

“Reconstrucción de párpado inferior con colgajo tarsoconjuntival de Hughes modificado”. Reporte de caso.



Dr. Raúl A. Escobar Ugarte
Cirujano Plástico Estético y Reconstructivo
Instituto Oncológico del Oriente Boliviano
e-mail: rauladrianescobar@icloud.com

Resumen.-

El cáncer de piel es una entidad frecuente en nuestro medio, y los factores socio culturales hacen que los pacientes acudan a la consulta cuando las lesiones han infiltrado estructuras tanto en profundidad como en la periferia. Esto añadido a la ubicación especial en ciertas regiones de la cara como los cantos internos y los párpados que se encuentran dentro de la denominada zona H, signifiquen un reto para el cirujano reconstructivo restaurar tanto cosmética como funcionalmente el defecto resultante. En el instituto Oncológico del Oriente Boliviano contamos con un protocolo de Reconstrucción de las diferentes subunidades faciales que involucren las lesiones malignas de la piel; el colgajo tarsoconjuntival de Hughes es una herramienta más del arsenal reconstructivo, a continuación presentamos un caso de un paciente varón diagnosticado con un carcinoma basocelular nodular ulcerado localizado en el canto medial del párpado inferior, con compromiso del canalículo lacrimal inferior, tomando en cuenta que en nuestro hospital no contamos con cirugía micrográfica de Mohs, decidimos realizar una resección quirúrgica con márgenes de seguridad con la subsecuente reconstrucción posterior del defecto de espesor total con un colgajo tarsoconjuntival de

Hughes modificado, el resultado tuvo un paciente con restauración completa funcional del párpado inferior, ninguna morbilidad de la zona donante y una muy buena apariencia cosmética.

Summary.

Skin cancer is a common feature in our society and due to the socio-cultural factors, patients consult physicians when the lesions have infiltrated structures both in depth and in the periphery. In addition to it, the special location in certain regions of the face, such as the internal ridges and eyelids that lie within the so called H-zone, becomes a challenge for the reconstructive surgeon to restore the defect both cosmetically and functionally. In the Oncological Institute on the Eastern part of Bolivia, we have a reconstruction protocol for all the facial subunits that involves malignant skin lesions. The Hughes's tarsoconjuntival flap is another reconstructive arsenal tool. Following, we present a single male case diagnosed with a nodular basocellular carcinoma located in the lower eyelid compromising the inferior lacrimal canaliculus as well. We took on account the fact that our Hospital didn't have available the Mohs micrographic surgery. We decided to perform a safety margins resection surgery and a posterior reconstruction of the total thick

defect using the modified Hughes tarsoconjunctival flap. The outcome was a patient with a complete functional restored eyelid with no necrosis of the donor site and an acceptable Cosmetic appearance.

Palabras clave.

Colgajo tarsoconjuntival de Hughes, reporte de caso, carcinoma basocelular, reconstrucción de párpado

Keywords.-

Hughes tarsoconjuntival flap, case report, basal cell carcinoma, eyelid reconstruction

Objetivo.

Describir el manejo de la reconstrucción de la lamela posterior del párpado inferior con la técnica modificada de Hughes en 2 tiempos en paciente sometido a resección de carcinoma basocelular en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano.

Método.

Se realiza la reconstrucción de un defecto de espesor total del 50% del diámetro del párpado inferior con la técnica de Hughes modificada, con un colgajo tarsoconjuntival mas un injerto de piel de espesor total con división del colgajo tarsoconjuntival a las 3 semanas, en un paciente masculino portador de un carcinoma basocelular de párpado inferior derecho.

Resultado.

Se logra restaurar completamente la funcionalidad de la Lamela posterior del párpado inferior con una integración del 90% del injerto de piel de espesor total de región preauricular ipsilateral, sin alteración de la funcionalidad del área donante en el párpado superior.

Conclusión.

El colgajo tarsoconjuntival de Hughes modificado es una excelente alternativa para la reconstrucción de defectos de espesor total mayores al 50% en el párpado inferior, con mínima morbilidad de la zona donante y excelente restauración de la lamela posterior con la consiguiente funcionalidad del párpado, la ausencia de pestañas en el párpado inferior se ven suplidas por las pestañas superiores dada la predominancia de éstas en el movimiento palpebral.

INTRODUCCIÓN.

El colgajo tarsoconjuntival de Hughes es un método excelente para reconstruir la lamela posterior del párpado inferior. Hughes describió ésta técnica de movilización de todo el colgajo tarsoconjuntival del párpado superior, con inclusión del músculo elevador del párpado y el músculo de

Müller, en el defecto del párpado inferior. Avanzó un colgajo musculocutáneo para reformar la lamela anterior.(1) Las principales complicaciones encontradas fueron pérdida o malposición de las pestañas, retracción del párpado.

Procedimiento del colgajo de Hughes modificado

El procedimiento se describe brevemente a continuación . Se infiltró agente anestésico local (lidocaina 0,5% con adrenalina 1: 200,000) en la piel del párpado superior pretarsal y el margen tarsal superior(1). La incisión se realizó 4 a 5 mm por encima del margen del párpado y el pedículo de la conjuntiva y del músculo Müller se elevó y suturó en el defecto del párpado inferior con suturas de nylon monofilamento 6-o (7). Se reconstruyó la lamela anterior con un injerto de piel de espesor total de la región preauricular (ipsilateral).

La segunda etapa se realizó a los 21 días. El pedículo se separó paralelamente al borde de la piel del párpado inferior después de dividir las adherencias entre el pedículo y la aponeurosis del elevador. El margen inferior del párpado fue formado usando tijeras y electrocauterio.

Avance de Colgajo Tarsoconjuntival (Procedimiento Hughes)

Procedimiento de Hughes

Los grandes defectos que afectan a más del 50% de la longitud dependiendo de la laxitud del borde inferior del párpado se pueden reconstruir con un colgajo tarsoconjuntival del párpado superior (3). Esta técnica fue originalmente descrita por Hughes, pero desde entonces ha sido modificada por otros autores . Esta técnica de dividir el párpado superior tanto estética como funcionalmente , produce un párpado inferior dinámico y móvil. La desventaja del método radica básicamente en que que es un procedimiento de dos etapas. La primera etapa requiere que el ojo se mantenga cerrado durante 2 a 3 semanas. Después de ese tiempo, se necesita un segundo procedimiento para abrir los márgenes del párpado(2).

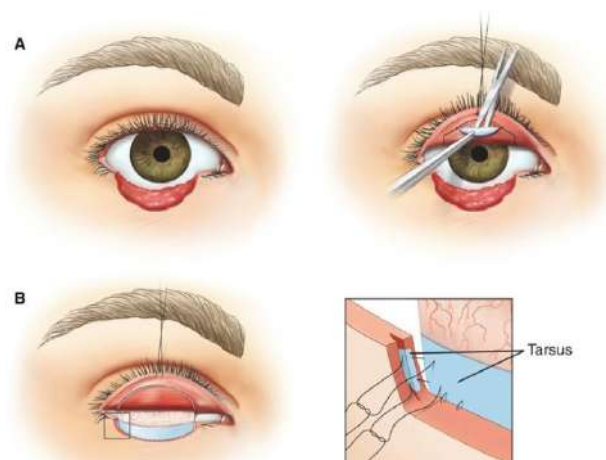




Fig 1. Esquema del Colgajo tarsoconjuntival de Hughes tomado de McCord CD, Nunery WR. Reconstruction of the lower lid and outer canthus. In McCord CD, Tanenbaum M, eds. Oculoplastic Surgery, ed 2. New York: Raven Press, 1987



Fig 2. A . vista anterior del paciente con CBC nodular ulcerado de párpado inferior derecho que compromete mas del 50%



Fig 2. B. Acercamiento



Fig 3. A. Resección de lesión con márgenes de seguridad defecto de espesor total de mas del 50%



Fig 3. B. confección del colgajo tarsoconjuntival de Hughes modificado, alineando con el borde tarsal inferior

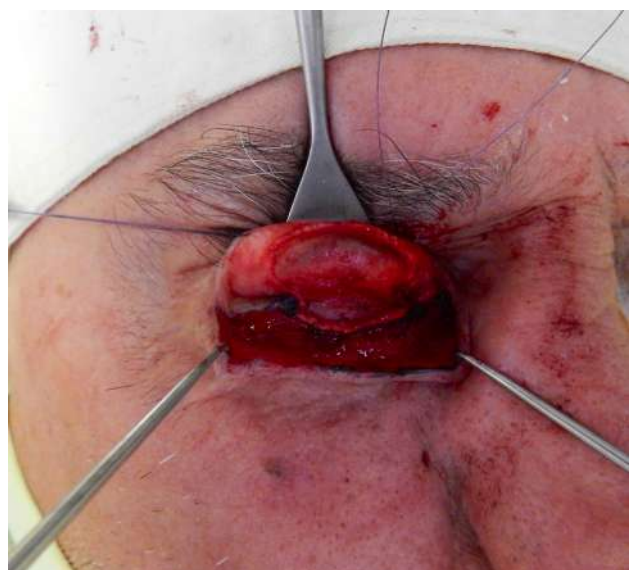


Fig.4 A Colgajo fijado a lecho receptor, disección de la piel subyacente por abordaje de blefaroplastia inferior



Fig.4 B Segundo tiempo quirúrgico 3 semanas después , sección del pedículo del colgajo tarsoconjuntival de Hughes



Fig.5 A Cobertura con un injerto de piel total tomado de la región retroauricular ipsilateral



Fig.5 B Post operatorio 2 meses con resultado funcional adecuado y una apariencia satisfactoria

Antes elevar el colgajo desde la placa tarsal superior, los márgenes del defecto inferior del tarso se hacen perpendiculares y se tiran suavemente hacia el centro hasta lograr la tensión deseada contra el globo ocular(3). La longitud horizontal del defecto

se mide con calibradores para determinar el ancho correcto del colgajo tarsal para elevarlo, desde la placa tarsal superior. Si la placa tarsal inferior está débil o inelástica, se puede usar un colgajo más delgado. El párpado superior es evertido sobre un detractor de Desmarres, y un colgajo de avance superior de tres lados está previamente marcado con azul de metileno en la conjuntiva tarsal.

El margen horizontal del colgajo debe estar al menos 4 a 5 mm del margen de la placa tarsal para preservar la integridad del párpado superior. Si se conserva menos de 4 mm de tarso marginal intacto del párpado superior, se pueden producir deformidades de rotación del párpado superior tales como entropión, ectropión o triquiasis (4). El colgajo descrito se incide a través de la conjuntiva y el tarso en un plano entre éste y el músculo orbicular. La disección se continúa superiormente entre el músculo de Müller y la aponeurosis del elevador. La conjuntiva y el músculo de Müller pueden dejarse unidos al segmento tarsal en los casos en que se necesita un suministro sanguíneo superior, por ejemplo, después de la radiación. La disección roma con un aplicador húmedo con punta de algodón puede facilitar la disección entre el músculo de Müller y la aponeurosis del elevador (5). Si se incluye el músculo de Müller en el colgajo, se debe tener cuidado al separar éste en la segunda etapa para seccionarla completamente libre y evitar la retracción de la placa tarsal superior.

CONCLUSIÓN.-

El colgajo tarsoconjuntival de Hughes modificado es una excelente alternativa para la reconstrucción de defectos de espesor total mayores al 50% en el párpado inferior, con mínima morbilidad de la zona donante y excelente restauración de la lamela posterior con la consiguiente funcionalidad del párpado, la ausencia de pestañas en el párpado inferior se ven suplidas por las pestañas superiores dada la predominancia de éstas en el movimiento palpebral.

Bibliografía.-

- 1.- The Evolution of the hughes tarsoconjuntival flap for lower Eyelid Reconstruction. CME, Rod j. Rohrich, M.D., Ross I. S. Zbar M.D. Plastic and Reconstructive surgery, August 1999
- 2.- Hughes WH. Reconstruction of the lids. Am J Ophthalmol 28:1203, 1945.
- 3.- Hughes WH. Total lower lid reconstruction: technical details. Trans Am Ophthalmol Soc 74:321, 1976.
- 4.- Hughes WL. A new method for rebuilding a lower lid: report of a case. Arch Ophthalmol 1937;17:1008-17.
- 5.- McCord CD, Nunery WR. Reconstruction of the lower lid and outer canthus. In McCord CD, Tanenbaum M, eds. Oculoplastic Surgery, ed 2. New York: Raven Press, 1987.
- 6.- Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjuntival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 1999;104:518-22.
- 7.- Bartley GB, Putterman AM. A minor modification of the Hughes operation for lower eyelid reconstruction. Am J Ophthalmol 1995; 119:96-110.