

# Colgajo en filete como tratamiento de carcinoma basocelular recidivado

## Fillet flap as treatment of recurrent basal cell carcinoma

Justo La Torre<sup>1</sup>, Ricardo Botache<sup>2</sup>, Agustina Chidichimo<sup>3</sup>

### RESUMEN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno de piel con el que más frecuentemente se enfrenta el cirujano plástico, y los CBC recidivados se presentan como un reto en cuanto a su resolución. Por su parte, los queloides que resultan de un proceso patológico de cicatrización tienen múltiples alternativas para su tratamiento. Se describe la versatilidad del colgajo en filete como tratamiento de un CBC recidivado retroauricular, a través de la presentación de un caso clínico.

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the malignant skin tumor which most frequently is a challenge to the plastic surgeon, and basically the recurrent BCC shows a challenge in terms of resolution. On the other hand, keloids are a consequence of a disease healing process. However, these have multiple choices for treatment. As the versatility of the fillet flap described as treatment of recurrent basal cell carcinoma BCC, by through the presentation of a case report.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):101-104

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma o epiteloma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente de la piel, constituyendo el 75% de todos los carcinomas en ella. La localización más habitual es en la cabeza y en el cuello (85%).<sup>1</sup>

El índice de recidiva de los tumores postratamiento quirúrgico varía entre un 16 y un 100% de los casos. Dichas recidivas son atribuidas a exéresis con márgenes de seguridad comprometidos en la mayoría de los casos<sup>2</sup>, pero también se relaciona con ciertas variedades histológicas como el morfea, esclerosante, o mixto; o con la presencia de más de tres tumores en el mismo paciente<sup>3</sup>.

Por su parte, los queloides son el resultado de un proceso de cicatrización patológica, en la cual hay una excesiva formación y depósito de colágeno, sintetizado principalmente por los fibroblastos.<sup>4</sup>

Los queloides tienen preferencia por ciertas áreas anatómicas como la oreja, y su extirpación quirúrgica tiene un índice de recidiva de 45-100% de los casos<sup>5</sup>. Es por esto que su tratamiento se presenta como un desafío para todo cirujano plástico.

El colgajo en filete, descrito en un comienzo, aunque con distinto nombre (*keloid core extirpation*) por Lee et al<sup>6</sup> y posteriormente por Kim et al<sup>7</sup>, propone una opción quirúrgica para extirpación queloide, con un bajo índice de recidiva aun sin tratamiento adyuvante posquirúrgico.

### OBJETIVO

Describir la versatilidad del colgajo en filete como tratamiento de un CBC recidivado retroauricular, a través de la presentación de un caso clínico.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se expone el caso clínico de un paciente de 65 años, oriundo de Paraguay, de ocupación agricultor (Figura 1A), con antecedente de exéresis de CBC a nivel frontal y en pabellón auricular izquierdo en el 2010 en su país de origen. Acude al servicio por presentar una importante secuela queloidea en remanente auricular izquierdo (Figura 1B), con altas implicaciones estéticas para el paciente.

Además, se identifica tumoración retroauricular izquierda de 3,2x2,3 cm, sobreelevada, con úlcera central, eritematosa, con bordes superficiales no definidos (Figura 1C), la cual es interconsultada con el Servicio de Dermatología del hospital, que considera lesión compatible con CBC recidivado.

Posterior a exéresis de lesión retroauricular, se plantea un procedimiento de reconstrucción auricular en varios tiempos quirúrgicos, requiriendo toma de cartílago costal y/o de concha auricular contralateral para la reconstrucción del hélix. Se explica la complejidad del procedimiento al paciente, quien no está de acuerdo con su realización.

1. Jefe de Servicio,

2. Concurrente 5 año,

3. Cursista UBA 3 año.

Hospital General de Agudos "Enrique Tornú". Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, CABA, Rep. Argentina.

✉ Correspondencia: jlatorrev@intramed.net

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 6/11/2016 | Aceptado: 4/12/2016



Figura 1. A. paciente 65 años. B. Queloides de remanente auricular superior. C. Lesión retroauricular

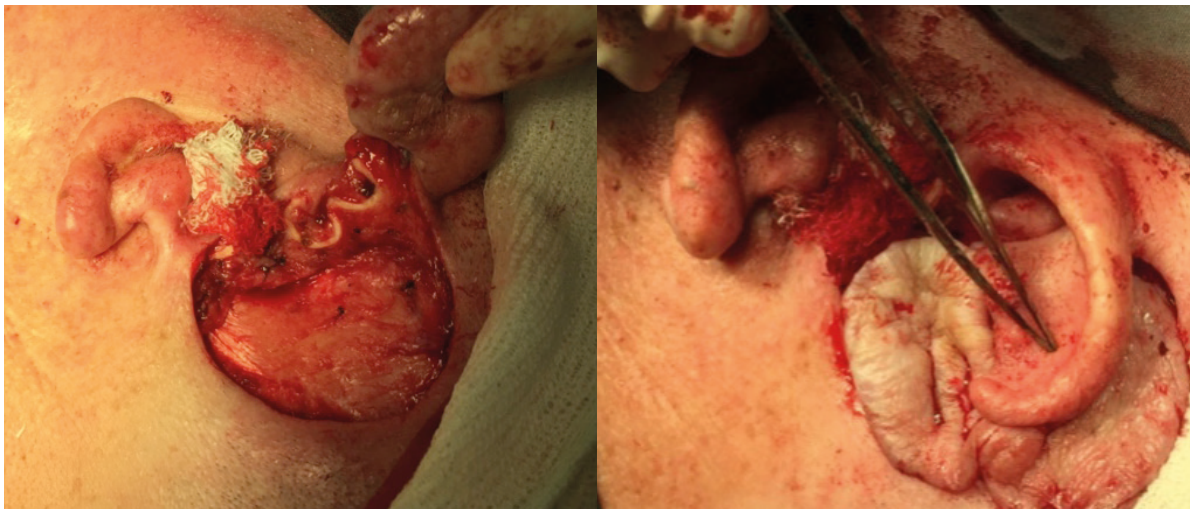


Figura 2. A. Plano perióstico posterior a exéresis de CBC. B. Ubicación de colgajo en filete bilobulado.

De acuerdo con la experiencia del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Tornú con el uso del colgajo en filete para el manejo de los queloides auriculares<sup>8</sup>, se decide realizar exéresis de carcinoma basocelular recidivado retroauricular con márgenes libres, y cubrimiento del defecto con colgajo en filete de queloide auricular, resolviendo los dos problemas que preocupaban al paciente: la patología tumoral y el queloide auricular.

## PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia local, con infiltración de lidocaína más epinefrina al 1%, se realiza la exéresis de lesión retroauricular. Los márgenes de seguridad en la periferia serán de 5 mm y la exéresis se completa hasta hasta plano perióstico (Figura 2A).

Se realiza infiltración con lidocaína sin epinefrina de queloide auricular, se talla colgajo en filete bilobulado, incidiendo queloide a nivel medial y retirando escaso tejido fibroso central del mismo. Se ubica el colgajo tallado en defecto de cobertura dejado por exéresis

de pieza quirúrgica (Figura 2B), se fija con puntos de nylon, se deja curación plana ligeramente compresiva.

## DISCUSIÓN

Las localizaciones faciales de alto riesgo para el CBC, por un mayor índice de recurrencia tumoral y de posibilidades de invasión a estructuras adyacentes y subyacentes, se encuentran en la región periocular, nariz, surco nasogeniano, preauricular, surco retroauricular, pabellón auricular y cuero cabelludo. En estas zonas existen distintos factores como son la mayor densidad de nervios y de glándulas sebáceas, además de que la dermis se encuentra más cercana al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensiones laterales y profundas más importantes<sup>9</sup>. Para el caso expuesto del paciente presentado con un CBC recidivado de las dimensiones descriptas en el área retroauricular, el diagnóstico y tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión con márgenes de piel sana. Con la extirpación completa del tumor, queda en manos del cirujano plástico la resolución del defecto de



Figura 3. A. Paciente vista frontal preoperatorio. B. Posoperatorio 3 meses.



Figura 4. A. Preoperatorio perfil. B. Posoperatorio 2 meses.



Figura 5. A. Preoperatorio detalle queloide. B y C. Posoperatorio.

cobertura dejado, para lo cual cuenta con múltiples herramientas, desde el cierre simple, injertos, colgajos locales, colocación de expansores, hasta el uso de técnicas microquirúrgicas.

El cierre simple para el caso clínico, debido a la ubicación y las dimensiones de la lesión no se considero una buena alternativa terapéutica. Se discutió como opción terapéutica el uso de injerto de piel parcial, el cual re-

quería un sitio donante, agregándole un área de comorbilidad por lo que debido a las características propias del paciente se descartó. Un colgajo de avance de la región occipital es una buena alternativa para la resolución de lesiones retroauriculares<sup>10</sup>. Sin embargo esta técnica no resuelve el queloide auricular que presenta el paciente, por la misma razón se descartó el uso de expansores. Por último, no hay muchos casos descriptos que reúnan la condición característica del paciente de una lesión oncológica retroauricular y un queloide importante auricular.

## CONCLUSIÓN

En el contexto del caso clínico expuesto, de un paciente que rechazaba procedimientos quirúrgicos complejos, y su prioridad se centraba en la eliminación del queloide auricular por la connotación estética, consideramos una buena alternativa quirúrgica el uso del colgajo en filete para la resolución de la patología oncológica usándolo a manera de cobertura de la exéresis del tumor retroauricular.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neville et al. *Oral and maxillofacial pathology*. Mosby; 2003: 244-49.
2. Rippey JJ, Rippey E. Characteristics of incompletely excised basal cells carcinomas of the skin. *Med J Australian* 1997;166(11):581-3.
3. Friedman HI, et al. Recurrent basal cell carcinoma in margin positive tumors. *Ann Plast Surg* 1997;38(3):232-5.
4. Ketchum LD. Hypertrophic scars and keloids. *Clin Plast Surg* 1977;4:301-10.
5. Lawrence NT. In search of the optimal treatment keloids: report of a series and a review of literature. *Ann Plast Surg* 1991;27:164-78.
6. Lee Y, Minn KW, Baek RM, Hong JJ. A new surgical treatment of keloid: keloid core excision. *Ann Plast Surg* 2001;46:135-40.
7. Kim DY, Kim ES, Eo SR. A surgical approach for earlobe keloid: keloid fillet flap. *Plas Reconstr Surg* 2004;113:1668-74.
8. Botache R, Pontecorvo S, Chidichimo A. Aproximación al tratamiento de queloides auriculares mediante la combinación de colgajo en filete, triamcinolona y presoterapia. A propósito de un caso. *Revista Argentina de Cirugía Plástica* 2015; Volumen XXI, Número 1: 157-160.
9. Consenso sobre Carcinoma Basocelular Carcinoma Espinocelular. *Sociedad Argentina de Dermatología*. 2005.
10. Hoffmann John F. Reconstruction of the Scalp. En: *Local Flaps in Facial Reconstruction*. Baker SR. Elsevier USA. 2007:609-10.