

# Reconstrucción del borde helical mediante colgajo de Antia-Buch modificado

## Helical rim reconstruction with Antia-Buch modified flap

### RESUMEN

El borde helical es asiento frecuente de tumores cutáneos que precisan tratamiento quirúrgico. El cierre del defecto secundario puede realizarse mediante varias técnicas. Presentamos el caso clínico de un paciente con epiteloma epidermoide en borde helical, extirpación y reconstrucción del defecto mediante colgajo de avance helical, técnica de Antia-Buch modificada, realizando excisión de superficies cutáneas anterior, posterior y condrocutánea, doble avance del hélix desde su parte inferior y desde porción antero-superior. El colgajo de avance helical permite la reconstrucción íntegra del hélix, es un procedimiento quirúrgico sencillo y puede ser realizado bajo anestesia local.

### PALABRAS CLAVE:

Tumor hélix. Reconstrucción hélix. Colgajo Antia-Buch.

### SUMMARY

Helical rim is an usual localization of cutaneous tumours, which it need surgical treatment. Defects closure may be possible with many procedures. We present a patient case report with squamous epithelioma in helical rim, extirpation and defect reconstruction by helix advancement flap (Antia-Buch modified). We detached on both the anterior-posterior surfaces and chondrocutaneous flap, with double helical advancement from lower and upper portion. Advancement helical flap allows entire helix reconstruction, it is an easy surgical technique and can be made under local anesthesia.

### KEY WORDS:

Helix tumour. Helix reconstruction. Antia-Buch flap.

## Introducción

En el pabellón auricular asientan con frecuencia lesiones cutáneas cuya naturaleza es preciso estudiar porque entre los diagnósticos más habituales están los epitelomas, especialmente los epidermoides, con la fotoexposición como factor de riesgo principal.

La anatomía del pabellón auricular presenta numerosos pliegues, surcos y ondulaciones, una estructura compuesta de piel sobre cartílago y un soporte vasculonervioso distribuido por ambas superficies cutáneopericondriales, siendo especialmente rico en el lóbulo auricular. Su implantación, y simetría son así mismo cualidades a tener en cuenta en la cirugía del pabellón auricular. La reconstrucción de defectos del hélix requiere un procedimiento que recree la falta de reborde junto con una estructura rígida, ya que una cobertura sólo cutánea no mantendría el aspecto compacto del reborde helical.

Diversas técnicas quirúrgicas son aplicables para la reconstrucción de la zona helical, realizamos en este caso clínico un colgajo basado en la técnica de Antia-Buch con una modificación que nos permite avanzar la raíz del hélix, este avance del borde helical, aunque puede parecer peligroso, es un método fiable de reconstrucción, emplea el exceso de tejidos blandos útiles alrededor del defecto.

## Caso Clínico

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 74 años que presentó un tumor en el tercio superior del

hélix del pabellón auricular izquierdo (fotografía 1), sin antecedentes médicos de interés al caso, larga historia de fotoexposición solar, agricultor.

El tumor (exofítico, 18 mm) necesitaba una resección con suficientes márgenes quirúrgicos para asegurar una extirpación completa. Las técnicas de reconstrucción que podemos plantearnos, son:

- Cierre primario (1, 2, 3), ampliando el defecto en forma de cuña triangular con dos descargas de Bürow en uno y otro lado del vértice. Esta técnica si bien nos permite el cierre del hélix-antehélix, presenta el inconveniente de reducir el tamaño general del pabellón auricular dejando una asimetría evidente, además se aumenta la concavidad del pabellón. La extirpación con reconstrucción en cuña es más adecuada para defectos menores (máximo 20 mm).
- El injerto de piel total desgrasado (1, 4) nos permite cubrir el defecto, pero no restituye el reborde helical.
- Colgajo en dos tiempos piel retroauricular (8, 9, 10). Esta técnica reconstruye el hélix en su parte cutánea, para dar soporte cartilaginoso debe incluir un injerto de cartílago que puede tomarse de la zona del trago. Permite reconstruir defectos grandes (6, 7), aunque tiene complejidad mayor, y requiere dos tiempos quirúrgicos.
- Colgajo de avance helical (5) de Antia-Buch (figura 1). Técnica realizable en un tiempo quirúrgico, permite reconstruir el hélix con su estructura condrocútea, no modifica concavidad del pabellón auricular, no disminuye el tamaño auricular de forma apreciable.

Elegimos esta técnica, con la modificación de avanzar el hélix en su raíz anterior.

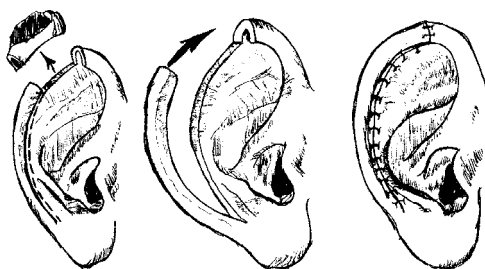


Fig.1: Técnica de Antia-Buch. Colgajo de avance condrocútáneo del hélix.

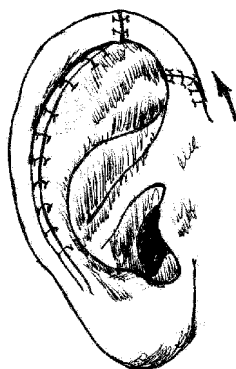


Fig.2: Avance helical doble, partes inferior y superior del hélix. Modificación de la técnica original de Antia-Buch.

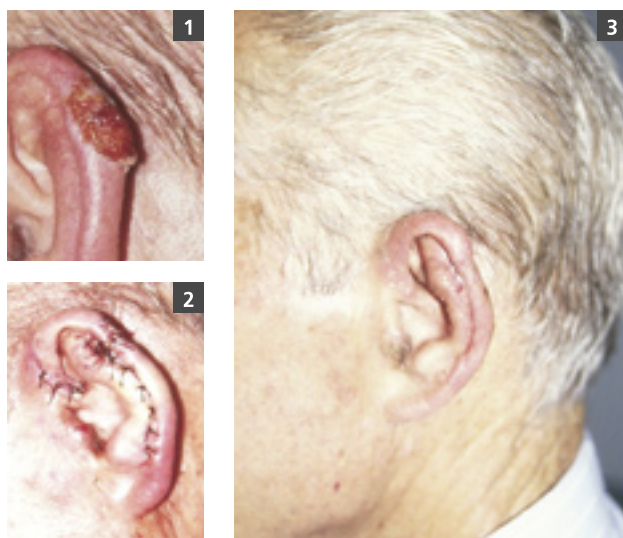


Foto 1: Tumor de hélix. Aspecto clínico de la lesión.

Foto 2: Reconstrucción del defecto secundario. Colgajos de avance helical. Postoperatorio inmediato.

Foto 3: Aspecto clínico a las 3 semanas de la intervención.

## Procedimiento quirúrgico

Tras la exéresis en bloque de la lesión con tejido sano circundante creamos un defecto secundario de 25 mm. Tallamos el colgajo desde la parte inferior del hélix (próximo a lóbulo) hasta el defecto, seccionando piel anterior, cartílago y piel posterior (figura 1), dejando un pedículo inferior estrecho pero suficiente (15 mm mínimo), tallamos

otro colgajo desde la raíz anterior del hélix hasta el mismo borde del defecto en este caso la incisión la realizamos únicamente en la piel anterior, respetando el cartílago y la piel posterior para avanzar únicamente la piel y descargar tensión del colgajo condrocútáneo inferior. Tallados los colgajos, realizamos hemostasia meticulosa, sutura por planos. Plano cartilaginoso con seda blanca de 4/0, planos cutáneos con seda negra de 4/0, con puntos sueltos (figura 2, fotografía 2). El postoperatorio cursó sin incidencias. La forma del pabellón auricular fue restaurada satisfactoriamente (fotografía 3). El estudio anatomopatológico reveló que la lesión extirpada era un epiteloma epidermoide con márgenes libres.

Como conclusión podemos afirmar que la técnica de reconstrucción helical mediante el avance del hélix y de la raíz del hélix es una técnica confiable con la que puede obtenerse un buen resultado estético sin comprometer la radicalidad de la excisión de tumores localizados en los tercios superior o medio del hélix.

## Bibliografía

1. McGregor Ian A. Técnicas fundamentales en Cirugía Plástica y sus aplicaciones quirúrgicas. Barcelona: Masson; 1993. p. 37-59.
2. Jackson Ian T. Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1990. p. 251-271.
3. Brent B. Reconstrucción de la oreja. En: McCarthy Joseph G. Cirugía Plástica - La Cara II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1992. p. 1233-1248.
4. Herrera E. Cirugía del Pabellón Auricular. En: Camacho Martínez F. Cirugía Dermatológica. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 1995. p. 481-486.
5. Antia N, Buch V. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. *Plast Reconstr Surg.* 1967 May; 39: 472-477.
6. Cook TA, Miller PJ. Auricular Reconstruction. *Facial Plast Surg.* 1995 Oct; 11 (4): 319-321.
7. Kaminsky A. Repair of the partial loss of the helix. *Aesthetic Plast Surg.* 1997 Nov-Dec; 21 (6): 427-429.
8. Johnson TM, Fader DJ. The staged retroauricular to auricular direct pedicle (interpolation) flap for helical ear reconstruction. *J-Am-Acad-Dermatol.* 1997 Dec; 37 (6): 975-978.
9. Talmi YP, Horowitz Z, Bedrin L, Kronenberg J. Auricular reconstruction with a postauricular myocutaneous island flap: flip-flop flap. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Dec; 98 (7): 1191-1199.
10. Talmi YP, Wolf M, Horowitz Z, Bedrin L, Kronenberg J. "Second Look" at auricular reconstruction with a postauricular island flap. "flip-flop flap". *Plast Reconstr Surg.* 2002 Feb; 109 (2): 713-715.

## Correspondencia

Elvira Elena Sorando  
Barcelona, 27 - 2.º B  
50017 Zaragoza  
E-mail: esorando@comz.org