

RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO SUPERIOR POSTERIOR A LA RESECCIÓN DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL



UMNG

Ricardo Galán MD, Julian Soto MD, Santiago Reyes MD, Jeniffer Sarmiento MD
Servicio de cirugía plástica Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de la unidad funcional palpebral constituyen un desafío reconstructivo de alta complejidad oncológica, representando entre el 5% y el 10% de la carga global de los carcinomas cutáneos. Si bien la incidencia se concentra predominantemente en el párpado inferior, el compromiso del párpado superior exige una restauración anatómica y funcional exhaustiva, orientada a preservar la homeostasis ocular, la integridad de las lámelas anterior y posterior y la dinámica fisiológica del músculo elevador.

EPIDEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

Los tumores malignos palpebrales representan entre el 5% y el 10% de todos los cánceres de piel. La distribución por tipo histológico se clasifica de la siguiente manera:

- **Carcinoma Basocelular (CBC):** Es la variante más prevalente, representando entre el 83.6% y el 92.92% de los casos, es un tumor de crecimiento lento y baja capacidad de metástasis.
- **Carcinoma Escamocelular (CEC):** Constituye la segunda neoplasia más frecuente, con una incidencia del 5% al 16%, tiene un comportamiento agresivo y mayor potencial de diseminación a ganglios linfáticos.
- **Carcinoma de Glándulas Sebáceas:** Es una neoplasia glandular rara (0-3%) y potencialmente agresiva, cuya localización más frecuente es el párpado superior.

ETIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO

El desarrollo de estas patologías se asocia a diversos factores de riesgo:

- **Exposición ambiental y física:** Radiación ultravioleta (UV), exposición a radiación ionizante y contacto con sustancias químicas como hidrocarburos y arsénico.
- **Factores biológicos y sistémicos:** Piel clara (fototipos bajos), inmunosupresión e infección por el virus del papiloma humano (VPH).
- **Perfil demográfico específico:** En el caso del carcinoma sebáceo, se observa una mayor prevalencia en mujeres (3:1), personas de edad avanzada (>65 años) y etnia asiática.
- **Estilo de vida:** Tabaquismo y dietas ricas en grasas.

CONCLUSIONES CLÍNICAS

El éxito reconstructivo del párpado superior depende de una planificación individualizada de acuerdo al tamaño, espesor y profundidad del defecto, es fundamental la preservación funcional de las dos lámelas y del músculo elevador para garantizar un funcionamiento adecuado del párpado.

BIBLIOGRAFÍA

Janis, J. E. (Ed.). (2014). Essential plastic surgery (2.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Brown, D. L., Borschel, G. H., & Levi, B. (Eds.). (2014). Michigan manual of plastic surgery (2.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Owen, J. L., Kibbi, N., Worley, B., Kelm, R. C., Wang, J. V., Barker, C. A., ... & Alam, M. (2019). Sebaceous carcinoma: Evidence-based clinical practice guidelines. The Lancet Oncology, 20(12), e699-e714. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30673-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30673-4).

Ramírez García, L. K., Díaz Azze, M., Gómez Cabrera, C. G., Vigoa Aranguren, L., Rojas Rondón, I., & Carrazana Pérez, Y. M. (2014). Carcinoma de glándulas sebáceas palpebrales. Revista Cubana de Oftalmología, 27(1), 139-147. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000100014&lng=es.

Arronte-Alarcón, M. T., Joan-Figueroa, A., Rodríguez-Vázquez, J., Rodríguez-Ramírez, T., Melgares-Ramos, M., Santos-Silva, I., ... & Santos-Silva, I. (2013). Sebaceous Glands carcinoma: A 10 years clinical-pathological study. Revista Mexicana de Oftalmología, 87(1), 19-24.

McLean, I. L., Bernier, M. N., & Zimmerman, L. E. (1993). Tumors of the eye and ocular adnexa (AFIP Atlas of tumor pathology Serie 3, n.º 12, pp. 7-47). Armed Forces Institute of Pathology.

Rao, N. A., Hidayat, A. A., McLean, I. W., & Zimmerman, L. E. (1982). Sebaceous carcinomas of the ocular adnexa: A clinicopathologic study of 104 cases, with five-year follow-up data. Human Pathology, 13(2), 113-122. [https://doi.org/10.1016/S0046-8177\(82\)80115-9](https://doi.org/10.1016/S0046-8177(82)80115-9).

Arango, M., Montoya Carrasquilla, D. C., & Velásquez, M. A. (2016). Sebaceous carcinoma of the eyelid. Case Report. Revista de la Sociedad Colombiana de Oftalmología, 49(2), 127-134. <https://ri-admin.bvsalud.org/document/view/262422>.

Ciccinelli, M. V., & Kalki, S. (2019). Ocular sebaceous gland carcinoma: An update of the literature. International Ophthalmology, 39(5), 1187-1197. <https://doi.org/10.1007/s10792-018-0925-z>.

Abullarade, J. (2013). Reconstrucción completa y dinámica del párpado superior. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, 39(2), 153-157. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpl/v39n2/original6.pdf>.

Harvey, D. T., Taylor, R. S., Itani, K. M., & Loewinger, R. J. (2013). Mohs micrographic surgery of the eyelid: An overview of anatomy, pathophysiology, - and reconstruction options. Dermatologic Surgery, 39(5), 673-697. <https://doi.org/10.1111/dsu.12084>.

DiFrancesco, L. M., Codner, M. A., & McCord, C. D. (2004). Upper eyelid reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery, 114(7), 98e-107e. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000142743.57711.48>.

CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS

- **Consideraciones Quirúrgicas y Resección Oncológica**
El tratamiento estándar es la resección quirúrgica. Se recomienda la Cirugía Micrográfica de Mohs por su capacidad para ofrecer un control preciso de los márgenes, reduciendo la tasa de recurrencia y preservando el tejido sano circundante lo que facilita una reconstrucción inmediata.
- **Principios de Reconstrucción Palpebral**
La reconstrucción del párpado superior es un desafío único que requiere restaurar la protección del globo ocular, la movilidad (dinámica palpebral) y la estética armoniosa.
- **A. Defectos de Espesor Parcial (Algoritmo Básico)**
 - Lamela Anterior (Piel y músculo):
 - 1. Defectos < 50%: Cierre primario.
 - 2. Defectos > 50%: Requiere el uso de injertos cutáneos.
 - Lamela Posterior (Conjuntiva y tarso): Requiere reparación primaria o injertos dependiendo de la extensión del daño conjuntival.
- **B. Defectos de Espesor Total y Extensos (Técnicas Avanzadas)**
En defectos menor al 25% se realiza cierre primario de la lesión.
Cuando el defecto supera un tercio de la totalidad del párpado se emplean técnicas más sofisticadas:
 - 1. Colgajo de Cutler-Beard (párpado inferior), rotación de mejilla (Mustardé) colgajos frontales (Fricke) o de Tenzel
 - 2. Colgajo de avance y transposición de la región temporal (para la cobertura externa) combinado con un injerto de mucosa oral (para la cobertura interna).
 - Ventajas: Permite una reconstrucción dinámica en un único tiempo quirúrgico, permite respetar el párpado inferior (reduciendo el riesgo de ectropión) y ofrece una textura y color similares a la piel periocular.

TECNICAS RECONSTRUCTIVAS



Caso clínico 1: cierre primario



Caso clínico 2: colgajo de Cutler Beard : Primer tiempo: colgajo de espesor completo en el párpado inferior ipsilateral por debajo del tarso inferior (la anchura del colgajo es la misma que el tamaño del defecto) y se pasa debajo del borde del párpado inferior hacia el defecto del párpado superior (puede incluir cartilago para soporte adicional) el colgajo se divide y se reinserta 3 semanas después .



Caso clínico 4: injerto de piel

- Injerto de piel.**
En el manejo de defectos de espesor parcial, el uso del injerto se determina por el porcentaje de pérdida de tejido:
- Lamela anterior (piel y músculo): Se utiliza un injerto cutáneo cuando el defecto es mayor al 50%. Para defectos menores al 50%, se prefiere el cierre primario.
 - Lamela posterior (conjuntiva y tarso): Se utiliza un injerto cuando la lesión afecta la conjuntiva, con el fin de realizar la reparación necesaria.

- En reconstrucciones totales (Espesor total)
Cuando el tumor (como el carcinoma sebáceo) requiere una resección de espesor total que abarca la totalidad del párpado, el injerto es esencial para la función.
- Injerto de mucosa oral: Se utiliza específicamente para la cobertura interna del nuevo párpado. Este tejido (extraído generalmente de la mejilla interna o sector yugal) se adelgaza y se fija a la cara interna de un colgajo para sustituir la conjuntiva.
 - Propósito: Su función es permitir que el párpado sea suave por dentro, garantizando la lubricación y protección del globo ocular, evitando que el roce del tejido externo (piel) dañe la córnea.

Caso clínico 3: colgajo de avance y transposición frontotemporal (colgajo de Fricke)