

11211  
14  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA  
"MAGDALENA DE LAS SALINAS"

I. M. S. S.

"RECONSTRUCCION EN ONCOLOGIA CON  
COLGAJOS CUTANEOS TIPO MUSTARDE"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

EDUARDO GARCIA GUTIERREZ

ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS MERINO RODRIGUEZ



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MEXICO D.F. a 18 de ENERO de 1991.

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE POSGRADO  
PRESENTE.

A QUIEN CORRESPONDA:


Los que suscriben, Dr. Heriberto Rangel Gaspar, Titular del curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva, y el Dr. Juan Olvera Barajas, Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Magdalena de las Salinas" IMSS, autorizamos el Trabajo de Investigación:

"RECONSTRUCCION EN ONCOLOGIA CON COLGAJOS CUTANEOS TIPO MUSTARDE",


Tesis del DR. EDUARDO GARCIA GUTIERREZ, para obtener la Especialidad de Cirujano Plástico Reconstructivo, por considerar que se encuentra debidamente terminada.

Sin otro particular nos despedimos de Usted

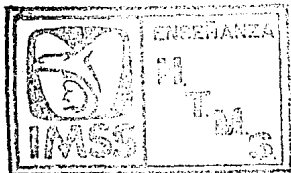
Atentamente.



DR. HERIBERTO RANGEL GASPAR  
Profesor Titular del Curso de  
Cirugía Plástica y Reconstructiva.



DR. JUAN OLVERA BARAJAS  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
del Hospital de Traumatología y  
Ortopedia "Magdalena de las Salinas"



MEXICO D.F. a 18 de ENERO de 1991.

DR. HERIBERTO RANGEL GASPAR.

Profesor Titular del Curso de  
Cirugía Plástica y Reconstructiva,  
Instituto Mexicano del Seguro Social.


PRESENTE.

Estimado DR. RANGEL :

Me permito informar a Usted que habiendo sido designado Director del Proyecto de Investigación de Tesis, consistente en :  
" Reconstrucción en Oncología con Colgajos tipo Mustardé ", realizada por el DR. EDUARDO GARCIA GUTIERREZ, precedí a la evaluación del desarrollo del mismo, y concluyendo :

Que el Trabajo de Investigación se encuentra satisfactoriamente concluído, y es de Aprobarse por reunir los requisitos que exige los estatutos Universitarios.

Atentamente.

  
DR. CARLOS FERMÍN RODRIGUEZ  
Director de Tesis

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA  
" MAGDALENA DE LAS SALINAS " IMSS

Curso Universitario de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Profesor Titular del Curso: Dr. Heriberto Rangel Gaspar  
Profesores Adjuntos: Dr. I. Héctor Arámbula Álvarez  
Dr. Francisco Orea Rojas  
Jefe de Enseñanza del HTOMS Dr. Juan Olvera Barajas  
Asesor de Tesis: Dr. Carlos Merino Rodríguez

" RECONSTRUCCION EN ONCOLOGIA CON  
COLGAJOS CUTANEOS TIPO MUSTARDE "

Autor: DR. EDUARDO GARCIA GUTIERREZ

Tesis Inédita.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

I.M.S.S. - U.N.A.M. Facultad de Medicina.

Departamento de Posgrado.

México, D.F. 1991.

GENERACION 1988 - 1991

## INDICE

### AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION	<u>PAGINA</u>
CAPITULO I	
JUSTIFICACION .....	1
CAPITULO II	
PROBLEMA .....	4
CAPITULO III	
HIPOTESIS .....	5
CAPITULO IV	
OBJETIVOS .....	6
CAPITULO V	
DELIMITACION DEL SIGNIFICADO DE TERMINOS .....	7
CAPITULO VI	
LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	9
CAPITULO VII	
ANTECEDENTES .....	10
CAPITULO VIII	
DISEÑO DE INVESTIGACION .....	23
CAPITULO IX	
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO .....	26
CAPITULO X	
CONCLUSIONES .....	47
CAPITULO XI	
CASOS CLINICOS .....	50

### BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente estudio surge de la preocupación que existe en el medio de la Cirugía Plástica y Reconstructiva de conocer ¿cuál?, o ¿cuales? son las complicaciones más frecuentes de la reconstrucción del párpado inferior y mejilla con el colgajo cutáneo tipo Mustardé.

En la reconstrucción de defectos oncológicos existen generalmente grandes resecciones tumorales las cuales, cuando se localizan en la región de la cara, presentan un reto al cirujano para restablecer la armonía estética y funcional de esta región. Se han ideado múltiples procedimientos reconstructivos para restablecer la integridad anatómica y funcional de los tejidos perdidos, sin que ninguno hasta el momento sea totalmente perfecto.

Varios de los procedimientos antiguamente utilizados han sido abandonados por ser de resultados poco satisfactorios. Los actuales presentan dificultad para reintegrar la armonía facial y restablecer anatómicamente la función perdida. Varios de ellos dejan deformidades aparentes con cicatrices visibles que contraindican su uso.

Este trabajo contempla principalmente la necesidad de conocer las complicaciones que se presentan con el uso del colgajo tipo Mustardé en la reconstrucción de defectos oncológicos, y así mismo, el definir los procedimientos para corregirlas y prevenir su posterior aparición.

Para tal efecto, se ha realizado un estudio que contemple por capítulos la justificación, el problema, las hipótesis, los objetivos, la delimitación de términos y las limitaciones del estudio. Además capítulos subsecuentes en donde se encuentren los estudios previos y revisión de la literatura existente sobre el tema en estudio, el diseño de investigación distinguiendo: el tipo de estudio y diseño utilizados, escenario y criterios de selección. Otros más que incluyan la descripción general del estudio realizado.

Por último, se definirán las variables, el nivel de medición, así como el tratamiento estadístico y los resultados.

Finalmente, se expondrá un sumario, con la discusión de resultados y las conclusiones.



## CAPITULO I

### JUSTIFICACION

Un axioma en la reparación de estructuras faciales es que el defecto debe reconstruirse con la mejor fuente de material donador, la cuál debe ser un tejido similar. Si se utilizan tejidos de áreas de cabeza y cuello en juxtaposición a la mejilla para reconstruirla conjuntamente con el párpado inferior, los resultados estéticos y funcionales serán superiores. Aunque esto no siempre es posible, el cirujano debe pensar en éstas áreas primariamente, pues el uso de otros procedimientos como lo son los colgajos libres micro-vascularizados son más dramáticos y técnicamente más difíciles de realizar, con un color y grosor que a menudo son inapropiados para reparar éstas áreas.

La patología tumoral es amplia, y abarca de una manera importante la región de la cara. Así, en un estudio realizado por Guerrero Santos y López-Luque (10) en 1988 en nuestro país, encontraron que en un periodo de 25 años (1960 a 1985) fueron estudiados 2328 casos de carcinomas basocelulares, ocurriendo lesiones múltiples en 436 casos. De un total de 2096 lesiones en piel cabelluda, cara y cuello, 236 estuvieron localizadas en regiones de mejilla y párpado inferior.

En general, los tumores benignos no representan un gran problema en su resección y reconstrucción, pudiendo ser rasurados o realizar su resección limitada y cierre primario. Las excepciones incluyen hemangiomas, neurofibromas y linfangiomas en donde las resecciones son técnicamente difíciles. En Hemangiomas la consideración más importante es el tiempo quirúrgico, especialmente en infantes. Si el eje visual se ocluye, el desarrollo apropiado de una función retiniana y su repercusión en la visión puede alterarse. La decisión urgente en base a los métodos de tratamiento de hemangiomas no siempre la hace exitosa (8).

Los neurofibromas son difíciles de manejar, y a menudo incluyen estructuras anatómicas normales. Su resección sin destrucción de estructuras normales y funciones es casi imposible. La escisión quirúrgica puede ser subóptima con respecto al resultado final estético y funcional.

Los tumores malignos son menos frecuentes, pero presentan a menudo retos difíciles para su reconstrucción posterior a su resección. El axioma más importante en la escisión de tumores malignos es que ésta debe ser adecuada primariamente, lo cuál es imperativo particularmente en tumores recurrentes.

La cantidad de tejido normal en los márgenes alrededor del tumor no siempre puede medirse en milímetros, sino que debe ser motivo de un juicio basado en la experiencia del cirujano, tipo de tumor, área comprometida y los hallazgos patológicos. Un carcinoma basocelular primario bien definido puede researse con márgenes quirúrgicos de 1-2 mm, mientras que uno mismo que recurre después de irradiación, cauterización o inadecuada resección quirúrgica, debe ser escindido más ampliamente. Los reportes patológicos no siempre son adecuados para determinar las cantidades de tejido a resear. Pueden quedar "nidos" de células tumorales inactivas y recurrir aún años después. Los Melanomas pueden presentar un problema en determinar que tan extensa debe ser la resección. El juicio debe balancearse entre la necesidad de conservar el tejido del párpado por ejemplo, y entre la escisión quirúrgica con adecuados márgenes. El conocimiento del nivel de invasión, la extensión del tumor y la edad del paciente son importantes al hacer una decisión de resección quirúrgica (6,15).

La utilización de tejidos en juxtaposición al defecto es superior en la reconstrucción del párpado inferior y mejilla, como lo es igualmente la utilización de un colgajo de rotación de mejilla para ésta --- área descrito inicialmente por Mustardé (24). Unas de las ventajas de la utilización de éste colgajo cutáneo son su fácil accesibilidad y técnica operatoria, suficiente piel laxa en el grupo de edad mayormente utiliza-

-do, y una distorsión mínima en la cobertura de grandes defectos posterior a resecciones Oncológicas.

Así mismo, se llenan los objetivos de reconstrucción delineados por Kelly (12):

- 1-. Restauración de la continuidad.
- 2-. Restauración y mantenimiento de la forma y volumen.
- 3-. Restablecimiento de la función y estética.

En el Hospital de Oncología del CENTRO MEDICO NACIONAL (CMN) del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ( I.M.S.S.), se ha utilizado el colgajo cutáneo tipo Mustardé para reconstruir la mejilla y párpado inferior posterior a la Cirugía Oncológica.

La presente investigación se realiza para conocer la casuística, resultados y complicaciones de dicho procedimiento, comparándola con los resultados obtenidos en la literatura para conocer la evolución en nuestro medio, el tipo de complicaciones y su manera de corregirlas y prevenirlas.

## CAPITULO II

### PROBLEMA

Metodológicamente, toda investigación debe concentrarse en la resolución del problema que le ha dado origen. Diversos autores como Félix (7), Lartigue (14), Canales (5) y Vázquez (43), coinciden en que la actividad que tiene como finalidad el descubrimiento del conocimiento es la investigación, y que su verdadero problema es el que planteado en forma de pregunta exhibe conocimientos desconocidos hasta ese momento, puntualizando la trascendencia del mismo.

La presente investigación parte del siguiente planteamiento:

¿Cuál es la casuística, indicaciones y complicaciones postquirúrgicas, estéticas y funcionales de la reconstrucción de mejilla y párpado inferior con colgajos cutáneos tipo Mustardé en pacientes Oncológicos ?.

CAPITULO III

HIPOTESIS

Las hipótesis son básicamente "la respuesta tentativa que se propone como solución a la pregunta o problema de investigación".

Macín (16) refiere que " para plantear las hipótesis es necesario establecer premisas ".

Premisa mayor: Algunas cirugías suelen complicarse.

Premisa menor: La reconstrucción de mejilla y párpado inferior es una cirugía.

Por lo tanto: La reconstrucción de mejilla y párpado inferior puede complicarse.

Con base a la conclusión de este razonamiento lógico, surgen las siguientes hipótesis conceptuales:

H1: La Reconstrucción de mejilla y párpado inferior con colgajos cutáneos tipo Mustardé tiene las mismas complicaciones que la rotación de colgajos en general.

H2: La reconstrucción con colgajos cutáneos tipo Mustardé restituye la estructura normal de la cara.

H3: La reconstrucción de mejilla y párpado inf. con colgajos cutáneos tipo Mustardé permite la función del párpado inf. y mejilla.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

Los objetivos son los criterios de funcionamiento que responden a las preguntas fundamentales acerca de la planeación, realización y evaluación del proceso de investigación.

1-. Objetivo general:

Determinar las implicaciones, consecuencias y efectos de la reparación de mejilla y párpado inferior con colgajo cutáneo tipo Mustardé.

2-. Objetivo particular:

Revisar expedientes de pacientes oncológicos desde Abril/1987. Comparar la evolución de estos pacientes con reportados bibliográficamente.

3-. Objetivo específico:

Analizar las semejanzas y diferencias existentes entre las complicaciones y evolución de los pacientes estudiados.

## CAPITULO V

### DELIMITACION DEL SIGNIFICADO DE TERMINOS

Pardinas (30) sostiene que los términos que se empleen dentro de una investigación, deben definirse de una manera empírica, fidedigna y operacional. Puntualizando que en caso de existir más de un sentido para el término empleado, debe enfatizarse el significado que el autor de la investigación considere el adecuado para facilitar y agilizar la comprensión de su texto.

Robbins (39) refiere que en sentido literal, neoplasia significa "nuevo crecimiento" o "neoformación", y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Agrega que es necesario aclarar las palabras tumor y cáncer, debido a que "tumor" denota sencillamente la tumefacción que es, de hecho, uno de los signos cardinales de la inflamación.

La palabra Oncología (oncos = tumor) es el estudio de los tumores o, más exactamente, el estudio de las neoplasias. Cáncer es el nombre común para todos los tumores malignos, y teniendo su origen muy antiguo, y que depende de comparar al cangrejo con estas masas neoplásicas que se sujetan tércamente. Los calificativos benignos y malignos, según se aplican a neoplasias, tienen deducciones clínicas. Benigna significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se diseminará por el cuerpo (no dará metástasis) y es susceptible de extirpación, con cura del paciente. Es en cambio que, casi todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades desagradables de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo, que origina la muerte (29,39).

Por colgajo, se debe entender la definición de Grabb (9), quien lo describe como " el tejido subcutáneo y piel que se trasplantan desde una parte del cuerpo a otra, provisto en todo momento de un pedículo vascular o punto de unión al organismo, con fines de nutrición" Estos son los colgajos cutáneos por definición.

Además, se han descrito los colgajos miocutáneos que son igual que los cutáneos, constando con una porción de piel y tejido subcutáneo que se trasladan de una parte del cuerpo a otra llevando un músculo donde se encuentra el pedículo.

Grabb y Smith (9) refieren que " un injerto de piel es un segmento de la dermis y epidermis que ha sido privado totalmente de su aporte sanguíneo y del punto de unión del donante antes de ser trasplantado a otra zona del organismo, denominada lecho receptor".

Mustardé (25) menciona que el Ectropión " es un giro hacia delante del borde palpebral, pudiéndose hallar como afección congénita, o surgir como una deformidad adquirida ". Se puede limitar a un desplazamiento hacia fuera, casi imperceptible, del punto lagrimal con respecto al globo ocular, con o sin epífora. En las formas graves de ectropión tiene lugar gradualmente la desecación de la conjuntiva expuesta, y en los casos prolongados pueden producirse lesiones irreversibles. Cuando sólo está afectado el párpado inferior no existe peligro para la visión, siempre que la córnea pueda quedar recubierta por el párpado superior durante el sueño; pero la eversión del párpado superior, incluso de grado moderado, es potencialmente peligrosa para la visión a causa del riesgo de exposición de la córnea, con todos los peligros inherentes, por lo que las deformidades de esta naturaleza deberán siempre ser tratadas quirúrgicamente antes de que surja esta contingencia.



## CAPITULO VI

### LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Distintos autores como Polit (33) y Pardinás (30), coinciden en que los diseños, como el que se empleó en el presente estudio cuenta con las siguientes limitaciones:

- 1-. Incapacidad para manipular de manera activa las variables independientes que interesan.
- 2-. Incapacidad para asignar al azar individuos a tratamientos experimentales.
- 3-. Posibilidad de interpretación defectuosa de los resultados.

Siendo frecuente incurrir en el problema de las deducciones falsas conocidas como " post hoc ergo propter " - " en consecuencia causado por " - .

A estas limitaciones se deben aumentar las siguientes desventajas:

- 1-. Se basa en registros para obtener información.
- 2-. La validación de la información es difícil.
- 3-. No permite establecer comparaciones causales.
- 4-. Dificulta conocer la evolución del fenómeno estudiado.

## CAPITULO VII

### ANTECEDENTES

La cara, y en particular la mejilla y párpados son estructuras importantes, no sólo de valor estético, sino también en relación a función, expresión y vitalidad facial. Así, la restauración funcional y estética de las partes deformadas debe recibir una alta prioridad. Los intentos de reconstrucción tienen por objetivo el restaurar la apariencia estética, integridad anatómica y funcional.

En párpado el objetivo primario es el de tener una cubierta adecuada para la esclera y la córnea. La córnea es responsable de la agudeza visual, y es muy sensible al desecamiento y abrasión. El movimiento normal del párpado superior es responsable de la humidificación de la córnea así como de protegerla del trauma ofensivo. Las lágrimas secretadas por la glándula lagrimal se mezclan con las secreciones de las glándulas lagrimales accesorias de Zeis y Moll, y las glándulas de Meibonio. Esta mezcla lubrica la córnea con cada parpadeo del párpado superior. Además de mantener la córnea y esclera húmedas, los párpados también protegen al ojo del viento, polvo, partículas en el aire y cuerpos extraños. Durante el sueño, el párpado superior cubre y protege la córnea y esclera del desecamiento y bloquea la entrada de luz. El párpado inferior es un importante protector de la esclera y actúa como un canal en el que corren las lágrimas al canto medial, donde el Lacus Lagrimalis localiza las lágrimas, permitiendo así su drenaje al Punctum inferior.(6,15)

Los párpados, junto con las mejillas, son estéticamente importantes porque son el punto de enfoque de la cara. Toda la gente, ya sea jóvenes o viejos, necesitan creer que tienen una apariencia normal auto-conciente. La forma de los párpados puede ser vista a distancia más allá de un cuarto, mientras que las cicatrices generalmente son visibles a una distancia convencional. Por tanto, es importante el reconstruir la forma y movimiento de los párpados para cerrarlos

a la normalidad posible. El nivel de los párpados, su forma y relación con la mejilla, la localización del canto medial y lateral son sumamente importantes. El párpado inferior debe estar en una posición adecuada y alta sin hundimientos ni ectropión. Las cicatrices deben colocarse en las líneas naturales de la piel para extenderse lo más posible, y la piel usada para su reconstrucción debe ser casi de la misma calidad, o sea delgada y flexible. Si hay colgamientos, abultamientos grasos en el párpado inferior, o marcada asimetría en relación al otro, la corrección debe realizarse. (8,9)

Además de funcional y estéticamente aceptable, la reconstrucción del párpado debe ser durable. Si la placa tarsal está perdida o si el músculo orbicular está paralizado o ausente, entonces el párpado pierde rápidamente su estabilidad. Estos componentes deben ser incorporados dentro de la reconstrucción para formar una continuidad muscular, o el soporte fascial para la reconstrucción del orbicular. El cartílago puede emplearse como una placa en la reconstrucción del tarso. Los injertos de piel cabelluda para reconstruir las pestañas a menudo tienden a permanecer en dirección equivocada, y pueden producir irritación corneal, pero son realizados por la insistencia de los pacientes. Si el margen del párpado está inestable después de servir como área donadora en el procedimiento de traslado del párpado, puede desarrollarse entropión o triquiasis. La selección del área donadora apropiada para injertos y colgajos es importante, debido a que una pobre selección puede resultar en un tinte de coloración menos favorable, o la piel tener un grosor y laxitud inapropiados.

A menudo, todos estos objetivos de reconstrucción involucran el reparar varias capas de tejidos perdidos, y estos necesitan ser restituidos para obtener un resultado superior. Con el advenimiento de nuevas técnicas, muchos de los procedimientos antes utilizados ya no son usados. Así, los avances de colgajos cutáneos y musculocutáneos nos han permitido gran imaginación y magnitud en la reconstrucción y obtener así mejores resultados.

Rogers (1988) ha detallado la Historia del desarrollo de la Cirugía Oculo-Plástica y sus tejidos circunvecinos. (40)

Von Graefe (1818) reconstruyó un párpado inferior con un colgajo de mejilla. Su método fué modificado por Fricke (1829), quien introdujo un procedimiento para ambos párpados utilizando colgajos cutáneos de área cigomática y temporal. El uso de un colgajo de brazo tipo Tagliacozzi para reconstruir el párpado inferior era una práctica común entre los cirujanos del Siglo XIX. Tales colgajos tan largos, aunque generalmente exitosos, tenían varias desventajas: 1- considerable malestar para el paciente; 2- piel trasplantada de mala coloración, textura y grosor; 3- cicatrices y deformidad en el sitio donador; y 4- función comprometida del párpado.

Después Reverdin (1869) introdujo el concepto de injerto de piel, varios intentos fueron hechos por los cirujanos de ésta época para usar ésta nueva técnica en la reconstrucción de párpados. Lawson en 1871 fué el primero en ser criticado con el uso de injertos cutáneos para corregir el ectropión. Le Fort (1872) en Francia y Wolfe (1876) en Inglaterra también tuvieron éxito en trasplantar injertos cutáneos de espesor total. No fué hasta que los principios de injertos cutáneos totales fueron bien entendidos y ampliamente usados, que el número de resultados satisfactorios con injertos cutáneos superara a los obtenidos con los colgajos.

Teale en 1860 reportó la corrección de un Simblefarón usando un colgajo conjuntival. En 1884 Bock usó membranas mucosas como injertos para reparar un defecto conjuntival. Stellwag von Carion (1889) reportó el uso de mucosa vaginal para tales propósitos.

Los pobres resultados cosméticos en la reconstrucción de párpados con injertos de brazos o piernas inspiró a Gradenigo (1904) a reconstruir un párpado con un injerto tomado de otro párpado. El fué el primero en introducir uno de los principios básicos en la reconstrucción de párpados y mejilla: "el uso de tejidos similares a estos para reparar los perdidos".

Landolt (1881) fué el primero en usar un colgajo tarsoconjuntival en la reconstrucción de defectos del párpado inferior. Este concepto fué expandido y mejorado por Cirincione (1901). En 1912 Ischreyt revirtió el procedimiento y reconstruyó un defecto del párpado superior. Esto marcó el principio de la reconstrucción de espesor total de párpados con tejidos compuestos vascularizados.

Esser (1919) fué el primero en reportar un colgajo de rotación de espesor total del párpado inferior para reparar un defecto del superior. Cutler y Beard (1955) usaron un colgajo de espesor total del párpado inferior con el mismo propósito. Mustardé (1980) delineó un sistema para reconstrucción del párpado superior con un colgajo pediculado "en switch" del párpado inferior. Desde entonces, los colgajos tarsoconjuntivales de avance para reconstrucción total o subtotal del párpado superior han sido descritos por Leone (1983).

Además del uso de injertos de piel y mucosa para reconstrucción palpebral, Blaskovics (1918) reportó el uso de injertos tarsales. El uso de colgajos en la línea mucosa en defectos del párpado sup. e inf. han sido revisados por Van der Meulen (1982). Youens y asociados (1967) y Putterman (1978) reportaron injertos compuestos de espesor total para reconstrucción del párpado superior.

La descripción de un avance de tejido en isla de párpado por Kazanjian en 1949 fué probablemente uno de los primeros reportes de colgajos en isla con pedículo subcutáneo para reconstrucción palpebral. Stephenson (1983) reportó el uso de este colgajo en isla en una reconstrucción exitosa de 91 defectos palpebrales.

El colgajo tarsoconjuntival, primero descrito por Landolt (1881) y modificado por Köllner (1911) y Hughes (1937), ha demostrado ser útil en la reconstrucción de defectos del párpado inferior.

En 1959, Mustardé revolucionó la reconstrucción orbitaria al describir la técnica de reconstrucción de párpado inferior y mejilla utilizando injertos condro-mucosos septales cubiertos con un colgajo

de rotación de mejilla para defectos totales extensos sin obstrucción de la visión y con mínima distorsión anatómica. Esto lo confirma en posteriores publicaciones (23,24,25,26).

Otros intentos de reconstrucción se han avocado, como lo son el colgajo Tarsosconjuntival ya descrito. De aparición reciente el colgajo de Anderson Weinstein (1). El uso de injertos concomitantes como el cartílago de concha para soporte tarso-conjuntiva, descrito por Matsuo y colaboradores (20). El uso de colgajos Cervico-Pectorales de rotación avocado por Becker (4), que es una extensión del tipo Mustardé, únicamente abarcando hasta la región pectoral con gran avance de tejidos para cubrir grandes áreas de mejilla. Son modificaciones a los anteriormente mencionados los descritos por Lawson (49), Papachristou (29), Patterson (31) y Wallis (46), los cuales tienen sus principales indicaciones en grandes resecciones oncológicas.

Ya Guerrerosantos y López-Luque (10) hacen una revisión de su casuística de resecciones oncológicas en mejilla y párpado inferior, y observan la gran versatilidad, facilidad técnica y buenos resultados mediante la utilización de colgajos tipo Mustardé en la reconstrucción de estas áreas.

Posnick (34) realiza una revisión de los colgajos arterializados en la reconstrucción de cabeza y cuello, observando que éstos tienen sus principales indicaciones en reconstrucciones de piso y cavidad bucal, cuello, faringostomas, resecciones tumorales de maxila y mandíbula, y en otras tumoraciones de cuello. Estos colgajos arterializados incluyen principalmente colgajos musculares y musculo-cutáneos.

Mientras que los colgajos libres son más dramáticos, con un dolor y grosor inapropiados para reparar éstas áreas, la utilización de tejidos de áreas de cabeza y cuello en juxtaposición a la mejilla para reconstruirla conjuntamente con el párpado inferior, obtendremos resultados superiores tanto cosimética como funcionalmente.

Mustardé menciona que para reconstruir un párpado suele requerirse como mínimo 2 elementos: 1- una capa externa de piel, y 2- una capa interna de mucosa, y entre ellas un esqueleto-Tarso que puede equivaler al uso de cartílago. Esto es necesario para lograr una necesidad capital, que es la consecución de un borde palpebral estable para evitar deformidades y permitir una función protectora adecuada sobre el globo ocular. Así mismo, avoca 2 principios para la reconstrucción de párpados: (23,25)

- 1-. Utilizar el párpado inferior para reconstruir el superior, pero utilizar otros tejidos para reconstruir el inferior.
- 2-. Se puede escindir hasta una 1/4 parte de la anchura del párpado, o sea prescindir del 25% del párpado, y conseguir el cierre directo del defecto sin distorsión. Esto lo podemos mediante el procedimiento de aproximación de márgenes palpebrales descrito por Mustardé (1966). (23)

o Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta al planear el tratamiento de los defectos de la cara es que, salvo que exista ya un número de cicatrices relativamente evidentes, deberá evitarse la tentación de recurrir a colgajos pequeños, en particular colgajos locales "trasplantados" desde la vertical ala horizontal o viceversa. Estos colgajos, aunque de uso comparativamente simple, tienden a ser inadecuados, producen otras deformidades, y dan a la cara un aspecto "desagradable". La misma observación se puede aplicar a colgajos a los que simplemente se les adelanta, en lugar de imprimirles rotación, para rellenar un defecto. Estos colgajos tienden a retraerse, alterando de modo gradual toda estructura comparativamente blanda, como los párpados, que pueden estar adyacentes a su terminación.

En conjunto, los colgajos voluminosos proporcionan mejor resultado, desde los puntos de vista funcional y estético, que los colgajos pequeños, y los colgajos de rotación, que llegan a los tejidos por fuera del área, mientras que al propio tiempo permiten que se lleve a cabo la reparación usando tejido local. En cirugía reconstructiva debe pensarse a gran escala para obtener resultados óptimos.

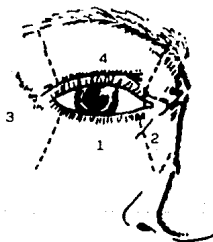


#### UNIDADES ESTETICAS DE LA CARA

- 1-. Frontal
- 2-. Supraorbitaria
- 3-. Orbitaria
- 4-. Temporal
- 5-. Auricular
- 6-. Infraorbitaria
- 7-. Nasal
- 8-. Cigomática
- 9-. Bucal
- 10-. Labial
- 11-. Parotideo-masetérica
- 12-. Mentoniana

#### DIVISION DE LA REGION ORBITARIA SEGUN MUSTARDE:

- 1-. Párpado inferior y Mejilla
- 2-. Región del canto interno
- 3-. Región del canto externo
- 4-. Párpado superior





La reparación de defectos de los tejidos profundos en la vecindad del párpado, y de las partes blandas, por medio de colgajos cutáneos puede considerarse, por conveniencias quirúrgicas, en cuatro áreas correspondientes a los 4 segmentos que rodean al ojo. Así, la región orbitaria puede dividirse en 4 sectores principales con el propósito de sustitución de tejidos por colgajos cutáneos (Mustardé 1980):(25)

- 1-. Párpado inferior y mejilla
- 2-. Región del canto interno.
- 3-. Región del canto externo
- 4-. Párpado superior

En 1959 y años subsecuentes, Mustardé diseñó un colgajo de rotación de mejilla para reconstruir 2 de las 4 áreas en que divide la región orbitaria: 1- el párpado inferior y mejilla, y 2- región del canto externo.(24)

El colgajo tipo Mustardé tiene sus principales indicaciones en defectos parciales o totales del párpado inferior que abarquen del 50 al 100% del mismo, y en defectos del canto externo y mejilla como cubierta externa cutánea.

Se realizó una breve revisión de la Literatura existente para conocer y comparar otros métodos de reconstrucción de Mejilla y Párpado inferior. Es así, que mencionaré por separado otros métodos reconstructivos para ambas regiones para englobar completamente el marco teórico de las regiones en conflicto.

#### RECONSTRUCCION DE MEJILLA

Los defectos en la mejilla pueden repararse con pequeños injertos o colgajos locales, expansión tisular y colgajos miocutáneos de otras áreas, con los que se pueden obtener buenos resultados. Antes de ellos, colgajos a distancia como el de Zovickian y similares cubrían defectos con el costo del resultado estético, además del tiempo utilizado en retardar los colgajos. En nuestros días el uso de colgajos

locales brindan mejores resultados estéticos e inmediatos.(6,8,9,15)

1-. Injertos.

Pueden ser una cubierta temporal o permanente, utilizándose para defectos restringidos de espesor parcial. Como cubierta temporal se usan para evaluar la recurrencia tumoral en ciertos casos, y posteriormente removidos para reconstrucción definitiva.

2-. Colgajos Locales.

El ya descrito tipo Mustardé. Otros locales como el Limberg para cubrir defectos pequeños.

3-. Colgajos a Distancia.

a) Colgajo Frontal: Fué el más comunmente usado para ésta área. Esta basado en la arteria temporal, levantándose como una gran unidad tomando toda la frente, aún plegándolo sobre sí mismo o volteándolo sobre sí para cubrir su superficie con injertos para defectos de espesor total. Es relativamente poco visible en la cara, pero el injerto en la frente es muy visible, aunque al paso de los años se aplanan a un grado considerable. Hay también una depresión en la mejilla debido a su poco grosor comparado al tejido de la mejilla.

b) Músculo-cutáneo de Pectoral Mayor: También utilizado en la mejilla. Ha sustituido al colgajo Deltopectoral para reconstrucción de cabeza y cuello. Basado lateralmente en la arteria toraco-acromial (Ariyan S.,1979) puede usarse para cubrir defectos tan distales como la órbita. Algunos creen que es muy grueso aunque hay discrepancias (Theogaraj SD, et al.,1980). Mehrhof (1983) reportó de 36 casos 3 necrosis, necrosis parcial en 9 y una complicación total del 59%. Ariyan (1983) reportó pérdida parcial de un pedículo en un caso de 20. Las perforantes musculares de la arteria mamaria interna nutren al músculo medialmente y basan el colgajo cuando es usado como colgajo Cervico-pectoral (Mehrfhof,1983). Este es un colgajo excelente con buenos resultados estéticos para cubrir defectos de cabeza y cuello. La porción cervical es un colgajo al azar pero no necesita retraso aunque el músculo platismo debe incorporarse a él (Becker,1978). (2,41,21,3,4)

c) Músculo-cutáneo del Trapecio: Es una excelente opción para cubierta cutánea de la parte baja de la cara. Su vascularidad es de la arteria cervical transversa que se ramifica en ramas ascendentes y descendentes. El colgajo vertical crea un defecto donador menos notorio, pero el colgajo transverso tiene un arco de rotación que lo hace aplicable para defectos bajos de mejilla (McGraw 1979). Usado transversalmente, el nervio espinal accesorio puede disecarse para conservar su función. El defecto donador es más aparente con el colgajo transverso pero su piel es más delgada y se adapta mejor a la cara. El músculo es incluido, sólo en la porción proximal del colgajo. La parte distal del colgajo es al azar y debe retardarse para asegurar su viabilidad.(17)

d) Colgajo Retroauricular: Para reconstruir la parte superior de la mejilla, fué descrito por Washio (1969). Provee una piel delgada, alopecica y bien oculta el área donadora. Sobrevive por conexiones entre la arteria retroauricular y la temporal superficial (Washio,1969). Esta limitado por una pequeña cantidad de tejido disponible. Una planeación preoperatoria acuciosa es necesaria. Proporciona un tejido similar al de mejilla y el defecto donador no es visible.(47,48)

### RECONSTRUCCIO DE PÁRPADO INFERIOR

#### 1-. Injertos.

El injerto cutáneo del párpado inferior es el método más común de reconstrucción, y la selección del sitio donador apropiado es importante (Mustardé,1980). Primero la apariencia del color: los injertos tomados por arriba de la clavícula son mejores que los inferiores, así tenemos: área postauricular, párpado superior, área supraclavicular y ocasionalmente área preauricular. El párpado superior es de buen color, delgado pero está limitado por la cantidad y su grosor no da buen soporte. La piel postauricular es delgada, flexible y da buen color, con relativo buen soporte donde se necesita, pero limitado por el área donadora para cierre primario cuando se necesita toda el área alopecica, la cuál se cubre con injertos de espesor parcial. Aston (1982) ha reportado grandes áreas donadoras de piel del brazo medial. (25,8)

Los defectos del canto medial pueden cerrarse con injertos de párpado superior o postauriculares; después de la excisión de un tumor, el tendón cantal medial a menudo permanece, pero el injerto "prende" con ayuda de un "fenómeno de puntear" (Grabb,1979). Si hay hueso en la base del defecto, el injerto también prende si hay solo algunos milímetros para cubrir. Si hay más hueso expuesto, entonces se indican colgajos locales. El injerto se coloca como "una presilla" para su control.(9)

Los injertos compuestos pueden usarse. Una pérdida de un tercio del párpado puede manejarse usando injertos compuestos del párpado contralateral de espesor total (piel, tarso y conjuntiva). La integración es muy buena y puede aumentarse resecaando todas las fibras del orbicular del injerto. En la reconstrucción del párpado superior la porción superior del injerto debe suturarse al músculo elevador. Compresas salinas en el postoperatorio ayudan a disminuir los requerimientos metabólicos del injerto y aumentando las posibilidades de una integración exitosa.

## 2-. Colgajos Locales.

a) Colgajo Nasolabial: colgajo versátil en reconstrucción de párpado inferior. Tiene buena vascularidad (parte sup. de arteria angular y colaterales supratrocleares) y soporte grueso. En trauma, atrofia o cicatrización puede llevarse con grasa subcutánea. La principal desventaja es la apariencia anormal por el grosor cutáneo.

b) Colgajo de Avance V-Y: (Prince,1979) Para ambos párpados y canto medial. Cuando otros colgajos no son posibles, o en defectos parciales o pequeños que no pueden cerrarse directamente.(35)

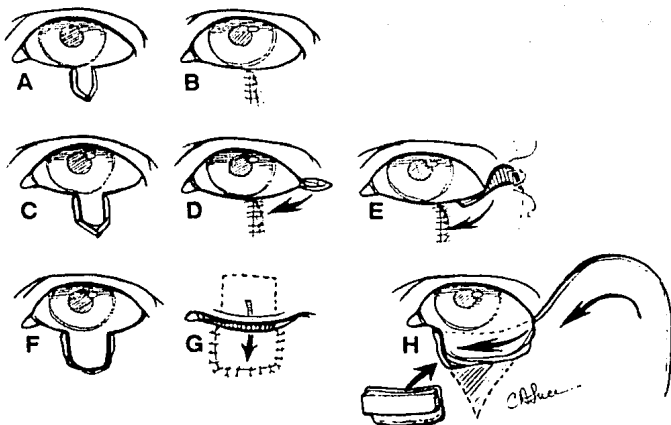
c) Colgajo lateral de Mejilla y Temporal: En defectos de ambos párpados

- que no pueden cerrarse directamente, el uso de piel lateral de mejilla o temporal es un recurso importante. Cuando hay defectos de espesor total del margen palpebral debe intentarse el cierre primario -en casos de defectos de un tercio del párpado, principalmente ancianos con laxitud de piel. Pueden ayudarse de cantolisis y "Z" del canto lateral. En defectos mayores del párpado inferior, un colgajo de rotación de mejilla tipo Mustardé es el indicado.

d) Colgajo de Avance: Usado en reconstrucción del párpado superior y en defectos mayores del 50% del párpado (McGregor, 1973) (19)

e) Colgajo Bipediculado: De utilidad en reconstrucción de defectos horizontales del párpado inferior. Se levanta del párpado superior e incluye piel y músculo del área preseptal del músculo orbicular, y está basado en pedículos laterales y mediales. El tarso se reemplaza con injerto condro-mucoso.

f) Colgajo Glabellar: Si no es posible un colgajo de pedículo único, uno glabellar o medio-frontal basado en vasos supratrocleares, es usado para reconstruir márgenes palpebrales o canto medial. La piel es de mayor grosor y sólo se usa si otros procedimientos no son posibles pues generalmente requerirá de adelgazamiento (Mustardé, 1980). (25)



RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE PÁRPADO INF. Y MEJILLA.  
Depende del % perdido en el párpado inferior.

A - B : Cierre Directo

C - C : Cierre directo facilitado por una cantotomía lateral y una  
Cantolisis del extremo inferior del tendón cantal lateral.

E : Avance del colgajo semi-circular.

F - G : Colgajo tarso-conjuntival e injerto cutáneo espesor total.

H : Colgajo de avance de mejilla tipo Mustardé sobre un injerto  
condro-mucoso septal para soporte tarso-conjuntival.

## CAPITULO VIII

### DISEÑO DE INVESTIGACION

#### I- MARCO FILOSOFICO

El médico, como ser humano, tiene la tendencia innata hacia la búsqueda de soluciones a los problemas que lo afectan, tanto a él como a sus pacientes. Dicha tendencia humana se ve reflejada en la investigación científica, y metodológicamente planeada con un fundamento filosófico adecuado (Gutiérrez 1985):(11)

"La filosofía es un saber plenamente humano, en el sentido que penetra justamente en los temas y cuestiones que afectan íntimamente la vida personal de cada hombre".

Villalpando (1986) refiere que el Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-, con apoyo en la tendencia innata del ser humano hacia la búsqueda de la verdad, ha participado activamente en la formación de médicos especialistas desde 1954, para lo cuál estableció "el perfil profesional" dentro del cuál se han especificado el campo de acción y las características de la práctica profesional de sus egresados.(45)

La formación de especialistas en el IMSS parte del concepto de especialización troncal, es decir, el aspirante puede cursar una de las cuatro especialidades y más tarde, se inicia en la especialización por ramas, vgr.:un residente de Cirugía General, después de haber realizado el primer año dentro de esta especialidad puede optar por la rama de Cirugía Plástica y Reconstructiva, que consta de tres años más.

#### II- TIPO DE ESTUDIO

Con base en los antecedentes, el presente estudio es de tipo Exploratorio debido a que su finalidad es aclarar y definir los límites de la investigación (Tlaseca 1982).(42)

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información, el presente trabajo es de Retrospectivo(Canales,1985)(5)

Según el período y consecuencia del estudio esta investigación es de tipo Transversal, debido a que no pretende evaluar la evolución del fenómeno (Méndez,1984). (22)

De acuerdo a la comparación de las poblaciones, el estudio es Descriptivo (Méndez,1984).(22)

Según el análisis y alcance de los resultados, el trabajo es de tipo Observacional (Polit 1985).(33)

Debido a que los estudios de este tipo son débiles, se recomienda repetirlo en un estudio de tipo Confirmatorio.

### III- DISEÑO

El diseño empleado durante el desarrollo del presente trabajo fué " Ex-post-factum ", debido a que "no se manipularon las variables" (Rivas, 1985).(37)

" Es la forma de investigación en donde no se manipulan variables limitándose a identificarlas, observarlas y describirlas; se utilizan para estudiar las causas de los efectos ".(Kerlinger,1975).(13)

Esquemáticamente se puede representar de la siguiente manera:

& - - - - 0

En donde & representa la intervención quirúrgica "déjà passé", y 0 representa la observación de las complicaciones.



#### IV- ESCCENARIO

Calva Mercado (1988) sostiene que en los reportes de investigación se debe prestar especial atención a la descripción del sitio y recursos que se emplearon en las investigaciones; de tal manera, que facilite a quien revise dicho informe conocer si acaso, los resultados del informe se pueden o no transferir a su propia práctica profesional. (38)

El presente estudio se realizó por medio de la revisión de expedientes de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, en el período comprendido entre Abril de 1987 y Mayo de 1990, en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-.

#### V- CRITERIOS DE SELECCION

Rivas y Rivas (1988) refieren que los criterios de selección son los requisitos que se deben cumplir para integrar a un participante dentro de una investigación. (38)

##### 1-. Criterios de Inclusión:

Se incluyeron los expedientes de los pacientes a los cuales se les realizaron resecciones de neoplasias de la región de mejilla y párpado inferior.

##### 2-. Criterios de Eliminación:

Se eliminaron aquellos expedientes de los pacientes que No fueron reconstruidos con Colgajo cutáneo tipo Mustardé.

CAPITULO IX

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

I- MATRIZ DE CAPTACION DE INFORMACION

GENERALES

- 1- Nombre
- 2- N° Afiliación
- 3- Sexo
- 4- Edad
- 5- Origen
- 6- Escolaridad
- 7- Ocupación
- 8- Enfermedades Concomitantes
- 9- Toxicomanías - Tabaquismo

PROCEDIMIENTO

- 1- Fecha
- 2- Diagnóstico Definitivo
- 3- Técnica Oncológica
- 4- Estudio Transoperatorio
- 5- Técnica Reconstructiva:
  - a) Tipo Colgajo - Extensión
  - b) Injertos (cutáneos, condro-mucosos)
  - c) Otros (colgajos, etc.)
  - d) Tarsorrafia - Drenajes

EVOLUCION

- 1- Complicaciones Tempranas:
  - a) Infección
  - b) Hematoma
  - c) Dehiscencia
  - d) Necrosis (sitio)
  - e) Lesión Nerviosa (Reconstructiva)
  - f) Radioterapia
- 2- Complicaciones Tardías:
  - a) Tipo
  - b) Tratamiento
- 3- Resultados:
  - a) Funcional: Integridad/función, cobertura estructuras vitales.
  - b) Estático: Tipo de cicatriz, color de colgajo, grosor, textura, presencia de cabello, distorsión.

CONCLUSIONES

II- GRUPO DE ESTUDIO - GENERALES

Los Datos Generales de los pacientes participantes dentro de la presente investigación se desglozan en el Cuadro I.y Cuadro II.

CUADRO I

<u>Nº</u>	<u>Nº Afiliación</u>	<u>Nombre</u>
1.-	0157-36-0424	Ramírez Becerra Ana Ma.Socorro
2.-	1488-43-0029	Izquierdo Díaz Ma.Teresa
3.-	1387-30-0469	Chantaca Gómez Ubaldo
4.-	0151-21-0628	Farfán Rojo Jesús
5.-	0545-16-0004	Dorn Alday Gertrudis
6.-	1674-58-0351	Morales de Rodea Ma.Magdalena
7.-	0174-50-1279	Jimenez Pedraza Víctor
8.-	4381-27-0074	Barrios Flores Antonio
9.-	7162-42-1597	Vázquez González Julia
10.-	0173-52-5077	Olgún Leonor
11.-	0179-23-0030	Arana Alcántara Flora
12.-	0165-48-0425	Almendarez Ma.Evangelina
13.-	0171-41-2613	López Prado Plásido
14.-	1489-39-0083	Ruiz Carrillo José Dolores
15.-	7186-33-0122	Roque Candelaria Luis
16.-	7156-10-1042	López Velázquez Manuel

CUADRO II

<u>Nº</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Origen</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Enf.Concomitante</u>	<u>Tabaquismo</u>
1-	51	Fem	Jal	Comercio	Empleada	NO	NO
2-	75	Fem	Qro	Primaria	Hogar	Artritis (tx)	+
3-	57	Masc	Hgo	Preparato	Obrero	NO	+
4-	67	Masc	DF	Primaria	Empleado	H.T.A. (tx)	+
5-	77	Fem	DF	Preparato	Hogar	H.T.A.(tx)	NO
6-	30	Fem	E.Mex	Primaria	Comercio	NO	NO
7-	15	Masc	DF	Secund	Estudiante	NO	NO
8-	64	Masc	Qro	Primaria	Obrero	NO	+
9-	48	Fem	Chis	Enfermería	Enfermera	NO	NO
10-	69	Fem	Pue	Primaria	Hogar	Artritis (tx)	+
11-	58	Fem	DF	Primaria	Hogar	H.T.A. (tx)	NO
12-	39	Fem	SLP	Secund	Hogar	H.T.A. (tx)	NO
13-	84	Masc	Gto	Nula	Obrero	Litiasis Renal (tx)	NO
14-	49	Masc	Qro	Primaria	Obrero	NO	+
15-	57	Masc	Chis	Primaria	Obrero	NO	NO
16-	30	Fem	E.Mex	Primaria	Comercio	NO	NO

Analizando los Cuadros I y II anteriormente descritos encontramos los siguientes datos de importancia:

- El total de los estudiados fueron 16 pacientes (100%)
- La distribución por Sexos fué la siguiente:
  - a) Masculino 7 (43.5%)
  - b) Femenino 9 (56.5%)
- La Edad Promedio fué de 54.3 años, con un rango de 15 a 84 años.
- La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera:
  - a) En 9 casos (56.5%) ésta fué básica.
  - b) En 5 casos (31.2%) fué media o superior.
  - c) En un caso fué profesional (6.8%), y solamente un paciente fué analfabeta.

Esto datos nos indican que el grupo de mayor incidencia es precisamente aquél en donde por su edad, existe laxitud cutánea lo cuál será favorable para un levantamiento del colgajo sin problemas, como ilustraremos más adelante. La escolaridad indica el nivel de conciencia y conocimientos adquiridos para llevar a cabo los cuidados postoperatorios necesarios para una buena evolución.

- La ocupación no repercute grandemente en el procedimiento reconstructivo, pues todos aquellos sometidos a intervención Qx. eran portadores de incapacidad temporal para su control.
- En 4 casos encontramos presencia de Hipertensión Arterial controlada mediante manejo médico. Esta en un momento dado podría ser condicionante de Aterosclerosis, junto con el Tabaquismo (encontrado positivo en 6 casos -37%), aunque no son condicionantes directos del procedimiento reconstructivo en sí.

### III- PROCEDIMIENTO

El procedimiento Quirúrgico fué dividido en dos tipos, el oncológico y reconstructivo. los cuáles se realizaron entre las fechas comprendidas, a saber: 3-abril-1987 al 9-mayo-1990.

Las lesiones tumorales del grupo estudiados fueron divididas en 2 apartados: lesiones Benignas y Malignas. En el cuadro III se resumen los diagnósticos estudiados.

CUADRO III

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PARPADO INF.</u>	<u>MEJILLA</u>
<u>BENIGNO</u>		
Peca Melanótica	0	2
Lesión Lentiginosa	0	1
Nevo Azul	0	1
Nevo Piloso	<u>1</u>	<u>0</u>
	1	4
<u>MALIGNO</u>		
CA Basocelular	2	2
CA Epidermoide	1	4
Melanoma	1	0
Histiocitoma Fibroso Maligno	<u>0</u>	<u>1</u>
	4	7
TOTAL	5 (31%)	11 (69%)

1-. Técnica Oncológica

Todas las lesiones anteriormente descritas fueron inicialmente resecaadas por el servicio de Oncología Quirúrgica, quienes fueron inicialmente el servicio tratante, y posteriormente requerido la intervención de nuestro servicio (Cirugía Plástica y Reconstructiva) para llevar a cabo el procedimiento reconstructivo. A continuación se enumeran los procedimientos realizados oncológicamente:

CUADRO IV

TECNICA ONCOLOGICA

- LESION BENIGNA: 5 Resecciones de Lesión (2x3 cm)
- LESION MALIGNA: 11 Resecciones Amplias (márgenes) (4x3 cm)  
2 Disecciones Radicales de Cuello  
1 Hemimandibulectomía en bloque
- ESTUDIO TRANSOPERATORIO: 14 casos

El manejo oncológico quirúrgico fué llevado a cabo con la simple resección de las lesiones en casos benignos, con un promedio de resecciones de 2x3cm (defecto cutáneo). En los casos de lesiones malignas, éstas fueron resecaadas con sus márgenes correspondientes dependiendo de la estirpe histológica, evolución, recurrencia y presencia de metástasis. En caso de existir éstas o con presencia de crecimientos ganglionares locales, se procedía a realizar Disecciones Radicales de Cuello, con el levantamiento subsiguiente de un colgajo cutáneo que incluyera el músculo Platisma - Colgajo Miocutáneo, el cuál servía de abordaje para iniciar el diseño del colgajo para la reconstrucción del defecto. En 14 casos se confirmó transoperatoriamente que los márgenes resecaados se encontraran libres de tumor.

## 2-. Técnica Reconstructiva

Inmediatamente después a la resección de la tumoración, se procedía a realizar el manejo reconstructivo de los defectos con el diseño de un colgajo cutáneo tipo Mustardé. El cuadro V resume la técnica empleada.

### CUADRO V

#### TECNICA RECONSTRUCTIVA

- TIPO DE COLGAJO: 4 Mustardé clásico
  - 11 Mustardé - extensión Cervico Facial  
Supra-Platismal
  - 1 Mustardé - extensión Cervico Facial  
Supra-Platismal-Pectoral
  
- INJERTO: 2 Cutáneos: 1 total retroauricular(a región malar)
  - 1 parcial(a región retroauricular)
  - 2 Condro-mucosos septales (soporte tarso-conjuntival)
  
- OTROS: 1 Unidad cosmética retroauricular para párpados sup.
  - 1 Colgajo Abbé
  - 1 Colgajo Miocutáneo de Pectoral mayor(cubierta interna)
  - 1 Expansión rápida transoperatoria
  - 1 traqueostomía (en base del colgajo)
  
- TARSORRAFIA TEMPORAL: 10 casos (62.5%)
  
- DRENAJES: 16 (100%)

### Descripción del Procedimiento

El diseño del colgajo cutáneo tipo Mustardé (Mustardé 1959,1966, 1970,1980,1981) es,de manera didáctica la siguiente:

Se realiza una incisión lateral que abarque y alcance el área temporal de manera curvilínea al área preauricular y baje al lóbulo. En caso de grandes defectos, se puede extender ésta incisión siguiendo el lóbulo auricular y posteriormente siguiendo la superficie dorsal auricular hasta la región mastoidea, y seguir la incisión caudalmente hasta la región cervical siguiendo las líneas de los pliegues naturales de ésta región. Es así como se diseña la extensión del colgajo Cervico-Facial Supra-Platísmal pues se realiza el levantamiento por arriba del músculo platísmo para su mejor movilización. Cuando los cirujanos Oncólogos han realizado Disecciones Radicales de Cuello se aprovecha el abordaje hecho en un plano Infra-Platísmal para el diseño del colgajo.

Si es necesario, se hace un corte en "V" para completar la triangulación de la parte inferior del defecto a cubrir, para prevenir "pliegues de rotación". Es importante hacer la incisión medial tan cerca de la línea naso-maxilar para que cuando se cierre la incisión las uniones firmes dérmicas del lado nasal soporten la piel de la mejilla suturada. La disección se realiza a nivel dérmico subcutáneo (interfase), dejando de 0.5 a 1.0 mm de grasa en el colgajo para proteger el rico plexo subdérmico que nutre al colgajo.

Se necesita gran disección para movilizar el colgajo sin tensión, cuya viabilidad se asegura del tipo "al azar" por el rico plexo subdérmico facial existente en ésta área corporal. Puede requerirse de un injerto compuesto Condro-mucoso al defecto conjuntival y suturado al remanente conjuntival, que deberá cubrir superiormente al injerto compuesto.



Aspectos importantes en el diseño del colgajo son:

- 1-. Se deberá escindir un profundo triángulo invertido, por debajo del defecto, para permitir la rotación adecuada.
- 2-. El lado del triángulo más cercano a la nariz debe ser prácticamente vertical. La inobservancia de este punto conducirá a la tracción hacia abajo del colgajo desplazado, a causa de que el centro de rotación del borde libre está demasiado distante al lado externo.
- 3-. El diseño del colgajo debe elevarse en forma bastante escalonada en una curva hacia la cola de la ceja y la línea del cabello y, según el tamaño del colgajo requerido, deberá alcanzar hacia abajo hasta el lóbulo de la oreja. La cicatriz resultante será prácticamente inapreciable en el curso de escasas semanas.
- 4-. El colgajo deberá diseccionarse de modo adecuado, desde el punto más inferior de la incisión, por delante de la oreja, a través de toda la mejilla, hasta 1 cm por debajo del vértice del triángulo escindido. Aquí hemos observado que no surgen mayores dificultades técnicas para elevar la totalidad de la mejilla, que para elevar un colgajo de dimensiones más pequeñas en cualquier otro lugar alrededor del ojo; por ejemplo, por encima de la ceja, siempre que se pueda permanecer en la capa correcta y tratar todos los puntos sangrantes que puedan surgir.
- 5-. Cuando se crea necesario (en los defectos de tres cuartos o más), se practicará una sección posterior en el punto más bajo a 1 cm o más por debajo del lóbulo de la oreja.
- 6-. El tejido profundo del colgajo deberá desplazarse permanentemente hacia arriba hasta el borde orbitario, en especial a nivel del canto externo, para prevenir que el peso del colgajo ejerza tracción sobre el párpado. Por tanto es primordial "SUTURAR EL COLGAJO ADECUADAMENTE AL PERIOSTIO ORBITARIO" y evitar así deformidades ulteriores.

#### Injertos Compuestos.

Los Injertos compuestos Condro-Mucosos de Septum (Mustardé 1969, 1966) son usados deliberadamente para corregir cualquier defecto del tarso y la conjuntiva durante las resecciones oncológicas. El éxito aproximado de ellos es cercano al 100% (Millard 1962, Mustardé

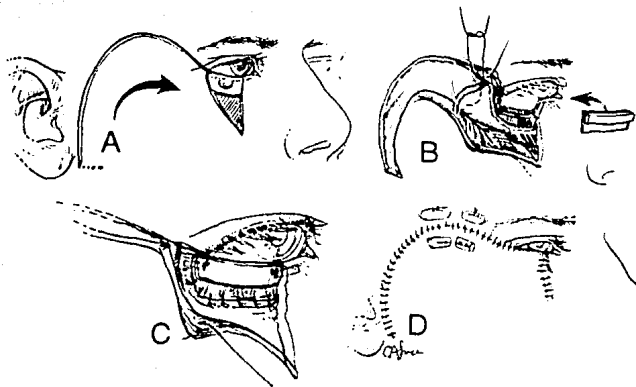
1966), y el área donadora cicatriza sin problemas. Pueden removerse hasta áreas de 2x3 cm, dejando la mucosa septal opuesta y pericondrio para epitelizar.(23,24,25)

Una vez medido el defecto, el patrón es cortado en el septum nasal. La base alar puede incidirse en su porción caudal para mayor exposición, pero creemos que con las técnicas y habilidades actuales de un cirujano reconstructor ésto no es necesario. Previa infiltración con solución de Adrenalina, se minimiza el sangrado en la disección. Una incisión através del cartilago al pericondrio del lado opuesto, y después de disecar el mucopericondrio, se corta el cartilago con disector o bisturí.

Una vez removido el cartilago, la cauterización de los vasos posteriores es a veces necesaria. Si cualquier cartilago expuesto permanece en el defecto, debe removerse para permitir la epitelización y cubrirse con "Gelfoam" y empacarse con gasa vaselinada. El cartilago es rasurado en la superficie expuesta para permitir una curvatura fina, y así conformarse a la redondez de la superficie ocular. Una porción de mucosa (1.5 mm) se deja en el borde superior para suturarse al colgajo que la cubre, suturándose el injerto con suturas inabsorbibles.

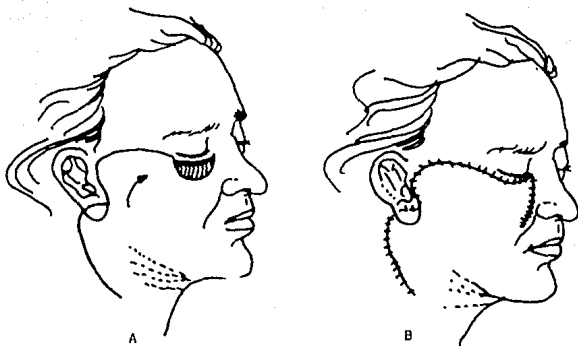
Cuando se requiere cartilago para soporte sin necesidad de cubierta mucosa, se puede tomar del septum nasal de la misma manera que la resección submucosa, y colocado "en sandwich" entre el músculo orbicular y la conjuntiva. El injerto es adelgazado para obtener el espesor y curvatura necesaria.

En nuestra casuística (2 casos) la utilización de injertos condro-mucosos septales fué excelente, sin ninguna pérdida e integración total de ellos.



DESCRIPCION DEL COLGAJO CUTANEO TIPO MUSTARDE.

- A. El área de escisión y rotación del colgajo diseñado (nótese el alto arco del colgajo de mejilla).
- B. Elevación del colgajo y suturado al periostio del cigoma, del canto lat. y a fascia temporal. Flecha: injerto condro-mucoso.
- C. El injerto condro-mucoso septal es suficiente en dimensión vertical y horizontal para llenar el defecto tarso-conjuntival.
- D. El colgajo de rotación en su posición.

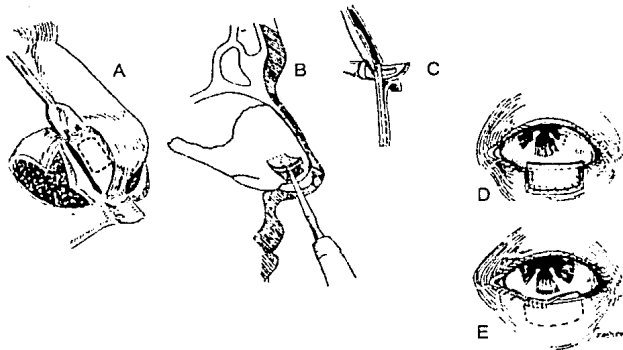


**DISEÑO DEL COLGAJO TIPO MUSTARDE.**

**A. Colgajo tipo Mustardé con su extensión Retro-auricular.**

Esta tiene una extensión Cervico-Facial Supra-Platismal como se muestra.

**B. Colgajo rotado para cubrir el defecto. Resultado final.**



#### INJERTO COMPUESTO CONDRÓ - MUCOSO SEPTAL.

Técnica de toma de un injerto delgado condro-mucoso septal (septum nasal), al cuál lo dividimos para modelarlo, y acompañado de una pequeña fracción de mucosa. Pueden ser útiles para dar estabilidad al borde palpebral en defectos tarso-conjuntivales del párpado inferior.

A - E : Se muestra la técnica.



CUADRO VII

COMPLICACIONES TARDIAS

1-. ECTROPION: 11 casos (69%)

a) Mfínimo (funcional): 4 (NO TX.)

b) Moderado a Severo: 7 casos (43%)

Tratamiento: T.A.I. total de párpado sup. ó retroauricular + concha auricular + Pexia tipo Kuhnt-Szymanowski modificada por Byron-Foulds-Smith-en 1971.

2-. METASTASIS: 2 (12%)

Tratamiento: Oncológico

3-. REABSORCION GRASA DEL COLGAJO: 1 caso

Tratamiento: Injerto dermo-graso de pliegue glúteo.

4-. FULGURACION DE CABELLO: 2 casos

La principal complicación que se presentó durante la realización del colgajo tipo Mustardé, fué la aparición de Ectropión, el cuál ya fué definido. Esta complicación fué mínima o funcional, sin que presentará distorsión alguna con la función visual y mantenimiento de la integridad corneal en 4 casos, los cuáles unicamente estuvieron bajo control Oftalmológico sin requerir tratamiento quirúrgico.

En 7 casos (43%), el Ectropión fué catalogado de Moderado a Severo, con formación de Lagooftalmos y epífora, que en caso de dejarse evolucionar llevaría al desecamiento de conjuntiva y córnea, poniendo en peligro la función visual. Estos casos requirieron subsecuente manejo Quirúrgico mediante la aplicación de Injerto cutáneo de espesor total retroauricular o de párpado superior, con soporte de concha auricular para reforzar el tarso (Mustardé 1980).

Igualmente se les realizaba una Pexia tipo Kuhnt-Szymanowski con la modificación propuesta por los doctores Byron-Foulds-Smith

en 1971 para evitar lesionar el borde palpebral y la posible Triquiiasis.

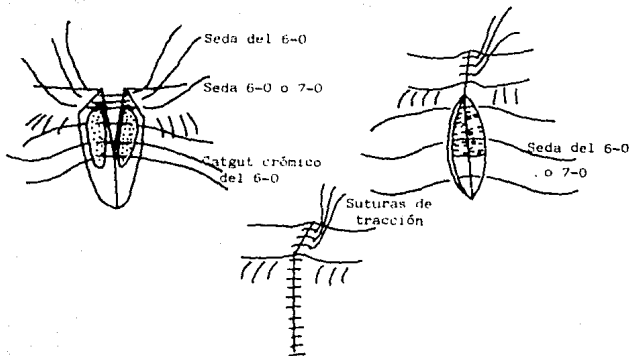
Todos los pacientes sometidos a estos procedimientos correctivos experimentaron mejoría notable del Ectropión, considerándose por tanto curados y con un colgajo que daba buena cobertura cutánea y soporte al margen palpebral, sin alteración del campo visual y agudeza visual.

En 2 casos existió Metástasis por recurrencia tumoral que ameritaron manejo por Oncología Quirúrgica, con mala evolución y posterior seguimiento por otros servicios.

En un caso existió reabsorción importante grasa del colgajo a los 3 meses que ameritó manejo con un injerto dermo-graso delgado tomado del pliegue glúteo, con reabsorción mínima del mismo y buena evolución postoperatoria.

La presencia de cabello en el colgajo fué únicamente una complicación de índole estético, la cuál se corrigió con la fulguración de los mismos por una persona capacitada en dicho procedimiento.

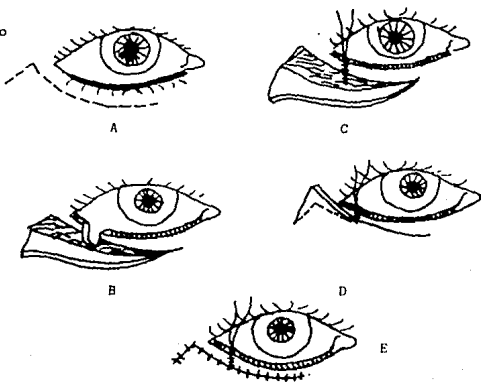




**ARRIBA:**

Técnica de Sutura del párpado según Mustardé.

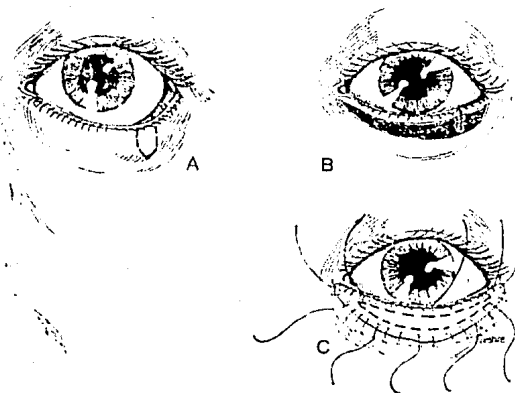
- A. Avulsión del párpado.
- B. Primer cierre.
- C. Técnica de las tres suturas completado.



**ABAJO:**

Modificación de Byron-Smith de la técnica de Kuhnt-Szymanowski para la corrección del Ectropión.

A - E : Técnica.

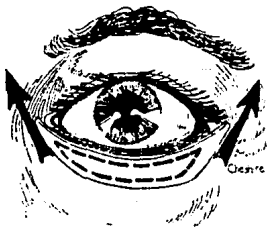


#### ECTROPION CICATRIZAL. TRATAMIENTO.

En casos de Ectropión cicatrizaral con una Placa Tarsal relajada, como ocurre en secuelas de colgajo tipo Mustardé, una escisión total del borde palpebral (A), sutura del mismo (B), y una sobrecorrección con un injerto cutáneo de espesor total, es como obtenemos los mejores resultados correctivos (C).

#### ECTROPION CICATRIZAL.

La colocación de un injerto cutáneo sobrecorregido en áreas del canto medial y lateral, es uno de los mejores tratamientos del Ectropión post-operatorio, como muestra la figura.



CUADRO VIIIRESULTADOS

1-. INTEGRIDAD - FUNCION:	Buena - Adecuada	: 13
	Moderada	: 2
	Mala	: 1
2-. COBERTURA:	Total	: 14
	Parcial	: 2
3-. CICATRIZ	Buena	: 9
	Regular	: 7
4-. COLOR:	Aceptable	: 12
	Regular	: 4
5-. GROSOR:	Aceptable	: 11
	Menor	: 4
	Mayor	: 1
6-. TEXTURA	Buena	: 16
7-. CABELLO:		: 2
8-. DISTORSION	Mínima	: 11
	Moderada	: 3
	Importante	: 2

A la vista de los resultados obtenidos, podemos deducir lo siguiente:

- En 13 casos (81%) se tuvo una buena integridad cutánea y adecuada función palpebral, ya sea posterior a la resección quirúrgica, y/o a las correcciones subsiguientes menores del colgajo. Se evaluó una función adecuada cuando la agudeza y campo visual eran normales y no existían datos de ectropión o irregularidades remanentes. En 2 casos éstas fueron Moderadas por la presencia de recurrencias tumorales ó retracciones secundarias que no cedieron adecuadamente al manejo quirúrgico ulterior. Un caso se consideró Malo por presencia de metástasis a toda la órbita, ameritando de Orbitectomía total por parte de Cirujanos Oncólogos.

- La cobertura cutánea obtenida fué total en 14 casos(87%), y unicamente obteniendo 2 casos con áreas remanentes cruentas menores, que ameritaron de injerto ulterior y una se mantuvo presente por Radioterapia postoperatoria que impedía su cierre.

- La cicatriz se consideró regular en el 43% de casos (7), por haber ameritado algún tipo de Plastia subsecuente para corregir retracciones o hipertrofias. En el resto ésta fué buena al no ameritar "retoques" y ser apenas visible con el paso del tiempo.

- El color se consideró aceptable en el 75% de casos (12), puesto que la coloración del colgajo es practicamente la misma por la juxtaposición de tejidos circundantes; en 4 casos ésta fué discretamente hipercrómica, ya sea por presencia de injertos cutáneos (2 casos) o por pigmentación discreta, la cuál esperamos con el paso de los años vaya igualándose a los tejidos circunvecinos.

- El grosor del colgajo fué del mismo espesor a los tejidos vecinos en 11 casos, y unicamente menor en el 25% de ellos, ameritando unicamente en un caso aplicación de injerto dermo-graso por ser éste muy evidente, con buena evolución y sin grandes reabsorciones. En un caso, con un colgajo grueso por presencia de un músculo pectoral mayor subyacente al mismo no fué posible realizar procedimiento correc-

tivo por la naturaleza de la reconstrucción.

- La textura del colgajo fué practicamente la misma, por la naturaleza de la piel de la mejilla en juxtaposición a éstas áreas, con semejanzas practicamente similares.

- Encontramos presencia de folículos pilosos en 2 casos (12%), el cuál fué unicamente una cuestión de índole estético, que ameritó de fulguración por procedimientos Cosmetológicos para su corrección, y esto a petición de las pacientes. Esto es debido a la presencia de folículos pilosos retroauriculares que se trasladan con el colgajo en su rotación.

- Por último, la Distorsión anatómica y funcional del colgajo fué mínima en el 70% de los casos (11), puesto que su reintegración anatomo-funcional fué practicamente total. En 2 casos, ésta distorsión fué importante por haber ameritado manejos Oncológicos subsecuentes que deformaron completamente la región, sin que el procedimiento reconstructivo halla influido de alguna manera en el resultado final.

Discusión de Resultados.

Para la elaboración de un sumario, se toma en cuenta los criterios para la realización del resumen de artículos médicos propuestos por Velázquez (1988), quien recomienda incluir: objetivos, diseño, marco de referencia, participantes, intervenciones o tratamientos, mediciones, resultados y finalmente conclusiones.

1-. Objetivo: Determinar las implicaciones, consecuencias y efectos de la reconstrucción de párpado inferior y mejilla con el colgajo cutáneo tipo Mustardé.

2-. Diseño: Por las características del estudio, se empleó un diseño "Ex-post-factum".

3-. Marco de referencia: Experiencias médico-quirúrgicas de pacientes con reparación de mejilla y párpado inferior con colgajo cutáneo tipo Mustardé - revisión de expedientes.

4-. Participantes: Dieciseis pacientes que fueron sometidos a reconstrucción de mejilla y párpado inferior post-resección de neoplasias.

5-. Mediciones y Resultados: Se revisaron dieciseis expedientes de pacientes del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, a los cuáles se les realizó reconstrucción de mejilla y párpado inferior por medio de colgajo tipo Mustardé, con el fin de encontrar cuáles fueron los resultados, complicaciones con esta técnica quirúrgica, encontrándose que la más frecuente es la presencia de Ectropión seguida por la necrosis superficial o total.

6-. Conclusiones: Como lo ha descrito Mustardé (1980), el colgajo de rotación de Mejilla es una buena opción en la reconstrucción oncológica de mejilla y párpado inferior, por las características de reintegrar la integridad anatómica y funcional de ésta región.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

Considerando los resultados obtenidos durante la presente investigación, y comparándola con la literatura existente, podemos concluir lo siguiente:

I- El colgajo cutáneo Tipo Mustardé es una buena opción en Reconstrucción Oncológica, pues a pesar de existir otras opciones como lo son los colgajos libres, éstos son más dramáticos, con un color y grosor más inapropiados para reparar éstas áreas.

Existen otros procedimientos como lo son los colgajos arteria-  
lizados, que incluyen colgajos musculares y Miocutáneos (Posnick 1987), pero observando que tienen sus principales indicaciones en reconstrucciones de Piso y Cavidad oral, cuello, faringostomas, reseccio-  
nes tumorales de maxila y mandíbula, y en otras tumoraciones de cuello.

II- El colgajo tipo Mustardé utiliza tejidos en Juxtaposicion al defecto, lo cuál es el ideal para reconstruir éstas áreas de la cara, como lo son la mejilla y párpado inferior, pues la utilización de estos tejidos nos permite obtener mejores resultados estéticos y funcionales (Guerrerosantos 1988).

III- Este tipo de colgajo es de fácil accesibilidad y Técnica Operato-  
ria, no requiriendo de grandes recursos Físicos, como lo serían en su caso un equipo Médico-Quirúrgico de microcirugia. Cualquier Cirujano Reconstructor es capaz de llevar a cabo éste tipo de colgajos, pues se encuentra familiarizado con la clase de disecciones de tejidos en esta región anatómica.

IV- En el grupo de edad que con mayor frecuencia presentan lesiones tumorales - 54.3 años en el estudio -, y comparados con otras series (Guerrerosantos y López-Luque 1988), encontramos suficiente piel laxa que nos permite el levantamiento de grandes colgajos, aún con una extensión Cervico-Facial Supra-Platismal; y en casos requeridos,

se pueden extender hasta región pectoral (Backer,1978).

V- El color, grosor y textura son totalmente aceptables por la movilización de tejidos en juxtaposición al defecto creado. La piel de la mejilla es la única que guarda la más cercana semejanza para restablecer la perdida a nivel de la misma mejilla y párpados inferior (Mustardé, 1966,1980). La Distorsión que ocasiona éste tipo de colgajos es mínimo, pues se realiza una rotación completa con pliegues de rotación compensados y fijaciones del mismo a puntos específicos -periostio orbitario- para evitar deformidades subsecuentes. Reintegra el borde libre palpebral (sin pestañas) íntegramente, además de permitir reconstruir defectos totales con aplicación de injertos compuestos condro-mucosos septales que aseguran su supervivencia apartir del colgajo rotado, otorgando un soporte tarso-conjuntival adecuado, como lo describe Mustardé.

VI- Su diseño sigue las líneas de Mínima tensión cutánea (Borges 1973), evitando la formación de cicatrices anormales que son visibles y deformantes. Unicamente a nivel de una porción de cuello, en la extensión cervical existe una línea que cruza éstas, pero que puede resolverse mediante una pequeña plastia en caso que así lo amerite.

VII- El colgajo tipo Mustardé presenta una buena tasa de supervivencia, a comparación con otros tipos de procedimientos. Guerrerosantos menciona que unicamente presentó necrosis del colgajo (parcial) en menos del 1% de sus casos, al igual que Mustardé (1980). En nuestra casuística, unicamente 2 casos - 12% - presentaron una necrosis limitada del colgajo, la cuál fué precipitada por manipulaciones excesivas del colgajo, y presencia de una Traqueostomía en la base del mismo que definitivamente condicionó la viabilidad del mismo. Estos factores pueden prevenirse y no son excluyentes de la utilización del colgajo. Estas necrosis se resolvieron satisfactoriamente al limitarse la necrosis e injertándose posteriormente.



VIII- Por último, la principal complicación existente en nuestra casuística fué la presencia de Ectropión en el 69% de los casos (11), pero unicamente requiriendo manejo quirúrgico en 7 casos. El tratamiento fué con la Pexia tipo Kuhnt-Szymanowski con modificación por Smith (1971), la cuál agregada a la utilización de injertos cutáneos de espesor total (por arriba de la línea clavicular) e injertos de concha auricular para dar soporte tarsal, dan un buen resultado con reintegración de un borde palpebral estable y duradero, que permite una adecuada lubricación conjuntivo-corneal, y evita así la desecación de la misma.

Cabe mencionar que éste tipo de complicación es reportada ya por otros autores (Giorgiade, 1987), los cuales sugieren una adecuada rotación y fijación del colgajo al periostio orbitario para evitar que el peso y la gravedad ejercidas por el mismo condicionen la aparición de un Ectropión. En caso de presentarse ésta complicación, no significa que sea esperada, sino que sea corregible mediante los procedimientos descritos, conformando así un sencillo manejo quirúrgico.

El Ectropión es prevenible, y el cirujano que realiza éste tipo de cirugía debe conocer adecuadamente el procedimiento quirúrgico, para que de ésta manera evite su aparición por falla en el manejo quirúrgico. Y en caso de que éste se presente, conozca los procedimientos con los que dispone para su corrección.

CASOS CLINICOS



CASO I

Paciente fem. de 72 años edad portadora de Carcinoma Basocelular en el párpado inferior.

Se plantea resección y diseño de colgajo cutáneo tipo Mustardé. Foto preoperatoria y del diseño del colgajo.





CASO I.

Fotografías Postoperatorias  
Posterior a la resección del  
tumor y rotación del colgajo  
cutáneo tipo Mustardé.

Caso a 1 Mes de postoperado.





CASO II

Paciente masculino de 60 años  
edad, portador de Carcinoma  
Basoceleular en Mejilla y abarca  
párpado inferior.

Fotografías del tumor y de la  
resección oncológica, incluyendo  
párpado inf. en bloque.



CASO II

Fotografía postoperatorio inmediato de rotación del colgajo tipo Mustardé + Injerto condromucoso a párpado inf. y T.A.I. cutáneo en mejilla.

Paciente a los 2 meses de Postoperatorio.



CASO 111

Paciente fem. de 38 años  
edad, que posterior a la  
resección de una Peca -  
Melanótica de mejilla y  
rotación de colgajo tipo  
Mustardé desarrolla un --  
Ectropión cicatrizal.  
Fotografías preoperatorias  
y postoperatorio temprano  
de manejo con pexia tipo  
Kunhtz-Zymanosky + injerto  
cutáneo espesor total.



CASO III

Fotografías mostrando el resultado del postoperatÓRIO tardía de la paciente descrita. Vista de lado y de frente. Además se le colocó debajo del colgajo un injerto dermo-graso para mejorar proyección.



## BIBLIOGRAFIA

- 1-. Anderson R.L. et al. Full-thickness unipedicle flap for lower eyelid reconstruction. Arch.Ophthalmol. 106:122-125, 1988.
- 2-. Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap:A versatile flap for reconstruction in head and neck. Plast.Reconst.Surg. 63:73, 1979.
- 3-. Ariyan S. The pectoralis major for single stage reconstruction of the difficult wounds of the orbit and pharyngoesophagus. Plast.Reconst.Surg. 72:468, 1983.
- 4-. Becker D.W. A Cervicopectoral rotation flap for cheek coverage. Plast.Reconst.Surg. 61:868-870, 1978.
- 5-. Canales F.H. et al.: Metodología de la investigación. México:Limusa 105-24, 1986.
- 6-. Converse J.M. Reconstructive Plastic Surgery.W.B. Saunders Co. 2nd. Ed. Philadelphia, PA. 1977. pp:881-902.
- 7-. Félix G.R. et al.: Guía para la elaboración del protocolo de investigación. Revista Médica "La Salle". VIII:61-70, 1987.
- 8-. Georgiade N.G. et al. Essentials of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Baltimore. Williams & Wilkins Co. 1987. pp: 454-465, 477, 492.
- 9-. Grabb W.C.,Smith J.W. Cirugía Plástica. Barcelona:Salvat.1984.pp:35
- 10-. Guerrerrosantos J. and López-Luque J. Basal cell carcinoma of cheek, malar region and lower eyelid: The role of large cheek-neck flaps. Ann.Plast.Surg. 20:304-312, 1988.
- 11-. Gutiérrez S.R.:Historia de las doctrinas filosóficas. México. Esfinge. 1985. pp:14.
- 12-. Kelly Cit.Post. Gullane P.: Mandibular Reconstruction- New concepts Arch.Otola.Head Neck Surg. 112:718, 1986.
- 13-. Kerlinger F. Foundations of behavioral research. New York. Holt, Rinehart & Winston. 1973. Chapter 22.
- 14-. Lartigue M.T.: Normas básicas del área de titulación. Paper UIA' 87.
- 15-. McCarthy M.C. Plastic Surgery. Baltimore. W.B. Saunders Co. Vol.2 part 1, 1990. pp:1681-1784.
- 16-. Macín R.: La lógica. Revista Metodológica.Cuadernos de divulgación. México, 1982. pp:25-6.



- 17-. McGraw J.B. et al. Use of the trapezius and sternomastoid myocutaneous flaps in head and neck surgery. *Plast.Reconst.Surg.*63:49,1979
- 18-. McGregor I.A.,Reid W.H.: The use of the temporal flap in primary repair of full-thickness defects of the cheek. *Plast.Reconst.Surg.* 38:1, 1966.
- 19-. McGregor I.A. Eyelid reconstruction following subtotal resection of upper or lower lid. *Br.J.Plast.Surg.* 26:346, 1973.
- 20-. Matsuo K. et al. Lower eyelid reconstruction with conchal cartilage graft. *Plast.Reconst.Surg.* 80:547-552, 1987.
- 21-. Mehrhof A.L. et al. The pectoralis major myocutaneous flaps in head and neck reconstruction. Analysis of complications. *Am.J.Surg.* 146:478, 1983.
- 22-. Méndez R.I. et al.: El protocolo de investigación. México. Trillas. 1984. pp:15.
- 23-. Mustardé J.C. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. A practical guide. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1966.
- 24-. Mustardé J.C. The treatment of ptosis and epicanthal folds. *Brit.J.Plast.Surg.* 12:252, 1959.
- 25-. Mustardé J.C. Repair and Reconstruction in the orbital region. 2nd. Ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1980. pp:188-192.
- 26-. Mustardé J.C. The use of flaps in the orbital region. *Plast.Reconst Surg.* 45:146-150, 1970.
- 27-. Mustardé J.C. Major reconstruction of the eyelids- functional and aesthetic considerations. *Clin.Plast.Surg.* 8:227, 1981.
- 28-. Ogalde I.:Cómo formular objetivos de aprendizaje. México: Edicol. 1984. pp:17,21,25.
- 29-. Papachristou D.H. et.al. Reconstruction of full-thickness defects of the cheek in cancer surgery. *The Am.Surgeon.* 53:592-595,1987.
- 30-. Pardinás F.: Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Siglo XXI, México. pp:11.
- 31-. Patterson H.C. et al. The chee-neck rotation flaps for closure Temporozygomatic-cheek wounds. *Arch.Otolaryngol.* 110:338-393,1984.
- 32-. Pérez G.:Manual de didáctica general.México:UNAM. 1972. pp:31.

- 33-. Polit D., Hungler B.: Investigación científica en ciencias de la salud. México, Interamericana. 1985. pp:153.
- 34-. Posnick J.C. et al. Useful arterialized flaps for Head and Neck Reconstruction. Ann.Plast.Surg. 19:359-374, 1987.
- 35-. Price N.M. Closure of surgical wounds using contiguous island flaps.(Double V to Y procedure) Ann.Plas.Surg. 3:321, 1979.
- 36-. Reeh M.J. et al. practical Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Lea & Febiger Co. Philadelphia, EUA. 1979. pp:62-78.
- 37-. Rivas T.R.:Correlación y bajo rendimiento. Tesis inédita UIA. México. UIA. 1985. pp:74.
- 38-. Rivas T.R., Rivas T.M.: Criterios de selección muestral en la investigación social. Paper No.5. UIA. 1988.
- 39-. Robbins S.: Patología estructural y funcional. Madrid: Interamericana. 1975. pp: 105.
- 40-. Rogers B.O. History of Oculoplastic surgery: the contributions of Plastic Surgery. Aesth.Plast.Surg. 12:129, 1988.
- 41-. Theogaraj S.D. et.al. The pectoralis major musculocutaneous island flaps in single stage reconstruction of the pharyngoesophageal region. Plast.Reconst.Surg. 65:267, 1980.
- 42-. Tlaseca P.M. et al.:Manual para realizar estudios exploratorios. Paper U.P.N. México:UPN. 1982. pp:15.
- 43-. Vázquez A.:Investigación en Salud. Cuat: respuestas para impulsarla. Rev.Invest.Clin.Méx. 34:281-4, 1982.
- 44-. Velásques-Jones L.: Elaboración del resumen de los artículos de investigación clínica: una nueva propuesta. Bol.Med.Hosp.Infant. Mex. 45:203-205. 1988.
- 45-. Villalpando J. et al.:El sistema de enseñanza de las especialidades médicas en el IMSS. Rev.Med.IMSS. 24:149-155, México. 1986.
- 46-. Wallis A. et al. Lateral face reconstruction with medial-based Cervicopectoral flap. Arch.Otolaryngol.Head Neck Surg. 114:729-733, 1988.
- 47-. Washio H. Futher experiences with the retroauricular flap. Plast. Reconst.Surg. 50:160, 1972.
- 48-. Washio H. Retroauricular temporal flap. Plast.Reconst. Surg. 43:162, 1969.
- 49-. Lawson V.G. Repair of facial defects with advancement-rotation flaps. J.Otolaryngol. 12:4. Aug. 1983.

**IMPRESOS**

**MUÑOZ**

**DONCELES 56-A ESQ. REP. DE CHILE  
COL. CENTRO C.P. 06010  
MEXICO, D.F.**

**(A UNA CUADRA ESTACION METRO ALLENDE)**