

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i1.10951>

Cirugía reconstructiva condrocutánea del ala nasal izquierda secundaria a escisión de hemangioma en la niñez

Chondrocutaneous reconstructive surgery of the left nasal wing secondary to excision of hemangioma in childhood.

María Fernanda Catalán Escobar,¹ Carlos Villanueva Sáenz²

Resumen

ANTECEDENTES: El uso de injertos cutáneos se conoce desde el año 3000 aC en la India, donde se hacía reconstrucción de narices mutiladas debido a traumatismos generados por castigos, en los que se utilizaba la piel de los glúteos. En el siglo XIV, en Italia, Brancas llevó a cabo un injerto de nariz de un esclavo a su amo; posteriormente Gaspare Tafliaocozzi, considerado el padre de la cirugía plástica reconstructiva, publicó en 1597 la reparación de heridas faciales en soldados en combate.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 21 años, con fototipo cutáneo IV según Fitzpatrick, que consultó por asimetría centrofacial secundaria a escisión de hemangioma cutáneo en la niñez. Se llevó a cabo la reconstrucción condrocutánea en la narina izquierda utilizando un injerto de espesor total de la base del hélice de la oreja derecha.

CONCLUSIONES: El injerto de espesor total es una técnica de reconstrucción que abarca las tres capas del ala nasal en un solo procedimiento; ofrece excelentes resultados estéticos, conserva la función y evita la contracción del tejido, lo que mejora la simetría facial.

PALABRAS CLAVE: Injertos cutáneos; cirugía plástica; cartílago.

Abstract

BACKGROUND: The use of skin grafts has been known since 3000 bC in India, where reconstruction of mutilated noses secondary to traumas generated by punishments was performed, using the skin of the buttocks. In the fourteenth century, in Italy, Brancas performed a nose graft from a slave to his master; later Gaspare Tafliaocozzi, who is considered the father of reconstructive plastic surgery, published in 1597 the repair of facial wounds performed on soldiers in combat.

CLINICAL CASE: A 21-year-old female patient, with IV cutaneous type according to Fitzpatrick, who consulted for facial center asymmetry secondary to excision of cutaneous hemangioma in childhood. It was decided to perform chondrocutaneous reconstruction in the left nasal wing using a full-thickness graft from the base of the helix of the right ear.

CONCLUSIONS: Full-thickness grafting is a reconstruction technique that encompasses the three layers of the nasal wing in a single procedure, offers excellent aesthetic results, preserving function and preventing tissue contraction, which improves facial symmetry.

KEYWORDS: Skin graft; Surgery, plastic; Cartilage.

¹ Médico y cirujano.

² Dermatólogo, cirujano dermatológico. Universidad de Guadalajara, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. Máster en cirugía micrográfica de Mohs, Universidad Autónoma de Barcelona.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0007-4984-6508>

Recibido: julio 2024

Aceptado: julio 2024

Correspondencia

María Fernanda Catalán Escobar
fercatalan24@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Catalán-Escobar MF, Villanueva-Sáenz C. Cirugía reconstructiva condrocutánea del ala nasal izquierda secundaria a escisión de hemangioma en la niñez. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (1): 61-66.

ANTECEDENTES

La nariz externa está compuesta por dos paredes laterales que se proyectan desde la cara y que se unen anteriormente en el dorso de la nariz. Las paredes laterales están formadas por el hueso nasal, el proceso nasal del hueso maxilar, el cartílago lateral superior y el cartílago lateral inferior o cartílago alar. En el piso y entre las paredes divergentes de la nariz están las narinas, separadas en la línea media por cartílago septal. Las propiedades, forma y posición del hueso y cartílago de la nariz determinan considerablemente la forma y armonía de la cara y de la función de la cavidad nasal.¹

El ala nasal es un área compuesta por mucosa, cartílago y piel, esto hace que sea una estructura anatómica compleja, lo que ocasiona que la reconstrucción también lo sea. Es necesario tener en cuenta el tamaño, grosor y color del defecto, así como la textura de la piel circundante, buscar simetría con el ala contralateral y el estado del tejido circundante.²

El uso de injertos cutáneos se conoce desde el año 3000 aC en la India, por Potrees y Tilemakers, quienes reconstruían narices mutiladas debido a traumatismos generados por castigos, utilizando la piel de los glúteos. En el siglo XIV, en Italia, Brancas realizó un injerto de nariz de un esclavo a su amo. Posteriormente Gaspare Tafliaocozzi, considerado el padre de la cirugía plástica reconstructiva, publicó en 1597 la reparación de heridas faciales en soldados en combate.³

Un injerto cutáneo se define como un segmento de tejido que es separado por completo del aporte sanguíneo y nervioso y del punto de unión a la zona donante antes de ser transferido al área receptora; se clasifican según su espesor, origen y estructura.

Según su espesor: se dividen en injertos de espesor parcial, que puede ser de piel fina, se-

migruesa y gruesa. Los injertos de espesor total que están constituidos por epidermis y dermis en forma integral tienden a preservar mejor el color, espesor y textura y evidencian menor contracción del tejido después de la reconstrucción. Los injertos de espesor compuestos se caracterizan por ser la combinación entre piel y cartílago; buscan dar soporte, además de mantener una buena vascularización del tejido agregado y tener mejor respuesta a la alta demanda metabólica de un injerto.

Según su origen: se dividen en autoinjertos (utilizan la propia piel del paciente para evitar rechazo inmunológico), isoinjerto (originado de un gemelo idéntico), aloinjerto (cuando el donante es otro individuo de la misma especie) y xenoinjerto (cuando el donante pertenece a una especie distinta).^{4,5}

El autoinjerto cutáneo es una forma sencilla de cubrir una pérdida de superficie, éste consiste en transferir un segmento de la propia piel del individuo que puede ser de espesor y superficie variables, extraída de un área donante con características similares al área receptora; esta área debe cumplir ciertas características: que no sea un área infectada, sin exudados y con adecuada hemostasia.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años quien acudió a consulta por sentirse incómoda e insegura debido a asimetría centrofacial. Como antecedente la paciente refirió que durante la niñez le resecaron un “lunar de sangre”, localizado en la narina izquierda. A la evaluación se observó un defecto de 1 x 0.5 cm de espesor total que afectaba la simetría y continuidad de la piel. **Figura 1**

Se practicó una cirugía reconstructiva por medio de injerto de espesor compuesto extraído de cartílago de la base de la hélice de la oreja derecha; esta área permite una extracción que no altera



Figura 1. Vista lateral del defecto en el ala nasal izquierda.

la funcionalidad y proporciona un resultado estético que permite hacer un cierre directo de la aurícula de la oreja.

En la paciente se llevó a cabo el diseño de la sección a retirar de la hélice de la oreja; se decidió extirpar el injerto en bloque en forma de U invertida, que es 20% más grande que el

defecto para compensar la contracción natural del injerto. Se cerró el área donante de la oreja; se hizo hemostasia del lecho receptor y luego se reparó el defecto con el injerto condrocutáneo. Al finalizar el procedimiento se le indicó a la paciente colocar hielo para ayudar con la demanda metabólica; se hizo curación con crema antibacteriana y se prescribió tratamiento antibiótico por vía oral. **Figura 2 a 5**

DISCUSIÓN

La piel de la región alar tiene como característica ser gruesa, rígida y con abundante cantidad de glándulas sebáceas. Por lo general, para llevar a cabo un injerto en el rostro los sitios donantes predilectos son las regiones retroauriculares, supraclaviculares, preauricular y submandibular.^{6,7}



Figura 2. Vista lateral derecha del diseño y planificación del tejido a injertar que corresponde a la base del hélice de la oreja derecha.



Figura 3. Visión posoperatoria inmediata de injerto condrocutáneo en el ala nasal izquierda y la hélice de la oreja.

Utilizar un injerto condrocutáneo proporciona estabilidad, evita la retracción de la cicatriz, mantiene el suministro vascular adecuado y la forma al ala nasal a pesar de los movimientos que puede ejercer la paciente durante la inspiración; se busca prevenir el colapso alar o la estenosis de las fosas nasales causados por la afectación del soporte y poder otorgar coincidencia aceptable con el color y contorno.^{2,7}

Este tipo de injerto compuesto de la base de la hélice es funcional y adecuado en defectos no mayores de 2 cm, debido a que éstos tienen una alta demanda metabólica; en estos casos se prefiere el colgajo local o regional.⁸

Durante la adaptación del injerto éste debe cumplir con las fases de cicatrización; la fase

inflamatoria dura entre 24 y 48 horas, la fase de revascularización de 5 a 7 días y la última fase, que consiste en un ajuste, retracción y distensión del tejido, puede durar de uno a dos meses, tiempo durante el que también se observan cambios de coloración y reinervación cutánea.^{3,6}

Las posibles complicaciones de la reconstrucción nasal incluyen sangrado profuso, fracaso del injerto, infección de la región donadora o receptora, falta de adherencia del injerto y hematoma en el área del fondo del lecho receptor.³

CONCLUSIONES

El injerto de espesor total es una técnica de reconstrucción que abarca las tres capas del ala nasal en un solo procedimiento; ofrece excelentes



Figura 4. Aspecto simétrico y estético de ala nasal.



Figura 5. Trece meses después de la realización de injerto se evidencia leve cicatriz lineal y eritema localizado en la base del hélice de la oreja derecha.

resultados estéticos, conserva la función y evita la contracción del tejido, lo que mejora la simetría facial. Es fundamental clasificar de forma integral los defectos alares nasales y analizar la gravedad de la deformidad para seleccionar el enfoque quirúrgico adecuado para cada tipo de defecto.

DECLARACIONES

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar este artículo.

REFERENCIAS

1. Rojas J, Ferrada S, Abello L. Anatomía de Nariz y cavidades paranasales. En: Lagos A, Winter M, Thöne N, Jofré D, González C, Ramos P. Otorrinolaringología para médicos generales. Chile; 2020: 13-17.
2. Kueder-Pajares T, Prada-García C, Sanchez-Sambucety P, Rodriguez Prieto MA. Chondrocutaneous graft for reconstruction of the ala nasi. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108 (5): 489-91. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2017.03.026>
3. Chuquimia G, Ramírez E. Injertos de piel y cartílago. *Rev Act Clin Med* 2012.
4. Henao G, Grisales J, Ramírez F, Restrepo M. Injertos de piel, implantación, recomendaciones y cuidados. En instituciones de III y IV nivel de complejidad en la ciudad de Medellín. [Tesis de Profesional en instrumentación quirúrgica en línea]. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina; 2021.
5. Blatière V. Injertos cutáneos: injertos de piel de grosor variable y total. *EMC-Dermatol* 2021; 55 (1): 1-17. [https://doi.org/10.1016/S1761-2896\(21\)44711-4](https://doi.org/10.1016/S1761-2896(21)44711-4)
6. Clasificación, fisiopatología y recomendaciones sobre el empleo de los injertos de piel. <https://www.intramed.net/38662/Clasificacion--fisiopatologia-y-recomendaciones-sobre-el-empleo-de-los-injertos-de-piel>
7. Zhou R, Lyu D, Wang C, Wang D. Classification and reconstructive algorithm for nasal alar defect in Asians. *Chin J Plast Reconstr Surg* 2024; 6 (1): 22-7. <https://doi.org/10.1016/j.cjprs.2024.03.003>
8. Kim G, Jeong YI, Shim HC, et al. Auricular composite chondrocutaneous grafts in the repair of nasal alar rim defects. *Ann Dermatol* 2014; 26 (3): 407-8. <https://doi.org/10.5021/ad.2014.26.3.407>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando sólo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.