color de la piel y mínima cicatriz que queda en la zona donante. Además, puede disecarse bajo anestesia local, lo que es especialmente importante en pacientes de alto riesgo para anestesia general. Los resultados estéticos conseguidos con este colgajo son muy satisfactorios; sin embargo, tiene desventajas, tales como: el grosor del colgajo, especialmente en jóvenes y la posibilidad de llevar pelo en hombres. A veces queda grueso y en un segundo tiempo (6 meses después), puede ser desgrasado con anestesia local. Con el mismo diseño que el colgajo nasal pero con base a nivel del canto externo, existe el colgajo miocutáneo en isla del músculo orbicular, que presenta características similares al anterior.^{8,9}

El hecho de llegar a esta decisión quirúrgica implica un esfuerzo diagnóstico importante, que incluye un examen clínico exhaustivo desde los puntos de vista dermatológico, oftalmológico y del cirujano plástico. Esto se complementa con tomografía de alta resolución o resonancia magnética, para establecer grados de compromiso óseo y ocular, respectivamente. Del mismo modo, resulta imprescindible la colaboración de un patólogo experimentado en el ámbito del quirófano para que corrobore el diagnóstico, si bien la decisión quirúrgica de una exenteración no debe basarse nunca en una biopsia por congelación.

Según se ha visto, el conocimiento de la zona afectada resulta vital para la determinación de los planos quirúrgicos y la reconstrucción posterior. Entre las técnicas reconstructivas se preconiza la reconstitución de los distintos planos y estructuras funcionales, lo cual trae consigo:

- Estructuras de sostén del globo ocular (piso orbitario, pared medial). Si bien en muchos casos el aparato suspensorio basta para esta función, en personas de edad avanzada se observa laxitud de estos tejidos.
- Estructuras de cobertura y contención ocular, mediante una reconstrucción palpebral integral en sus 3 planos fundamentales (piel, tarso y conjuntiva)
- Estructuras asociadas: reconstrucción de la vía lagrimal, sea en forma diferida o inmediata (cantoplastias o cantopexias).
- Reconstrucción de tejidos blandos aledaños involucrados⁹

El seguimiento de estos pacientes debe realizarse de forma multidisciplinaria y se debe determinar precozmente cualquier recidiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García García J. Anatomía clínica. En: Cirugía estética de párpados y cejas. [citado 28 Nov 2009].
2. Salomon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski JC. Basal cell carcinoma on the eyelids: own experience. *Dermatol Surg.* 2004;30(2 Pt 2):257-63.
3. Zimmermann AC, Klaus V. Predictors of recurrent basalioma of the eyelids and periorbital region. *Ophthalmology.* 2001;98(6):555-9.
4. Bath Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;24(1):CD003412.
5. Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol.* 2009;31(3):256-62.
6. Tildsley J, Diaper C, Herd R. Mohs surgery vs primary excision for eyelid BCCs. *Orbit.* 2010;29(3):140-5.
7. Graña Pérez R, Rojas Blanco B, Gimeno Azcona MA. Reconstrucción de párpados y cejas. En: Manual de Cirugía Plástica. [citado 12 Mar 2009].
8. López Portillo A. Párpados y conjuntiva. [citado 28 Nov 2009].
9. García Martín E, Fernández Tirado FJ. Tendencias en el tratamiento de los carcinomas basocelulares perioculares. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2010 [citado 15 Mar 2011];85(8).

Recibido: 5 de abril de 2013.

Aprobado: 5 de abril de 2013.

Julio Cesar Arias Soto. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: julioca@medired.scu.sld.cu