

Introducción

El pabellón auricular es un sitio común para tumores malignos cutáneos, que representan aproximadamente el 6% de los cánceres de piel de cabeza y cuello, de los cuales los más frecuentes son el carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma escamocelular¹. Se ha observado que aproximadamente el 50% de estos tumores involucran hélix y antihélix y en su mayoría con subtipos histológicos de mayor agresividad y más extensión subclínica². Adicionalmente, debido a la estructura anatómica compleja del oído externo, con una arquitectura curvada y de topografía detallada, ocasiona que la escisión y reconstrucción de defectos resultantes sean un reto para el Dermatólogo^{1,2}. Por lo anterior los procedimientos reconstructivos deben planearse cuidadosamente, según la localización y tamaño del defecto, la integridad cartilaginosa y los efectos nocivos de extirpar cantidades excesivas de tejido que altere la forma y su funcionalidad. En este trabajo tenemos como objetivo presentar la experiencia quirúrgica de nuestra institución en la reconstrucción de la oreja con colgajo de avance condrocutáneo, posterior a la resección en cuña en oreja por cáncer de piel.

Materiales y métodos

Se reportan 4 casos clínicos de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular con patrón histológico de alto riesgo de recidiva tumoral en tercio superior y medio de hélix y antihélix, en quienes teniendo en cuenta la localización, tamaño tumoral y márgenes quirúrgicos para el tumor, se realizó resección en cuña de espesor total. Posteriormente para el procedimiento reconstructivo se tuvo en cuenta mantener la funcionalidad del oído externo y la menor afectación estética posible, por lo que en los 3 primeros pacientes con defecto quirúrgico mayor de 1.5 cm se realizó reparación con colgajo de avance condrocutáneo (figura 1, 2 y 3). En el cuarto paciente se presenta modificación del colgajo de avance condrocutáneo, donde se pretendió facilitar cierre de defecto quirúrgico y conservar curvaturas anatómicas de la aurícula realizando una resección en V en región inferior de antihélix (Figura 4.)

Resultados

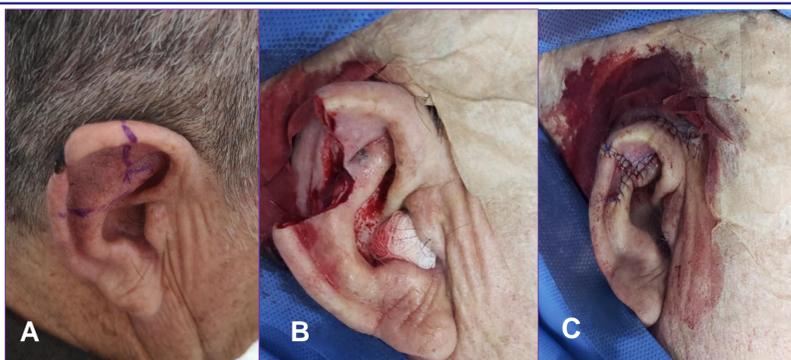


Fig 1. Paciente con CBC infiltrativo con diferenciación adenoide en región tercio superior hélix derecho T1N0M0 (1A). Se realizó resección en cuña de espesor total con márgenes de 6 mm y reconstrucción con colgajo condrocutáneo de avance (1 B y C).



Fig 2. paciente con CBC en tercio superior de hélix y antihélix izquierdo T1N0M0 (2A). Se realizó resección en cuña de espesor total con márgenes de 6 mm y reconstrucción con colgajo condrocutáneo de avance unidireccional hasta concha auricular (2 B y C).



Fig 3. Paciente con CBC sólido e infiltrativo en tercio superior y medio de hélix y antihélix derecho T1N0M0 (3 A). Se realizó resección en cuña de espesor total con márgenes de 6mm y reconstrucción con colgajo condrocutáneo de avance bidireccional (3 B-D).

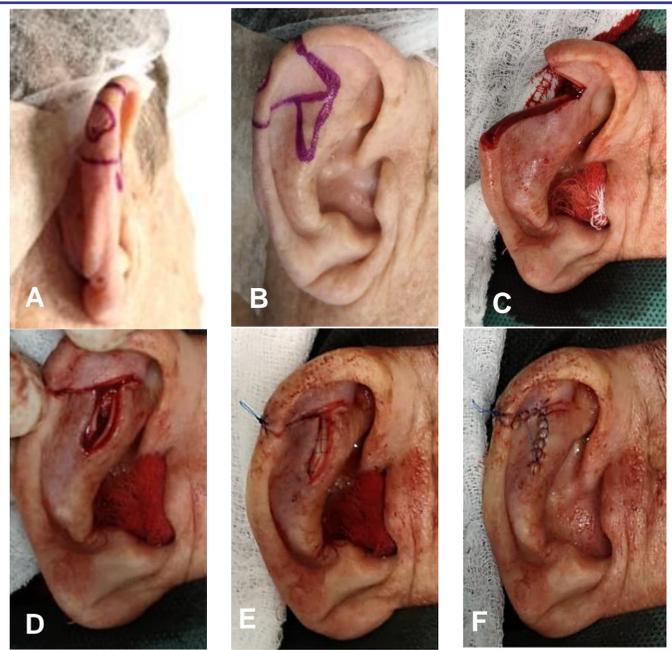


Fig 4. Paciente con CBC sólido e infiltrativo en tercio superior y medio de hélix derecho T1N0M0 (4 A-B). Se realizó resección en cuña de espesor total con márgenes de 6mm y reconstrucción con modificación del colgajo osteocondral de avance, realizando resección en V en antihelix. (4 C-F)

Discusión y conclusiones

La preservación del contorno helicoidal y la altura del oído son ideales en la reconstrucción auricular³. El oído externo superior está formado por una compleja infraestructura cartilaginosa que soporta la piel suprayacente. Sin embargo, la porción inferior de la oreja carece de cartílago. Debido a esta falta de soporte estructural, las fuerzas contráctiles que acompañan la maduración de muchas reparaciones diferentes pueden afectar significativamente la funcionalidad y apariencia estética a largo plazo^{3,4}. Los defectos quirúrgicos de la hélice pueden presentar un desafío único, por lo que se sugiere una escisión en forma de cuña que permite el cierre primario sin deformaciones cutáneas permanentes si el ángulo del ápice es de 30° o menos y en casos de resecciones pequeñas, dado por un tamaño menor de 1.5 cm⁵. La escisión en cuña hará que la oreja sea más pequeña, por lo que se debe preservar para lesiones pequeñas, y en casos de escisiones de mayor tamaño, en los cuales se ha perdido toda la piel del borde que impiden el cierre primario, como con el compromiso de el tercio superior y medio del hélix, se sugiere realizar un colgajo de avance condrocutáneo, que consiste en hacer una incisión a lo largo del surco helicoidal que se extiende a través de la piel anterior y el cartílago, disecando la hélice, donde el colgajo resultante se avanza hacia el defecto para su posterior cierre^{5,6}. De este tipo de colgajo se derivan múltiples modificaciones, por lo que en este trabajo presentamos algunas de estas variaciones, en las cuales se tuvo como prioridad conservar de forma significativa la estructura anatómica y funcional de la oreja.

Referencias

- Mulvaney PM, Higgins W, Dufresne RG, et al. Basal cell carcinomas of the ear are more aggressive than on other head and neck locations. *JAAD*. 2014;70:924-926.
- Crisan, D, et al. Surgical treatment of skin cancer and trauma in the middle third of the auricle. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2018;16(6).
- Taylor JM, et al. Maintaining Ear Aesthetics in Helical Rim Reconstruction. *Head and Neck Surgery. Annals of Plastic Surgery*. 2014;72:318-322.
- Ortman S and Martínez JC. Repair of an Inferior Helical Rim Defect. *Dermatol Surg*. 2017 Oct;43(10):1292-1295.
- Smith, R. M., & Byrne, P. J.. Reconstruction of the Ear. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 2019;27(1): 95–104
- Stella C, Adam M F and Edward L. Helical Rim Reconstruction: Antia-Buch Flap. *Eplasty*. 2015