

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11438>

Colgajo bilobulado: una alternativa quirúrgica en carcinoma basocelular ulcerado nasal

Bilobed flap: A surgical alternative in nasal ulcerated basal cell carcinoma.

Alcira Torres,¹ Elianny Andazora,² Marilyn Rivero,² Sandra Vivas³

Resumen

ANTECEDENTES: El carcinoma basocelular lo describió inicialmente Jacob en 1827 como una úlcera facial de crecimiento muy lento, de bordes peculiares que recuerdan la mordedura de una rata, motivo por el que se denominó “*ulcus rodens*”. Actualmente, se define como un tumor epitelial maligno originado en células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis y la vaina radicular externa del pelo, con localización predominante en áreas fotoexpuestas y mayor incidencia en individuos de fototipo claro, generalmente entre la tercera y sexta décadas de la vida. Los carcinomas basocelulares tienen crecimiento lento, rara vez metastatizan, aunque pueden causar invasión local y dañar el tejido, cartílago e, incluso, el hueso.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 72 años, con antecedente de hipertensión arterial, con una neoformación eritematosa, ulcerada, en el ala y pared lateral nasal derecha, de seis meses de evolución. La dermatoscopia mostró fondo eritematoso, nidos ovoides y vasos arboriformes. El estudio de la biopsia por escisión con márgenes oncológicos confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular; se hizo reconstrucción inmediata con colgajo bilobulado.

CONCLUSIONES: El colgajo bilobulado constituye una técnica de reconstrucción quirúrgica al defecto de la pirámide nasal, satisfactoria y efectiva a largo plazo por sus resultados estéticos y funcionales.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma basocelular; úlcera; estético.

Abstract

BACKGROUND: Basal cell carcinoma was initially described by Jacob in 1827 as a very slow-growing facial ulcer with peculiar borders resembling a rat bite, which is why it was named “*ulcus rodens*”. Currently, it is defined as a malignant epithelial tumor originating in pluripotent cells of the basal layer of the epidermis and the external root sheath of the hair, predominantly located in photoexposed areas and with a higher incidence in individuals with a light phototype, generally between the third and sixth decades of life. Basal cell carcinomas are slow-growing and rarely metastasize, although they can invade locally and involve tissue, cartilage, and even bone.

CLINICAL CASE: A 72-year-old female patient with a history of arterial hypertension who presented with an erythematous, ulcerated neoplasm on the ala and lateral wall of the right nose, which had been present for six months. Dermoscopy showed an erythematous fundus, ovoid nests, and arborescent vessels. An excisional biopsy with oncological margins was performed, confirming basal cell carcinoma, followed by immediate reconstruction with a bilobed flap.

CONCLUSIONS: The bilobed flap is a surgical reconstruction technique for nasal pyramid defects that yields satisfactory and effective long-term aesthetic and functional results.

KEYWORDS: Basal cell carcinoma; Ulcer; Aesthetic.

¹ Residente de segundo año del posgrado de Dermatología.

² Residente de tercer año del posgrado de Dermatología.

³ Médico internista-dermatólogo. Jefa del servicio de Dermatología. Profesora titular de la Escuela de Medicina y coordinadora del posgrado de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0007-3576-0965>

Recibido: noviembre 2024

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia

Alcira Lisbeth Torres
Alcira.lisbeth25@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Torres A, Andazora E, Rivero M, Vivas S. Colgajo bilobulado: una alternativa quirúrgica en carcinoma basocelular ulcerado nasal. *Dermatol Rev Mex* 2026; 70 (5): 696-700.

ANTECEDENTES

El carcinoma basocelular lo describió inicialmente Jacob en 1827 como una úlcera facial de crecimiento muy lento, de bordes peculiares que recuerdan la mordedura de una rata, motivo por el que se denominó “*ulcus rodens*”. Actualmente, se define como un tumor epitelial maligno originado en células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis y la vaina radicular externa del pelo, con localización predominante en áreas fotoexpuestas y mayor incidencia en individuos de fototipo claro, generalmente entre la tercera y sexta décadas de la vida. Los carcinomas basocelulares tienen crecimiento lento, rara vez metastatizan, aunque pueden causar invasión local y dañar el tejido, cartílago e, incluso, el hueso.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 72 años, ama de casa, residente de Carabobo, Venezuela, con antecedente de hipertensión arterial sistémica diagnosticada desde el año 2000, en tratamiento con losartán potásico a dosis de 50 mg. Acudió al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera por padecer una dermatosis localizada en el ala y pared lateral nasal derecha, caracterizada por una neoformación eritematosa, de bordes regulares, bien definidos, sobreelevados y traslúcidos, con telangiectasias y ulceración central, de aproximadamente 0.6 mm de diámetro y seis meses de evolución. **Figura 1A**

La dermatoscopia con luz polarizada mostró fondo eritematoso, nidos ovoides, vasos arboriformes, ulceración central y erosiones. Ante la sospecha de neoplasia cutánea, se hizo resección en bloque de la lesión con márgenes oncológicos de 0.7 mm (**Figura 1B**), que resultó en un defecto quirúrgico de 13 mm que afectó tres subunidades estéticas: punta nasal, pared lateral y ala nasal. La reconstrucción inmediata se hizo mediante colgajo de transposición bilobulado de base inferior. **Figura 1C**

El estudio histopatológico reveló una proliferación de pequeñas células basaloideas agrupadas en islotes sólidos, con disposición en empalizada en la periferia, que confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular ulcerado nasal. **Figura 2**

Los bordes de resección estuvieron libres de infiltración neoplásica y la paciente tuvo una excelente evolución clínica. **Figura 3**

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular, también conocido como epiteloma malpighiano de Darier, epiteloma anexial de Foot y Masson, basalioma o epiteloma basocelular, representa entre el 80 y el 90% de todos los cánceres cutáneos, y constituye el tumor maligno más frecuente en humanos.¹ Este tumor se origina a partir de células indiferenciadas y pluripotentes de la capa basal de la epidermis y de los anexos cutáneos. Si bien su crecimiento es generalmente lento y su potencial metastásico es bajo, la invasión local puede causar alta morbilidad debido a la destrucción de tejidos adyacentes, lo que subraya la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

En términos clínicos, el carcinoma basocelular afecta predominantemente áreas fotoexpuestas; la cabeza y el cuello son el sitio más común en el 80% de los casos, seguidos por el tronco en un 15%; las extremidades también pueden verse afectadas, aunque con menos frecuencia.² El arsenal terapéutico incluye opciones quirúrgicas y no quirúrgicas. Entre las no quirúrgicas destacan el imiquimod tópico, el 5-fluorouracilo, la terapia fotodinámica, el interferón intralesional, la radioterapia y los inhibidores de la vía Hedgehog. Sin embargo, la escisión quirúrgica sigue siendo el patrón de referencia debido a su alta eficacia y tasas de curación que varían entre el 90 y el 95% a los cinco años, con márgenes quirúrgicos recomendados de 4 a 5 mm,³ por lo que se seleccionó este tratamiento en la paciente del caso.

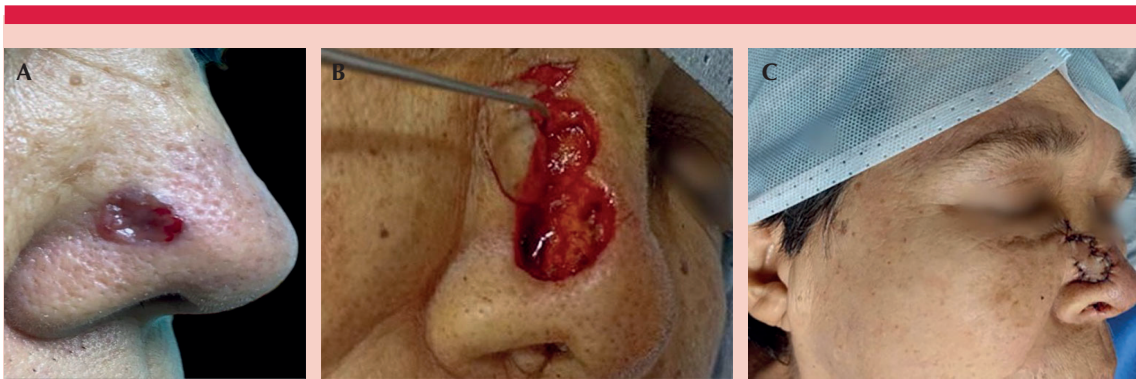


Figura 1. **A.** Lesión eritematosa, de bordes regulares, bien definidos, sobreelevados y translúcidos, con telangiectasias y ulceración central de 0.6 mm de diámetro, localizada en el ala y la pared lateral nasal derecha. **B.** Resección en bloque de la lesión previo marcaje con márgenes oncológicos de 0.7 mm, quedando un defecto quirúrgico de 13 mm que abarca tres subunidades estéticas: punta nasal, pared lateral y ala nasal. **C.** Reconstrucción inmediata del defecto quirúrgico mediante colgajo de transposición bilobulado de base inferior.

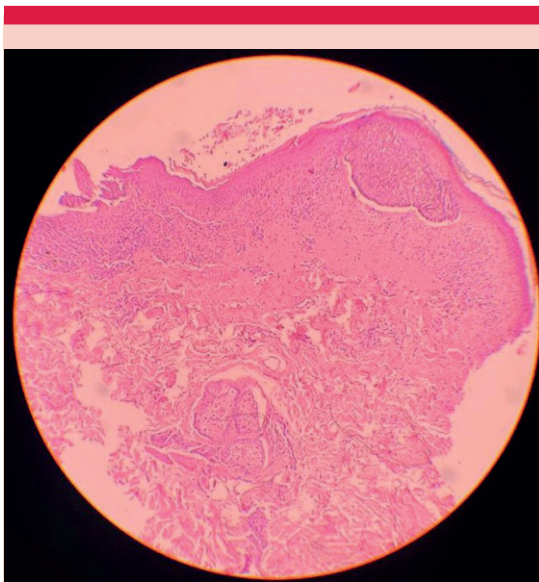


Figura 2. Lámina histológica de piel teñida con hematoxilina-eosina a 40 y 100x, respectivamente. Se evidencia un tumor formado por una proliferación de pequeñas células basaloideas agrupadas en islotes sólidos con disposición en empalizada hacia su periferia.

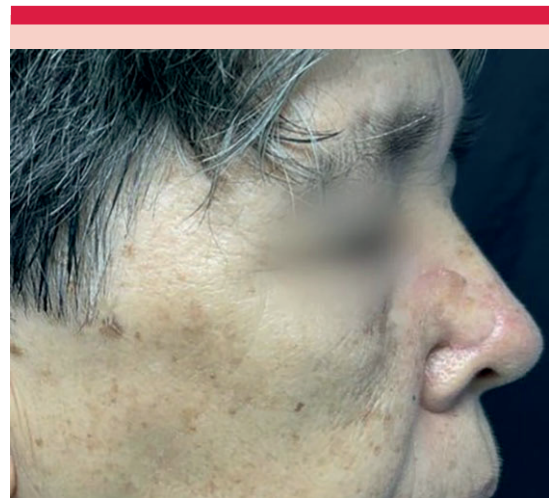


Figura 3. Evolución de la paciente tres meses después de la intervención quirúrgica con cicatrización y resultado estético adecuados.

La nariz, por sus características anatómicas y exposición crónica a la radiación ultravioleta, es una localización frecuente del carcinoma basocelular. La reconstrucción de los defectos quirúrgicos en la pirámide nasal representa un reto significativo para el dermatólogo porque requiere restaurar la función y la estética de una zona visible y compleja.^{3,4} La elección del procedimiento reconstructivo depende de múltiples factores, como el tamaño, la localización, la forma del defecto, la calidad y disponibilidad de tejidos circundantes, así como de las características individuales del paciente: edad, sexo, enfermedades asociadas, tabaquismo, ocupación y expectativas estéticas. La preservación de la permeabilidad de la vía aérea es decisiva, especialmente en defectos localizados en las alas nasales y narinas.^{5,6}

Para tratar defectos pequeños de hasta 5 mm, el cierre primario suele ser suficiente; en defectos medianos (6 a 20 mm), los colgajos locales son la opción de elección, mientras que en defectos mayores de 20 mm se requieren colgajos regionales. El colgajo bilobulado, descrito inicialmente por Esser en 1918 y modificado por Zitelli en 1989,⁷ se utiliza ampliamente en la reconstrucción del tercio distal de la nariz. Este tipo de colgajo consiste en la movilización de dos lóbulos adyacentes al defecto, que comparten una sola base vascular y se rotan en dos direcciones para cubrir el área resecada. El primer lóbulo, de tamaño similar al defecto, se desplaza para cubrirlo; el segundo lóbulo, más pequeño, cubre el área donante del primero; finalmente, el defecto secundario se cierra de manera directa. Esta distribución de fuerzas permite una adecuada cobertura, preserva la textura, color y contorno nasales y minimiza las deformidades y el exceso de tejido.^{7,8}

El colgajo bilobulado es especialmente útil para tratar defectos de 1 a 2 cm de diámetro en el tercio inferior de la nariz, donde la laxitud cutánea y la disponibilidad de tejido adyacente facilitan

su realización. El diseño debe adaptarse a la localización y tamaño del defecto, así como a las características individuales del paciente. La técnica permite obtener excelentes resultados estéticos y funcionales, con baja morbilidad en la zona donante y escasas complicaciones.⁸

CONCLUSIONES

El colgajo bilobulado constituye una técnica de reconstrucción quirúrgica al defecto de la pirámide nasal, satisfactoria y efectiva a largo plazo por sus resultados estéticos y funcionales, como los evidenciados en la paciente del caso. Aporta cobertura adyacente al defecto, permite mejor distribución de la tensión, contribuye a minimizar distorsiones, y puede hacerse en un solo tiempo quirúrgico y de forma ambulatoria.

DECLARACIONES

Conflictos de interés

No se reportan conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Vélchez-Márquez F, Borregón-Nofuentes P, Barchino-Ortiz L, et al. Carcinoma basocelular cutáneo: diagnóstico y tratamiento en atención especializada dermatológica. Guía de Práctica Clínica de la AEDV. *Actas Dermosifiliogr* 2020; 111 (4): 291-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.07.006>
2. Martínez-Murillo AC, Corona-Rodarte E, Sánchez-Márquez AP. Carcinoma basocelular de manifestación clínica atípica. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (6): 758-61. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8319>
3. Urrego F, Faura C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. *Rev Clin Med Fam* 2015; 8 (2). <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2015000200014>
4. Tanese K. Diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Curr Treat Options Oncol* 2019; 20 (1): 13. <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0610-0>
5. Román J, Yébenes M. Resolución de los defectos quirúrgicos de la pirámide nasal. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98 (5): 302-11. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(07\)70073-X](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(07)70073-X)
6. Ariza S, Espinoza S, Naranjo M. Terapias no quirúrgicas para el carcinoma basocelular: revisión. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108 (3). <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.01.018>

7. Castillo D, Yagnam M, Troncoso A, et al. Colgajo bilobulado en epitelomas basocelulares nasales. Rev Chil Cir 2014; 66 (3). <https://doi.org/10.4067/S0718-40262014000300004>
8. Samudio E, Cardozo R, Feltes M, et al. Utilidad del colgajo bilobulado en defectos por carcinoma basocelular de la región facial. Reporte de casos. Cir. Parag 2023; 47 (3). <https://doi.org/10.18004/sopaci.2023.diciembre.31>

