

REPORTE DE CASO

Reconstrucción de defecto de órbita con colgajo prelamado de fascia temporal superficial

Orbit defect reconstruction with pre-laminated temporal superficial fascia flap

 Aldana, Celso¹;  Peña, Adriana Fabiola¹;  Barrios, Javier¹;  Berra, Pablo Heriberto¹;  Destéfano, Renzo¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Aldana C, Peña AF, Barrios J, Berra PH, Destéfano R. Reconstrucción de defecto de órbita con colgajo prelamado de fascia temporal superficial. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 2021; 54(3): 173-178

RESUMEN

El colgajo de fascia temporal superficial es muy versátil para la reconstrucción de defectos tisulares localizados en los tercios superior y medio de la cara, en la región orbito-palpebral, en la cavidad oral, en la base del cráneo y a nivel mandibular. En nuestra experiencia, constituye una opción segura para reconstrucciones complejas de cavidades. En el presente artículo los autores exponen el caso de una paciente en quien se reconstruyó un defecto de órbita con un colgajo de fascia temporal superficial prelamado.

Palabras Clave: Colgajo prelamado; colgajo prefabricado; fascia temporal superficial; reconstrucción de órbita; reconstrucción facial.

Autor correspondiente: Dra. Adriana Fabiola Peña Escobar. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: adrip08@gmail.com

Fecha de recepción el 26 de Mayo del 2021; aceptado el 30 de Agosto del 2021.

ABSTRACT

The superficial temporal fascia flap is versatile for the reconstruction of tissue defects located in the upper and middle thirds of the face, in the orbital-palpebral region, in the oral cavity, at the base of the skull and at the mandibular level. In our experience, it is a safe option for complex cavity reconstructions. In this article the authors present the case of a patient in whom an orbit defect was reconstructed with a pre-laminated superficial temporal fascia flap.

Keywords: Prelaminated flap; prefabricated flap; superficial temporal fascia; orbit reconstruction; facial reconstruction.

INTRODUCCION

La definición de la palabra "laminación" significa la unión de láminas delgadas para construir una estructura multicapa. En cirugía reconstructiva, el término "prelaminación del colgajo" se ha acuñado para describir un proceso para construir una estructura tridimensional compleja en dos o más tiempos quirúrgicos. (1)

La prelaminação del colgajo es un término propuesto por primera vez por Pribaz y Fine en 1994 (2). Laminación se refiere a un proceso de unión de capas. La prelaminação de un colgajo se designa a la táctica reconstructiva mediante la cual se construye una estructura tridimensional en un sitio distante al defecto, mediante la superposición de capas de distintos componentes, por ejemplo, injertos de piel, en un lecho vascular existente y confiable. Esto permite que la estructura total recreada madure durante 2 a 3 semanas antes de ser transferida como una unidad en bloque hacia el defecto que se desea reconstruir. La vascularización de este colgajo prelaminado, por lo tanto, es la misma que está encargada de irrigar la zona seleccionada para la superposición de capas, la cual es preparada como recurso reconstructivo con la finalidad de aportar un reemplazo pluritissular al defecto en cuestión.

Tiempos quirúrgicos

El 1° tiempo implica agregar diferentes capas en un territorio vascular axial existente como injertos compuestos, dando tiempo a que los tejidos maduren e inicien el proceso de revascularización antes de ser transferidos.

Un tiempo intermedio, o 2° tiempo, puede ser necesario para modificar aún más el colgajo, como adelgazarlo, autonomizarlo o agregar algún tejido adicional. (3)

En la siguiente etapa o 3° tiempo, el colgajo compuesto se transfiere al sitio a reconstruir. Como con cualquier injerto compuesto, las capas a ser añadidas deben ser lo suficientemente delgadas o pequeñas para que se nutran con mayor facilidad.

La razón para prelaminar las capas en un sitio diferente, antes de realizar la transferencia, resulta de la siguiente hipótesis: si la construcción se realiza en un lecho vascular confiable, hay una mayor posibilidad que las capas de prelaminado se adhieran y prendan, se establezcan, asumiendo las posiciones esperadas e inicien el fenómeno de revascularización.

La prelaminação es a menudo utilizada en la reconstrucción de estructuras con múltiples capas funcionales, como la reconstrucción de espesor total de nariz, labio, mejilla, oreja, maxilar, mandíbula, tráquea, (4,5) esófago y pene. La reconstrucción nasal de los defectos de pleno espesor puede ser abordada con esta metodología (6,7,8).

En este artículo tenemos como objetivo demostrar el resultado de un caso de reconstrucción de órbita con colgajo prelaminado de fascia temporal superficial.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 58 años de edad, hipertensa y con tratamiento regular, consulta por un carcinoma basocelular (CBC) del párpado

inferior derecho de 2 años de evolución, con compromiso del globo ocular (Figura 1).



Figura 1. CBC en el párpado inferior derecho, con afectación de globo ocular.

Luego de una resección tumoral consistente en una exenteración orbitaria ampliada, que deja como secuela una comunicación del seno maxilar con la órbita residual a través de un defecto del piso orbitario, la herida compleja fue reconstruida con un colgajo prelaminado de fascia temporal superficial.

Táctica operatoria

Se realiza incisión longitudinal en la región temporal ipsilateral, por arriba de la arcada cigomática, dividiéndola distalmente en el cuero cabelludo en forma de "Y". Mediante

una cuidadosa disección se expone la fascia temporal superficial, se identifica el pedículo vascular y se levanta el colgajo de fascia temporal superficial de distal a proximal. Luego se reposiciona el tejido en su sitio original y se prelamina su cara superficial con un autoinjerto de piel parcial, en la zona distal del colgajo confeccionado (Figura 2 A). Se cierra el cuero cabelludo mediante suturas, dejando un drenaje aspirativo, y se aguarda el siguiente tiempo operatorio (Figura 2 B)

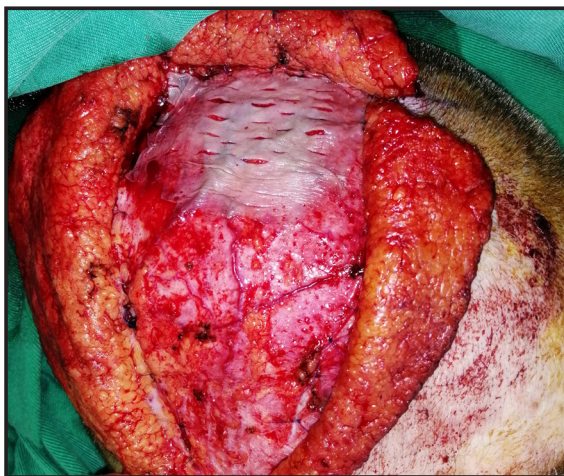


Figura 2. A. Prelaminación del colgajo de fascia temporal superficial. **B.** Sepultura del colgajo en el mismo lecho operatorio.

El segundo tiempo quirúrgico es efectuado luego de un tiempo de maduración de 8 días. En este se realiza la reapertura de la misma incisión correspondiente al

primer tiempo operatorio, a fin de exponer el colgajo prelaminado con el autoinjerto cutáneo (Figura 3).

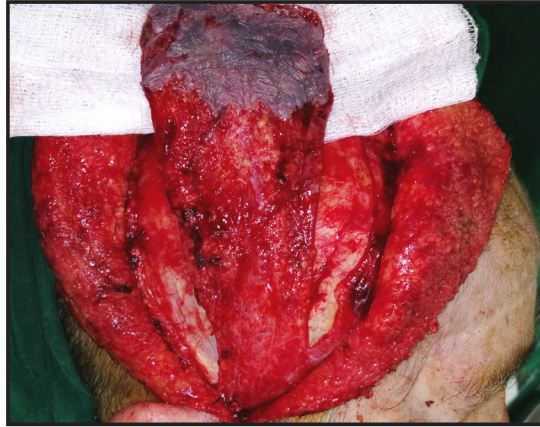


Figura 3. Segundo tiempo quirúrgico de colgajo prelaminado de fascia temporal superficial.

Luego se procede a la trasposición de la bicapa tisular confeccionada hacia la zona del defecto, en este caso la región orbito-palpebral, quedando el injerto cutáneo como tapiz del piso y del fondo de la órbita.

El resultado postoperatorio es satisfactorio, actualmente la paciente se encuentra en proceso de preparación de la cavidad orbitaria para la colocación de una prótesis ocular (Figura 4).

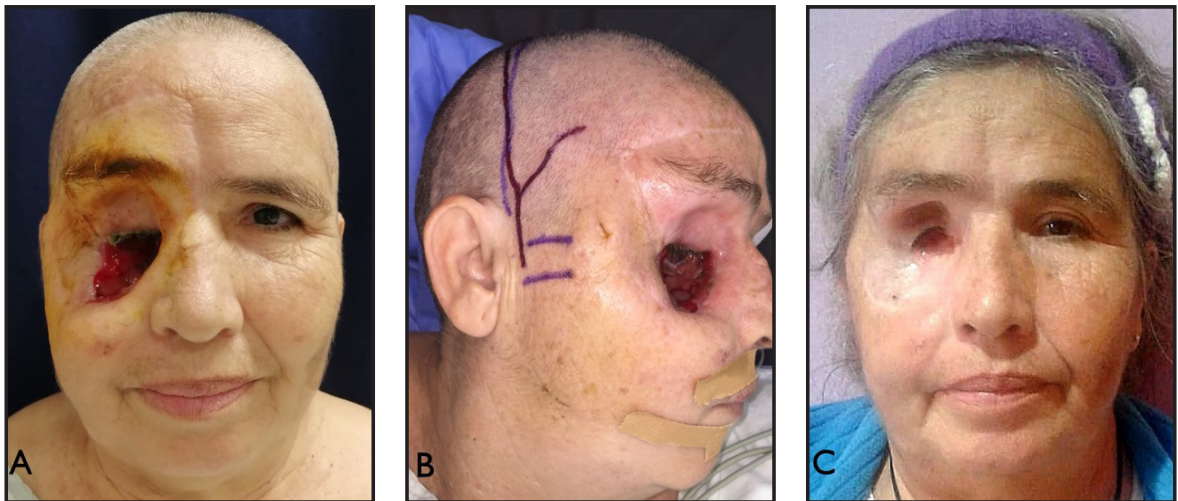


Figura 4. Reconstrucción de defecto orbito-palpebral con colgajo prelaminado de fascia temporal superficial. A y B: preoperatorio, C: resultado postoperatorio.

DISCUSION

La fascia temporal superficial es un tejido versátil, fino y adaptable a los tegumentos del rostro. Utilizada como colgajo pediculado sirve como tapizamiento de defectos o como sustancia de relleno (9). En el primer caso, indefectiblemente debe ser asociado a un injerto cutáneo. Para que el injerto de piel se adhiera en forma exitosa requiere de una zona de apoyo efectiva y de un sistema adecuado de inmovilización. Muchas veces estas condiciones no están presentes en los tejidos residuales de una exéresis tumoral extensa, con mayor razón si nos referimos a la exposición de una cavidad aireada. Es decir, si se transfiere en un primer tiempo un colgajo uni-tisular de fascia temporal superficial hacia una cavidad aireada, por un lado, existe el riesgo de retracción de este con la consecuente dehiscencia de sutura y nueva exposición cavitaria. Además, también se dificulta el prendimiento de un eventual injerto cutáneo diferido sobre el colgajo de fascia temporal superficial, debido a la ausencia de un subsuelo esquelético adecuado que le sirva de apoyo. De otro modo, si aseguramos el prendimiento del injerto cutáneo sobre el colgajo, antes de ser transferido a la zona receptora, creamos las condiciones propicias para reducir el riesgo de retracciones ya que el tejido transferido es más espeso. Esto es posible realizar gracias al adecuado subsuelo esquelético de apoyo que brinda la región temporoparietal. Con ello también se reduce el tiempo de reepitelización de la fascia puesto que, en este contexto, durante la prelaminao, ya se le provee de una piel injertada. El colgajo prelaminao constituye una herramienta válida que debe ser tenida en cuenta en las reconstrucciones de pérdidas de sustancias complejas a nivel del rostro. Permite un relleno o un reemplazo tisular adecuado, con resultados funcionales y estéticos interesantes. Además, los componentes del pedículo vascular, arteria y vena temporal superficial, pueden ser utilizados

en regiones muy distantes al defecto con el recurso de la microcirugía (10).

CONCLUSION

El colgajo prelaminao de fascia temporal superficial es una herramienta reconstructiva que puede ser utilizada para la reparación de defectos complejos localizados en la región orbitopalpebral.

Fuentes de financiación: Propias.

Contribución de autores y colaboradores:

Todos los autores han colaborado de forma activa para la redacción de todos los apartados de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guo L, Pribaz JJ. Clinical flap prefabrication. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Dec;124(6 Suppl):e340–e350.
2. Pribaz JJ, Fine NA. Prelamination: Defining the prefabricated flap. A case report and review. *Microsurgery* 1994;15(9): 618–23.
3. Walton RL, Burget GC, Beahm EK. Microsurgical reconstruction of the nasal lining. *Plast Reconstr Surg*. 2005 Jun;115 (7): 1813–29.
4. Vranckx JJ, M Den Hondt, Delaere P. Prefabrication and prelamination strategies for the reconstruction of complex defects of trachea and larynx. *J Reconstr Microsurg*. 2014 Mar;30(3):145-52.
5. Alves HRN, de Rodriguez JFGUM, Fernandes TRR, Busnardo FF, Besteiro JM, Cernea CR, Gemperli R. Prelaminated supraclavicular island flap for total ear reconstruction: anew technique. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 May 26;8(5):e2760.
6. Pribaz JJ, Weiss DD, Mulliken JB, Eriksson E. Prelaminated free flap reconstruction of complex central facial defects. *Plast Reconstr Surg*. 1999 Aug;104(2):357–65; discussion 366–7.
7. Bali ZU, Karatan B, ParspanciA, Tuluy Y, Kececi Y, Yoleri L. Total nasal reconstruction with pre-laminated, super-thin anterolateral thigh flap: a case report. *Microsurgery*. 2021 Sep;41(6):569-573.
8. Costa H, Cunha C, Guimaraes I, Comba S, Malta A, Lopes A. Prefabricated flaps for the head and neck: A preliminary report. *Br J Plast Surg*. 1993 Apr;46(3):223–7.

9. Zwetyenga N, Lutz JC, Vidal N, Martin D, Siberchicot F. Le lambeau de fascia temporal superficiel pédiculé. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2007;108(2):120-7.
10. Biswas G, Lohani I, Chari PS. The sandwich temporoparietal free fascial flap for tendon gliding. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Nov;108(6):1639-45.