

VENTAJAS DEL COLGAJO FRONTAL MEDIANO

Dres. E. Apolo, J. Pietropinto y J. González Methol

En la reparación de los defectos de la cara conviene recurrir, siempre que sea posible, a tejidos de la vecindad del defecto, por la similitud de la textura y del color de la piel, muy importante desde el punto de vista cosmético. Además, la reparación resulta en esta forma más rápida y menos molesta para el paciente que cuando hay que transportar tejidos distantes.

Los colgajos frontales, por sus excelentes cualidades plásticas y por su situación estratégica, han sido muy utilizados desde épocas remotas.

El colgajo frontal mediano, cuyas virtudes deseamos destacar ahora es el antiguo colgajo indiano, perfeccionado por Kazanjian en 1946 ⁽¹⁾ y muy empleado actualmente para reparar defectos de la parte superior de la cara.

Es evidente que esta variedad de colgajo frontal tiene sus limitaciones: posición y magnitud del defecto, frente estrecha o con piel de mala calidad.

En tales circunstancias no queda otro camino que procurar el material necesario en otras regiones (cuello, tórax, abdomen, etc.). En la misma frente se pueden tallar colgajos oblicuos o en forma de hoz, que proveen más material, pero tienen el inconveniente de que la zona dadora debe ser recubierta con injertos de piel, originando cicatrices muy visibles. En cambio, el colgajo frontal mediano tiene la gran ventaja de que el área dadora, siempre que su anchura no sobrepase de 3 a 4 cm., puede ser obturada por aproximación directa de sus bordes, luego de una amplia liberación de los mismos. La cicatriz residual resulta así imperceptible.

Como su nombre lo indica, el colgajo frontal mediano se talla verticalmente, en la línea media, desde la región interciliar donde queda su pedículo, bien nutrido por las arterias frontales, hasta la línea de implantación del cabello.

Su tamaño y forma dependen de la magnitud y posición

(1) Kazanjian, V. C. Surg. Gyn. and Obs. 83: 2, 1946.

del defecto a corregir. Es obvio decir que previamente debe calcularse bien el material que se necesita y las posibilidades del colgajo. La extremidad distal, libre, puede ser acondicionada según necesidades (reconstrucción de columela, alas nasales, etc.), y aún mismo se le pueden hacer previamente implantados de cartílago, huesos u otras sustancias.

Las incisiones que limitan el colgajo interesarán piel y músculo frontal, excepto a nivel del pie del pedículo donde sólo comprenderán la piel para no comprometer los vasos nutricios, prolongando un poco más la del lado hacia donde se hará la rotación. Para facilitar la rotación, Kazanjian aconseja socavar profundamente el pie del pedículo.

Levantado el colgajo, se hace la hemostasis y luego se liberan ampliamente, por divulsión, los bordes de la herida residual hasta que su deslizamiento permita suturarlos en la línea media.

Si el defecto a corregir sólo interesa los tegumentos de la cara (extirpación de neoplasmas cutáneos, radiodermatitis, cicatrices, etc.), el colgajo será rotado inmediatamente y aplicado al lecho receptor previamente preparado. Pero si el defecto pusiera a descubierto algunas de las cavidades de la cara, fosas nasales o senos maxilares (extirpación de tumores malignos, lesiones destructivas, traumatismos, etc.), es necesario, en un tiempo previo, recubrir la cara cruenta del colgajo con un injerto de Tiersch para reconstruir el revestimiento interno de la cavidad.

En este caso hay que diferir la rotación e implantación del colgajo 2 ó 3 semanas hasta que el injerto dermoepidérmico haya prendido. Luego se rota y aplica al lecho receptor previamente preparado. Dos o tres semanas después, cuando se compruebe por la autonomización, que la neovascularización del extremo distal del colgajo es suficiente para nutrirlo, se secciona el pedículo, y se termina de aplicar el injerto, sacrificando el material sobrante o se le restituye a la región glabellar si fuera necesario mejorar en aquel sitio la cicatriz residual.

Todos estos casos son susceptibles de mejorarlos con pequeños retoques, pero, tratándose generalmente de obreros, y como en estos casos, procedentes del interior, es difícil retenerlos mucho tiempo en la capital por sutilezas estéticas.

Fig. 1. Esquema de los diversos tiempos de un colgajo frontal mediano, con su cara cruenta epitelizada, destinada a reparar un defecto que comprende la pared anterior del seno maxilar



(a) Tallado del colgajo en espátula

(b) Levantado el colgajo y efectuada la hemostasis, se desprenden ampliamente por divulgación los bordes de la herida residual hasta las regiones temporales

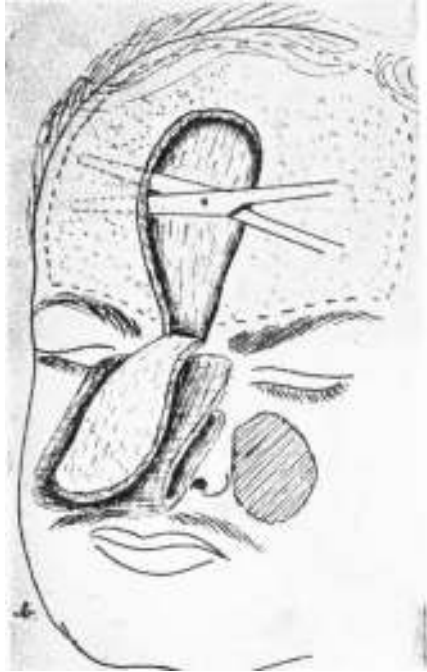
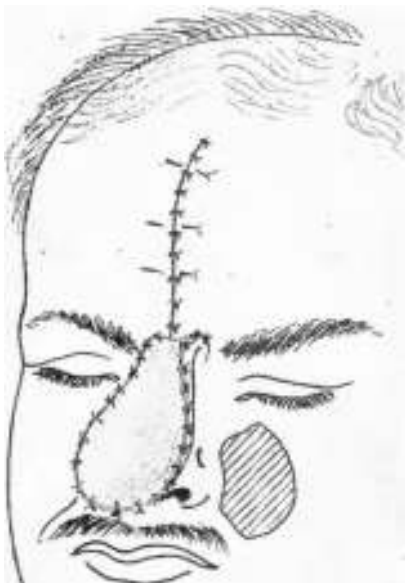


Fig. 1. Esquema de los diversos tiempos de un colgajo frontal mediano, con su cara cruenta epitelizada, destinada a reparar un defecto que comprende la pared anterior del seno maxilar



(c) El área dadora ha sido recubierta por deslizamiento de la piel de la frente y la cara cruenta del colgajo epitelizada con un injerto dermo-epidérmico tomado del muslo



(d) Hecha la curación del área dadora, con tiras de leucoplasto a tensión, la espátula epidermizada y envuelta en tull-gras se vuelve a su posición natural protegiéndola con una curación no compresiva

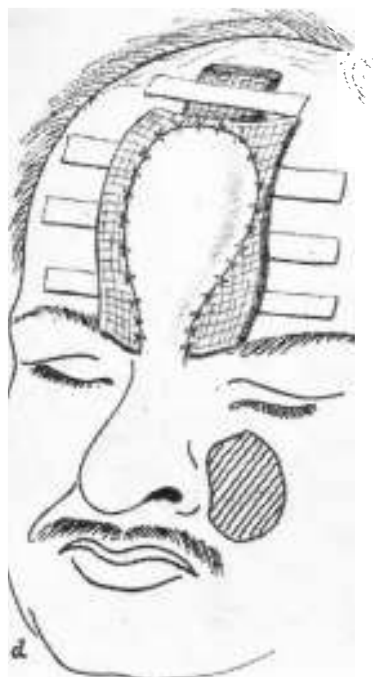


Fig. 1. — Esquema de los diversos tiempos de un colgajo frontal mediano, con su cara cruenta epitelizada, destinada a reparar un defecto que comprende la pared anterior del seno maxilar



(e) A las 2 ó 3 semanas el colgajo es rotado y aplicado al defecto previamente preparado



(f) A las 2 ó 3 semanas, cuando la neovascularización de la extremidad distal del colgajo asegure su nutrición, se secciona el pedículo, previa prueba de autonomización con un torniquete de goma y se termina de aplicar el colgajo. Los retoques y modelados del injerto, si fueran necesarios, se harán más tarde



Fig. 2. — Caso correspondiente a los esquemas de la Fig. 1. Reparación de un defecto infraorbitario consecutivo a la extirpación de un neoplasma recidivante de esa región, comprometiendo la pared anterior del seno maxilar. La última foto fué tomada al año de la reparación



Fig. 3. — (A y B) Pérdida de la parte anterior de la pirámide nasal, por un hachazo. En (C), se ve el colgajo frontal ya epitelizado y pronto para ser rotado. En (D), el colgajo ya ha sido implantado en el dorso nasal. En la (E), el pedículo ha sido seccionado y se ha terminado de aplicar el injerto



Fig. 4. — (A) corresponde a un caso de pérdida de sustancia de la punta de la nariz en un accidente de locomoción. En (B), el colgajo epitelizado ya ha sido rotado y aplicado al defecto. (C) El pedículo ha sido seccionado y se procederá a terminar de aplicar y modelar el injerto. (D.E.) Un año después