

Colgajo de Hughes: un modo de solucionar los tumores del párpado inferior de gran tamaño. Nuestra serie de casos

Hughes flap: A way to solve large lower eyelid tumors. Our case series

DELGADO JL¹, GARROTE V², ACOSTA B³, RODRÍGUEZ GIL R³, DÍAZ RODRÍGUEZ R²

RESUMEN

Objetivo: Presentar y analizar los resultados de la técnica del Colgajo de Hughes como tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de gran tamaño del párpado inferior, en nuestra serie de casos.

Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con tumores epiteliales con afectación del párpado inferior (PI) diagnosticados e intervenidos entre enero de 2012 y febrero de 2016, ambos inclusive, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), a los que se les realizó la técnica del colgajo Tarso-Conjuntival descrita por Hughes o Colgajo de Hughes (CH).

Resultados: Se analizaron un total de 8 pacientes, mujeres en un 75% de los casos, con una edad media de 76 años, diagnosticados de carcinoma basocelular (87,5%) y un carcinoma espinocelular (12,5%) del PI. El 62,5% eran tumores recidivados, por lo que ya habían sido intervenidos previamente. El seguimiento medio fue 475,25 días, con un tiempo medio hasta la apertura del colgajo de 50,67 días. Actualmente hay dos pacientes pendientes de la apertura del colgajo.

Conclusiones: En los casos que describimos no hemos observado recidivas tras la cirugía, por lo que consideramos que el colgajo de Hughes asociado a otras técnicas para reconstruir lamela anterior, es una buena opción como tratamiento quirúrgico de este tipo de tumores.

Palabras Clave: Colgajo tarso-conjuntival, Hughes, carcinoma basocelular.

SUMMARY

Objective: To present and analyze the results of the Hughes flap technique and surgical treatment of large malignant tumors in the lower eyelid, in our series of cases.

¹ Doctor en Medicina. FEA oftalmología.

² Licenciada en Medicina. Residente de Oftalmología.

³ Licenciada en Medicina. FEA de oftalmología.

Correspondencia:

José Luis Delgado Miranda.

Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).

Ctra. Rosario, 145

38010 Santa Cruz de Tenerife

jldelmir@gmail.com

Material and Methods: Descriptive and retrospective study of patients with epithelial tumors affecting the lower eyelid, diagnosed and treated between January 2012 and February 2016 inclusive, in the Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) by means of the tarsus-conjunctival flap technique described by Hughes.

Results: We analysed a total of 8 patients, women in 75% of cases, with an average age of 76 years, diagnosed with basal cell carcinoma (87.5%) and squamous cell carcinoma (12.5%) of PI. 62.5% were relapsed tumors, which had been previously operated. Mean follow-up time was 475.25 days, with an average time lapse until the opening of the flap of 50.67 days. Currently there are two patients awaiting for the flap to be opened.

Conclusions: In the cases described, we observed no recurrence after surgery, therefore we believe that the Hughes flap associated with other techniques to reconstruct anterior lamella, is a good surgical treatment of this type of tumors.

Keywords: Tarsal-conjunctival flap, Hughes, basal cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

En el grupo de enfermedades cutáneas malignas, el carcinoma basocelular y el carcinoma escamoso representan el 90% del total (1), siendo el basocelular el 70% de las mismas, con una proporción de 5:1 (2). De hecho, éste es el tumor maligno más frecuente en el párpado (80-90%) (3,4), localizándose en PI en el 45% de los casos, en párpado superior (PS) en el 38% y en el canto interno en el 17% de los mismos (5).

En los tumores malignos de gran tamaño del PI, la aplicación de la técnica de Hughes para reconstruir la lamela posterior, a la que hay que asociar otro procedimiento para formar la lamela anterior y que se debe acompañar de biopsia intraoperatoria, es un buen procedimiento para la curación definitiva de estos tumores, aportando además buenos resultados funcionales y estéticos.

La técnica, que fue descrita en 1937 por Hughes, y modificada en 1976 por él mismo, consiste en crear desde el PS un colgajo tarso-conjuntival que se sutura al PI (6). Su indicación principal son los defectos mayores al 50-60% de la longitud palpebral horizontal (7), con cantos intactos (8).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con neoplasias epiteliales con afectación del párpado inferior (PI) diagnosticados e intervenidos entre enero de 2012 y febrero de 2016, ambos incluidos, en el Hospital Universitario Nuestra

Señora de Candelaria (HUNSC), mediante la técnica del colgajo tarso-conjuntival descrita por Hughes, llamada Colgajo de Hughes (CH).

El seguimiento se realizó hasta el propio mes de febrero de 2016, incluido, y se estudiaron un total de 14 variables: edad, sexo, ojo afecto, localización, tumor primario o recidivado, fecha de la intervención, resultado de la anatomía patológica, técnica asociada, ampliación de márgenes, apertura del colgajo, seguimiento, necesidad de reintervención y motivo de la misma si la hubiera.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del Servicio de Oftalmología.

RESULTADOS

La técnica se realizó en un total de 8 pacientes, de los cuáles 6 fueron mujeres (75%) y 2 hombres (25%), con una edad media de 76 años ($X = 76,125 \pm 8,681$ años), y afectación del ojo izquierdo (OI) en 7 de los 8 casos (87,5%). También en un 87,5% de los casos la anatomía patológica demostró un carcinoma basocelular, siendo el resto, carcinomas escamosos (12,5%). El 62,5% fueron tumores recidivados, y se localizaron, en su mayoría

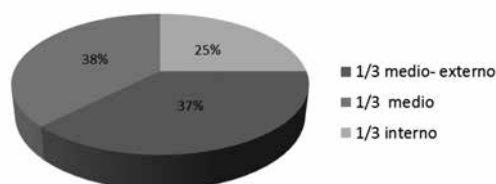


Fig. 1:
Localización del tumor en el PI.

Tabla 1: Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

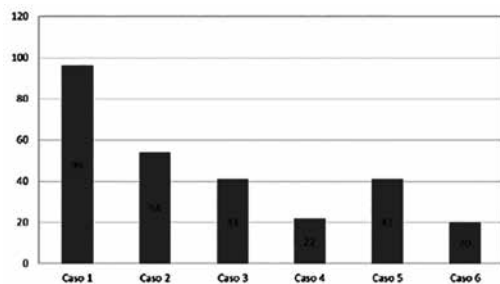
N.º Caso	Edad (años)	Sexo	Ojo afecto	Recidivado
1	62	Mujer	Izquierdo	Sí
2	69	Hombre	Izquierdo	Sí
3	75	Mujer	Izquierdo	No
4	82	Mujer	Izquierdo	Sí
5	72	Mujer	Izquierdo	Sí
6	93	Hombre	Derecho	No
7	80	Mujer	Izquierdo	Sí
8	76	Mujer	Izquierdo	No

Tabla 2: Características del tumor reseado

N.º Caso	Tamaño del tumor	Resultado de la AP	Ampliación de márgenes
1	1.2 x 1x 0.3 cm	Carcinoma basocelular	Temporal
2	0.9 x 0.6 x 0.3 cm	Carcinoma basocelular	No ampliado
3	0.9 cm	Carcinoma basocelular	Temporal
4	3.2 x 2.2 x 0.4cm	Carcinoma basocelular	Nasal
5	0.8 x 0.6 x 0.7 cm	Carcinoma basocelular	Nasal y temporal
6	1.5 x 0.9 x 0.7cm	Carcinoma basocelular	Temporal
7	0.9 x 0.5 x 0.4 cm	Carcinoma basocelular	Nasal
8	0.7 x 0.2 x 0.3cm	Carcinoma espinocelular	Temporal

Tabla 3: Técnicas asociadas y necesidad de reintervención

Caso	Técnicas asociadas	Reintervención	Motivo reintervención
1	Colgajo de periostio y avance miocutáneo.	No	—
2	Injerto de piel de PS	No	—
3	Colgajo de Tripier	No	—
4	Colgajo fronto-glabealar	Sí	Adelgazamiento colgado
5	Injerto de piel de PS	No	—
6	Injerto cutáneo-orbicular de PS	No	—
7	Injerto de piel de PS	Sí	Ampliación de margen nasal
8	Colgajo de Tripier e injerto mucosa bucal	No	—

*Fig. 2: Tiempo en días hasta la apertura del colgajo.*

(75%), en el 1/3 medio \pm 1/3 externo (fig. 1). Las características basales de los pacientes se incluyen en la tabla 1.

Las características del tumor, como el tamaño de las muestras remitidas a anatomía patológica y el resultado de la misma, se muestran en la tabla 2. La cirugía asociada fue en su mayoría un injerto del PS ipsilateral o colgajo de Tripier del PS ipsilateral. Sólo 1 (12,5%) de los pacientes precisó reintervención real para llevar a cabo un adelgazamiento del colgajo. El 2.º caso se intervino al día siguiente para ampliar los márgenes (tabla 3).

El seguimiento medio fue de 475,25 días ($X = 475,25 \pm 419,64$ días) con un tiempo medio hasta la apertura del colgajo de 50,67 días ($X = 50,67 \pm 22,64$ días). Actualmente hay dos pacientes pendientes de la apertura del colgajo. El tiempo hasta la apertura se muestra en la figura 2.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular, a pesar de ser la forma más frecuente de cáncer de piel, con una frecuencia 10 veces mayor a la del melanoma, no constituye un motivo de consulta urgente por el paciente, debido en parte, al lento crecimiento y al aspecto inicial del tumor, que no hacen sospechar la malignidad del proceso. Es por esto por lo que, en la mayoría de los casos, los pacientes llegan a nuestra consulta ya con lesiones de gran tamaño, que requieren un abordaje quirúrgico exigente que debe llevarse a cabo por un equipo de profesionales multidisciplinar y con un buen entrenamiento quirúrgico.

En nuestro estudio, además de lesiones relativamente grandes, la mayoría de los pacientes presentan un tumor recidivado al que se le han realizado cirugías previas, a pesar lo cuál se persiguió conseguir la curación del proceso con un buen resultado funcional y estético. Se muestran las imágenes del caso n.º 6 (figs. 3, 4, 5 y 6).

En nuestra opinión, el Colgajo de Hughes junto con las técnicas quirúrgicas asociadas ya descritas, realizadas para reconstruir también la lamela anterior y, la biopsia intraoperatoria llevada a cabo para valorar la necesidad de ampliación de los

márgenes, nos ha permitido conseguir ambos fines: por una parte y, hasta el momento actual, no hemos constatado ninguna recidiva, si bien la mayoría de los carcinomas basocelulares recidivan en los primeros 3 años (7), tiempo de seguimiento sólo alcanzado por 1 de los 8 pacientes. Por otra parte, no hemos observado complicaciones importantes, a excepción de un leve engrosamiento del PI a nivel del colgajo, sin consecuencias funcionales ni estéticas para el paciente.

En conclusión, creemos que, para los tumores de gran tamaño de PI, ya sean primarios o recidivados, el CH del PS ipsilateral, es la técnica quirúrgica de elección, siendo imprescindible la biopsia intraoperatoria con ampliación de márgenes para asegurar su curación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baum HP, Meurer I, Unteregger G. Ki-67 antigen expression and growth pattern of basal cell carcinomas. *Arch Dermatol Res* 1993; 285: 291-5.
2. Puizina-Ivic N, Matokovic B, Gluncic I, Maslovara S, Vela-Ljubic J. Histopathologic variants of basal cell carcinoma correlation with sex, age and localization. *J Med Syst* 1999; 23 (5): 389-40.
3. Shields CL. Basal Cell carcinoma of the eyelids. *Int Ophtahmol Clin* 1993; 33 (3):1-4.
4. Kanski J. *Clinical Ophthalmology*. 4 de. Boston: Butterworth Heinemann, 1999: 19-21.
5. Pagliani G, Costa P, Papaleo M. Skin tumors. Localization of basal cell carcinoma in 162 patients. *Minerva Chir* 1995; 50 (6): 557-61.
6. Hughes WL. *Reconstructive Surgery of the Eyelids*. 2nd ed. St Louis: CV Mosby Co; 1954.
7. Gómez-Fernández T, Zaragoza-García P, Zato-Gómez de Liaño M.A. Generalidades sobre cirugía palpebral. Tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular palpebral. *Fundación Incivi*. 2007; 53-63.
8. Sanz-López A, Sales-Sánz M. Reconstrucción palpebral de defectos de espesor total. *Cirugía palpebral y periocular* 2009; 413-430.



Fig. 3: Carcinoma basocelular con afectación del PI del OD.



Fig. 4: Resección del tumor.

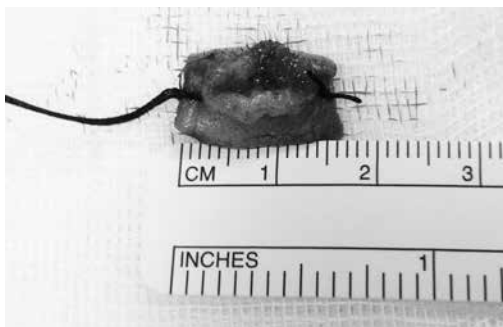


Fig. 5: Muestra remitida a anatomía patológica.



Fig. 6: Resultado final del CH + Injerto cutáneo-orbicular del PS.