

Técnica de colgajo a lo 9: a propósito de dos casos

Nine shaped flap: about two cases

María Florencia Neira¹, Carolina Carvajal², Laura Weintraub³, Gladys Merola⁴

Resumen

Presentamos un tipo de colgajo por rotación y avance (técnica del 9). Es una técnica simple y muy útil. Facilita la extirpación de lesiones circulares u ovales, con buenos resultados estéticos.

Se describe la técnica de colgajo a lo 9 en una paciente con un quiste infundibular pilosebáceo recidivado en la espalda y otro paciente con un carcinoma basocelular lobulado y pigmentado en la piel del glúteo derecho (Dermatol Argent 2009;15(5):362-364).

Palabras clave: técnica de colgajo a lo 9.

Abstract

We present an advancement and rotation flap that can be employed in oval or round lesions with good esthetic results.

We describe the nine-shaped flap technique employed on a patient with an infundibular cyst in the back, and on another patient with a basal-cell carcinoma on the right buttock (Dermatol Argent 2009;15(5):362-364).

Key words: Rotation flap, advancement flap, nine shaped flap technic.

Introducción

La técnica de colgajo a lo 9 es un colgajo por rotación y deslizamiento, cuya maniobra es sencilla y muy útil para la extirpación de las lesiones circulares que se ven frecuentemente en cirugía dermatológica.^{1,2}

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento con espironolactona 25 mg por día y diltiazem 120 mg por día, que consulta por presentar una lesión nodular de 0,5 cm de diámetro, de límites indefinidos, móvil, de consistencia dura, no adherida a planos profundos, con un orificio de apertura a nivel centro lateral derecha. Esta lesión está localizada en la región escapular derecha. Refiere varios años de evolución y leve dolor espontáneo.

Como antecedentes, la paciente refería una cirugía previa en la zona por técnica de losange simple, con recidiva posterior, por lo que se decide realizar una nueva cirugía.

Por las características, el tamaño y la cicatriz anterior, se realiza la extirpación quirúrgica con un colgajo a lo 9, margen de 2 mm, afrontando los bordes con dos puntos de anclaje y 10 puntos simples con Prolene 5-0. Se retiran los puntos a los 7 y 14 días.

La paciente evoluciona favorablemente con buena cicatrización

Fecha de recepción: 4/2/09 | **Fecha de aprobación:** 26/6/09

1. Médica residente 3er año de Dermatología.
 2. Médica dermatóloga.
 3. Médica de planta del Servicio de Dermatología.
 4. Jefa de División.
- Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia

Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". División de Dermatología.
Aranguren 2701. CABA, Rep. Argentina.
Tel. 4611-6666 | adermato@yahoo.com

posterior de la zona con una estética aceptable, teniendo en cuenta la cirugía anterior (**Fotos 1 y 2**). El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica informa quiste infundibular pilosebáceo con extirpación completa.

Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 85 años, con antecedente de adenoma de próstata operado hace 8 años. Acude a la consulta por presentar una lesión tumoral con sectores pigmentados en su superficie, de 2 cm de diámetro, límites netos, móvil, no adherida a planos profundos, de consistencia dura. El tumor está localizado en glúteo derecho, tiene 6 años de evolución y es asintomático. Se realiza biopsia incisional de la lesión, que informa carcinoma basocelular lobulado pigmentado que invade todo el espesor dérmico. Teniendo en cuenta su localización, forma y tamaño, se decide la extirpación quirúrgica, aplicando la técnica del 9, con un margen de 4 mm. Se fija con punto de anclaje y se suturan ambas losanges con seis puntos simples con Nylon 3-0. Se retiran los puntos a los 7 y 14 días.

El paciente evoluciona favorablemente con buena cicatrización posterior de la zona y buen resultado estético (**Fotos 3 y 4**).

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica demostró extirpación completa de la lesión.

Discusión

Se define como colgajo a una porción de la piel que se desplaza, manteniendo una vinculación por medio de un pedículo con el sitio de origen desde una zona a otra inmediata para cubrir y reparar una pérdida quirúrgica de sustancia.¹⁻⁶

La técnica de colgajo a lo 9 (por rotación y avance), fue desarrollada por el Prof. Grinspan Bozza, quien realizó múltiples publicaciones al respecto.

En un primer momento se marca la lesión en forma circular u oval. Luego dibujamos una línea curva tangencial, partiendo desde cualquier punto de la circunferencia respetando las líneas naturales de la piel de la zona. Esta incisión indica cómo se tallará el colgajo, el cual deberá ser lo suficientemente largo para permitir su desplazamiento, dibujando un nueve. Posteriormente se extirpa la lesión.

Una vez tallado el colgajo, el vértice del mismo se recorta en su punta para redondearla y se traslada hacia el borde de la herida, al máximo que permita su desplazamiento. En este lugar se realiza un punto de anclaje. Al quedar fijado, se formarán dos losanges de distintos tamaños. Éstas se debridan para



Foto 1. Caso 1: aplicación de la técnica del 9.



Foto 2. Caso 1: resultado final.

su mejor deslizamiento. Por último se suturan ambas losanges borde a borde por puntos simples¹⁻⁴ (**Gráfico 1**).

Conclusión

Aunque la incisión más frecuentemente usada es la losange simple, a veces, en lesiones de gran tamaño o con cicatrices previas, es necesario para el cierre realizar un colgajo. El colgajo a lo 9 es una opción de fácil técnica y con buen resultado estético, como se puede observar en los dos casos presentados.

En nuestra experiencia, esta técnica es útil en la extirpación de lesiones, y puede ser realizada por un dermatólogo entrenado.

Referencias

1. Grinspan Bozza N. Colgajos. En: Grinspan Bozza N. Manual Práctico de Dermatología Quirúrgica. Buenos Aires. 2000: 109–119.



Foto 3. Caso 2: aplicación de la técnica del 9.



Foto 4. Caso 2: resultado final.

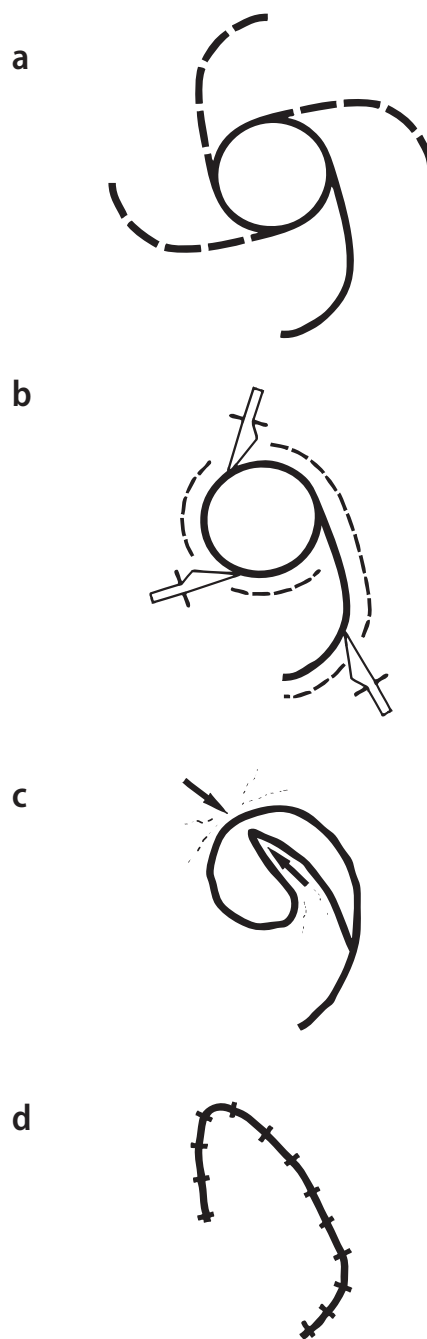


Gráfico 1. Técnica de colgajo a lo 9. **a:** marcamos el colgajo a lo 9. **b:** se talla el colgajo y se extirpa la lesión. **c:** se realiza el punto de anclaje. **d:** cierre de los losanges.

2. Grispan Bozza N. Colgajos cutáneos. Presentación de un tipo de colgajo: Técnica del 9. Arch Dermatol 1996;46: 27-38.
3. Grispan Bozza N. Colgajo a la 9 o técnica del 9. Arch Dermatol 2007;57:207-209.
4. De Carli E, Jaled M, Colombo Charrier EJ, Michan MG. Colgajo a lo 9: Técnica y aplicación. Dermatol Argent 1997;3: 248–250.

5. Camacho F. Colgajo cutáneo que gira sobre un punto: Rotación transposición. Interpolación. Regionales. Concepto y clasificación. Monogr Dermatol 2005;18:3-7.
6. Mazuecos BJ, Herrera Saval A, Camacho F. Colgajos por rotación. Colgajo por rotación de un solo pedículo, colgajo por rotación de doble pedículo, colgajo en 0 - Z, colgajo en hacha. Monogr Dermatol 2005;18:8-23.