

Carcinoma basocelular facial tratado quirúrgicamente

Surgically treated facial basal cell carcinoma

Alfredo Longo⁽¹⁾, Jennifer Serrano⁽¹⁾.

1. Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Autor correspondal: Dra. Jennifer Rosmery Serrano, jrosmery19@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i1.434>

Recibido: 18 de Septiembre 2021 **Aceptado:** 16 de Diciembre 2021

Resumen

Se presenta el caso de paciente masculino de 82 años quien consulta con historia de lesión exofítica en rostro, a nivel nasal y en mejilla derecha, de 2 años de evolución. El diagnóstico histopatológico fue carcinoma basocelular. Cirugía de tumores en conjunto con cirugía plástica realizan resección de la lesión con posterior reconstrucción.

Palabras claves: Carcinoma basocelular, cirugía plástica, rotación de colgajo.

Abstract

We present the case of an 82-year-old male patient who consulted with a history of an exophytic lesion on the face, at the nasal level and on the right cheek, with a 2-year evolution. Histopathological diagnosis was basal cell carcinoma. Tumor surgery together with plastic surgery perform resection of the lesion with subsequent reconstruction.

Keywords: Basal cell carcinoma, plastic surgery, flap rotation.

Presentación de caso

Paciente masculino de 82 años de edad, quien ingresó por lesiones exofíticas en rostro de dos años de evolución, con único antecedente de una hernioplastia umbilical hacía 12 años. Paciente originario de Escuintla, Guatemala, agricultor. El paciente describió que desde hacía dos años observaba lesión a nivel de región nasal, la cual había creído con el paso del tiempo. Luego notó lesiones a nivel del puente nasal y en mejilla derecha, por lo que decidió consultar (Fig. 1A). La biopsias reportaron carcinoma basocelular ulcerado. Las unidades de cirugía plástica y cirugía oncológica realizan resección de lesiones y reconstrucción con rotación de colgajo frontal y avance de colgajo en mejilla en dos tiempos.

El procedimiento inició con la delimitación de los márgenes quirúrgicos de cada lesión, con una distancia de al menos 0.7mm. La resección de las lesiones dejó un defecto en región infraorbitaria de aproximadamente 4x3cm, en puente nasal de 2x 1.5cm y en el lóbulo de la punta nasal de 2x2 cm (Fig. 1b). Se trazó marcaje para los colgajos (Fig. 1c), en la región glabellar media para lograr la cobertura total del defecto a nivel nasal, Se obtvo un colgajo multilaminar de piel y tejido celular subcutáneo de base estrecha. Se elevó como un colgajo cutáneo con vascularización axial, por medio de la arteria supratroclear. El plano de despegamiento utilizado fue subcutáneo en la zona que sirvió para cubrir el defecto nasal, subgaleal a nivel del pedículo y subperióstico en el reborde orbitario y 0,5 cm por encima de éste (1d).

El marcaje a nivel de la región infraorbitaria se realizó a nivel hipodérmico para asegurar el suministro vascular dado por la arteria facial. Respetando la unión de la mejilla con el parpado inferior para evitar alteraciones en su posición u función. Y teniendo especial cuidado con la rama temporal del nervio facial que se hace más superficial en esta área. El colgajo frontal se fijó con vycryl 3-0 en un primer plano y con nylon 6-0 puntos simples a los bordes del defecto. Se afrontó el área frontal en dos planos: el primero con vycryl puntos simples y el segundo con nylon 6-0 puntos continuos. La rotación y avance del colgajo de la mejilla fue realizado en dos planos con la misma técnica. El paciente fue reintervenido 3 semanas después realizando la sección del colgajo frontal, afrontando el borde libre del defecto con nylon 6-0 y puntos simples y el área de pedículo en el cual fue resecado se realizó un cierre con la misma técnica. El paciente tuvo una adecuada evolución.



Fig. 1: Resección de carcinomas basocelulares faciales grandes y reconstrucción.

Referencias bibliográficas / References

1. García ME., Fernández FJ. Tendencias en el tratamientos de los carcinomas basocelulares perioculares. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2010 [citado 2021 Sep 19] ; 85(8) : 261-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912010000800001&lng=es.
2. Gálvez Chávez Julio César, Sánchez Wals Lenia. Utilidad del colgajo frontal en la reconstrucción nasal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Mar [citado 2021 Sep] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100001&lng=es.
3. Huntequeo-M Claudio, Siso-C Saul, Unibazo-Z Alejandro, Pino-D Daniel, Alister-H Juan Pablo, Mayer-O Christopher et al. Colgajos Locales en Reconstrucción Facial. Alternativas de Tratamiento. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2021 Jun [citado 2021 Sep 19] ; 15(2) : 538-550. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2021000200538&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200538>.
4. Abullarade J. de. Reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal con colgajo zigomático de mejilla. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2009 Jun [citado 2021 Sep 19] 35(2): 123-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000200006&lng=es.