

CASO CLÍNICO

<https://doi.org/10.31837/cir.urug/9.1.14>
https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/index
revista@scu.org.uy

Reconstrucción total de párpado superior mediante colgajo de avance y transposición de región temporal combinado con injerto de mucosa oral. Reporte de caso.



Total upper eyelid reconstruction with temporal advancement-transposition flap, combined with an oral mucosal graft. Case report.

Reconstrução total da pálpebra superior com retalho de avanço e transposição da região temporal combinado com enxerto de mucosa oral: relato de caso.

Agustina Moreira

agustinamoreira3@gmail.com

0009-0009-4232-850X

Residente de tercer año Cátedra de cirugía plástica reparadora y estética, Uruguay

Maximiliano Juri

mjuri89@hotmail.com

0000-0002-3784-574X

Asistente. Cátedra de cirugía plástica reparadora y estética, Uruguay.

Recibido: 03/04/2025

Aceptado: 17/06/2025

Resumen

Introducción: El carcinoma sebáceo es una neoplasia glandular poco frecuente y potencialmente agresiva, cuyo sitio más común de presentación es el párpado superior. Su manifestación clínica puede ser variable. El tratamiento habitual consiste en resección convencional o mediante cirugía micrográfica de Mohs, seguido de una reconstrucción adecuada. **Objetivo:** Describir la técnica reconstructiva para el manejo de un defecto total del párpado superior mediante un colgajo de avance y transposición de la región temporal, asociado a un injerto de mucosa oral en un único tiempo quirúrgico. **Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente con carcinoma sebáceo en el párpado superior, a quien se le realizó resección tumoral seguida de reconstrucción mediante colgajo de transposición y avance de la región temporal, asociado a un injerto de mucosa oral. **Discusión y conclusiones:** La técnica descrita es una opción eficaz para la reconstrucción de defectos extensos del párpado superior. Su principal ventaja radica en la reconstrucción dinámica del párpado, con una mínima morbilidad en la zona donante, y una apariencia similar en textura y color con la piel de la región temporal. Además, se realiza en un solo tiempo quirúrgico, es técnicamente sencillo y se ejecuta dentro de un único tiempo operatorio.

Palabras clave: Carcinoma sebáceo, reconstrucción párpado superior.

Abstract

Sebaceous carcinoma is a rare and potentially aggressive glandular neoplasm, with the most common site of presentation being the upper eyelid. Its clinical manifestation can vary. The usual treatment involves conventional resection or Mohs micrographic surgery, followed by appropriate reconstruction. Objective: To describe the reconstructive technique for managing a total defect of the upper eyelid using an advancement and transposition flap from the temporal region, combined with an oral mucosa graft in a single surgical procedure. Material and Methods: A clinical case is presented of a patient with sebaceous carcinoma of the upper eyelid, who underwent tumor resection followed by reconstruction using a transposition and advancement flap from the temporal region, with an oral mucosa graft. Discussion and Conclusions: The described technique is an effective option for reconstructing extensive upper eyelid defects. Its main advantage lies in the dynamic reconstruction of the eyelid, with minimal morbidity at the donor site and a skin texture and color similar to that of the temporal region. Additionally, it is performed in a single surgical procedure, is technically simple, and is carried out within a single operative field.

Keywords: Sebaceous carcinoma, upper eyelid reconstruction

Resumo

Introdução: O carcinoma sebáceo é uma neoplasia glandular rara e potencialmente agressiva, cujo local mais comum de apresentação é a pálpebra superior. Sua manifestação clínica pode ser variável. O tratamento habitual consiste em ressecção convencional ou cirurgia micrográfica de Mohs, seguida de uma reconstrução adequada. Objetivo: Descrever a técnica reconstrutiva para o manejo de um defeito total da pálpebra superior por meio de um retalho de avanço e transposição da região temporal, associado a um enxerto de mucosa oral em tempo cirúrgico único. Material e métodos: Apresenta-se o caso clínico de uma paciente com carcinoma sebáceo na pálpebra superior, submetida à ressecção tumoral seguida de reconstrução com retalho de transposição e avanço da região temporal, associado a enxerto de mucosa oral. Discussão e conclusões: A técnica descrita é uma opção eficaz para a reconstrução de defeitos extensos da pálpebra superior.

Sua principal vantagem reside na reconstrução dinâmica da pálpebra, com mínima morbidade na área doadora e aparência semelhante em textura e cor à pele da região temporal. Além disso, é realizada em um único tempo cirúrgico, é tecnicamente simples e executada dentro de um único ato operatório.

Palavras-chave: Carcinoma sebáceo, reconstrução de pálpebra superior.

Introducción

El carcinoma sebáceo es una neoplasia glandular rara y potencialmente agresiva que puede aparecer en cualquier área del cuerpo donde se encuentren glándulas sebáceas. El 70% de los casos se localizan en la región de cabeza y cuello, siendo el párpado superior el sitio más frecuente de aparición.

Debido a su presentación clínica variable y su baja frecuencia, esta patología a menudo es subdiagnosticada, lo que puede llevar a un tratamiento tardío.^(1,3,5)

Los principales factores de riesgo incluyen el sexo femenino, la edad avanzada y la etnia asiática. Clínicamente, se presenta como una pápula o quiste subcutáneo firme de color rosado o amarillento, que suele crecer rápidamente. En algunos casos, puede ulcerarse y asociarse con conjuntivitis o queratoconjuntivitis.^(1,3,5)

El tratamiento estándar consiste en la resección convencional, sin márgenes preestablecidos, aunque la literatura recomienda un margen de 4-5 mm.⁽²⁾ Alternativamente, la cirugía micrográfica de Mohs, que permite un control más preciso de los márgenes, reduce la tasa de recurrencia y preserva el tejido sano circundante lo cual justifica y permite una reconstrucción inmediata.^(6,7)

Cuando el tumor se localiza en el párpado superior, el defecto resultante suele ser de espesor total y extenso.⁽⁵⁾

En este contexto, se presenta el caso de una paciente con carcinoma sebáceo en el párpado superior, en la que se realizó una resección mediante cirugía micrográfica de Mohs, seguida de una reconstrucción utilizando un colgajo de avance y transposición desde la región temporal, combinado con un injerto de mucosa oral. El reporte de este caso ha sido aprobado por el comité de ética.

Reporte de caso

Paciente femenina de 66 años, procedente de una zona rural, sin antecedentes médicos relevantes. Consulta por una tumoración subcutánea en el párpado superior con una evolución de tres años. La lesión, de 2 cm de diámetro, compromete dos tercios del párpado y presenta características redondeadas, consistencia firme, adherencia a planos profundos e indolora. Se localiza a 2 mm de la carúncula, a 1 cm del canto externo y a 1.5 cm del techo de la órbita. La tumoración muestra un crecimiento progresivo, sin episodios de remisión (**Fig.1**).

Se realizó una biopsia incisional que, mediante análisis anatomopatológico, confirmó el diagnóstico de carcinoma sebáceo.

Posteriormente, se solicitó una resonancia magnética para completar la valoración, la cual no mostró evidencia clínica ni imagenológica de diseminación linfoganglionar locorregional ni a distancia.

Se planificó la cirugía resectiva utilizando cirugía micrográfica de Mohs, con el objetivo de obtener márgenes libres de tumor. El procedimiento resultó en la creación de un defecto de espesor total en el párpado superior, y abarcando tanto en el sentido vertical como horizontal la totalidad del párpado (**Fig.2**). Para la reconstrucción, se empleó un colgajo de avance y transposición de la región temporal para la cobertura externa, combinado con un injerto de mucosa oral para la cobertura interna.



Fig. 1. Paciente de sexo femenino de 71 años portadora de un carcinoma sebáceo de párpado superior.

Técnica quirúrgica

La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia general, protegiendo el globo ocular con ungüento antibiótico. Se infiltró la región temporal y la mucosa oral con una solución de lidocaína al 2% y adrenalina a una dilución de 1:100,000. A continuación, se realizó la resección mediante cirugía micrográfica de Mohs, comenzando la primera resección con márgenes de 5 mm inicialmente, (como recomienda la bibliografía), se realizaron 2 ampliaciones, obteniendo márgenes libres de tumor, lo que resultó en un defecto de espesor total del párpado superior abarcando tanto en sentido vertical como horizontal la totalidad del mismo.

Se procedió a la toma de un injerto de mucosa oral de sector yugal de mejilla izquierda de 3 cm de largo y 1.5 cm de ancho para cubrir el defecto creado en el párpado, moldeando el injerto conforme a la forma del defecto. El injerto fue adelgazado para su mejor adaptación. El área donante de la mucosa oral se cerró de manera directa mediante sutura reabsorbible.

Se diseñó un colgajo de transposición de 3 cm de longitud, compuesto por piel, tejido celular subcutáneo y fibras remanentes del músculo orbicular, con un pedículo inferior proveniente de la región temporal. Este colgajo permitió cubrir inicialmente el sector lateral del defecto, y mediante su transposición y avance desde la región superior, se logró completar la reconstrucción del párpado.

Las incisiones se realizaron siguiendo la línea de implantación pilosa, extendiéndose hacia la región preauricular para facilitar un adecuado avance del colgajo. Para corregir la deformidad tipo "oreja de perro", se efectuó una incisión de descarga en el borde inferior del colgajo. El injerto de mucosa oral, previamente adelgazado, se fijó a la cara interna del colgajo utilizando sutura reabsorbible. La aponeurosis del músculo elevador del párpado superior se suturó al colgajo, específicamente a las fibras del orbicular con hilo no reabsorbible. Finalmente, el colgajo combinado se fijó al defecto del párpado superior mediante suturas no reabsorbibles. (**Fig. 3**).

En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó una apertura y cierre ocular adecuados, sin complicaciones. No se evidenció lagofthalmos. La paciente fue dada de alta a las 72 horas. Durante los controles postoperatorios, el edema fue disminuyendo de manera progresiva (**Fig. 4**).



Fig. 2: Dibujo del defecto creado luego de resección mediante cirugía micrográfica de Mohs.



Fig. 3: A, B, C Imágenes intraoperatorias. Tumor fue resecado mediante cirugía micrográfica de Mohs. Se confeccionó colgajo de avance y transposición de región temporal combinado con injerto de mucosa oral. D, E postoperatorio inmediato.



Fig. 4. Postoperatorio a los 3 meses de la reconstrucción.

Discusión

Los párpados son estructuras esenciales para la protección y lubricación del globo ocular. El movimiento palpebral es posible gracias a la coordinación de varias estructuras, como la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos, la placa tarsal y la conjuntiva. pérdida, aunque sea mínima, de alguno de estos componentes puede comprometer la función palpebral. Las resecciones de neoplasias en esta área suelen implicar pérdidas de espesor total, afectando tanto la lámina anterior como la posterior del párpado. La reconstrucción de estos defectos plantea un desafío significativo para el cirujano reparador.^(4,9)

En defectos menores a un tercio del párpado, la reconstrucción no suele ser un problema complejo. Sin embargo, cuando el defecto supera un tercio de la estructura, se requieren enfoques reconstructivos más sofisticados. La literatura clásica describe varias técnicas para reconstrucciones de párpado superior cuando el defecto excede el 50%, tales como el colgajo de párpado inferior (Cutler-Beard), colgajos de rotación de mejilla (Mustardé) y colgajos de la región frontal (Fricke).⁽⁸⁾

Para obtener un resultado funcional y estéticamente satisfactorio, es fundamental trabajar con los tejidos perioculares circundantes, que son los más similares en características a los tejidos palpebrales y permitirán lograr las especificidades anatómicas necesarias para completar el defecto.⁽¹⁰⁾

La técnica presentada en este trabajo ofrece una opción viable para defectos extensos del párpado superior. El colgajo de transposición y avance de la región temporal, combinado con un injerto de mucosa oral, presenta como principal ventaja la capacidad de reconstruir dinámicamente el párpado superior, con mínima morbilidad en la zona donante, y una textura y color de piel similares a los de la región temporal. Además, esta técnica requiere de un solo tiempo quirúrgico, es relativamente sencilla y se realiza dentro de un único campo operatorio.

Conclusiones

En comparación con otras técnicas descritas para la reconstrucción completa del párpado superior, consideramos que el colgajo descrito en este trabajo ofrece un resultado superior, ya que evita la necesidad de sacrificar el párpado inferior, lo que a su vez minimiza el riesgo de complicaciones y morbilidad adicional, como el ectropión cicatricial. La reconstrucción palpebral representa un desafío importante para el cirujano plástico reparador, y en particular, la reconstrucción del párpado superior es aún más compleja debido a la limitada cantidad de tejido funcional disponible. La apertura palpebral es extremadamente exigente, y el diseño reconstructivo debe ser capaz de cubrir completamente el globo ocular, tanto de manera estática como dinámica. Para lograr una función óptima, es esencial utilizar tejidos circundantes que compartan características similares a las del párpado, lo que permite una restauración más precisa y funcional.

Bibliografía

- 1.Owen JL, Kibbi N, Worley B, Kelm RC, Wang JV, Barker CA, et al. Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines. *Lancet Oncol.* 2019;20(12):e699-e714. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30673-4.
- 2.Ramírez García LK, Díaz Azze M, Gómez Cabrera CG, Vigoa Aranguren L, Rojas Rondón I, Carrazana Pérez YM. Carcinoma de glándulas sebáceas palpebrales. *Rev Cubana Oftalmol.* 2014; 27(1):139-47 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000100014&lng=es.
- 3.Arronte-Alarcon MT, Joan-Figueroa A, Rodríguez-Vázquez J, Rodríguez-Ramirez T, Melgares-Ramos M, Santos-Silva I, et. al. Sebaceous Glands carcinoma. A 10 years clinical-patological study. *Rev. Mex. Oftalmol.* 2013;87(1):19-24. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321-articulo-carcinoma-glandulas-sebaceas-un-estudio-X0187451913949864>
- 4- Mc Lean IL, Bernier MN, Zimmerman LE. Tumors of the eye and ocular adnexa. Washington D.C.:1993. p. 7-47. (AFIP Atlas of tumor pathology Serie 3, n12).
- 5.Rao NA, Hidayat AA, McLean IW, Zimmerman LE. Sebaceous carcinomas of the ocular adnexa: a clinicopathologic study of 104 cases, with five-year follow-up data. *Hum Pathol.* 1982;13(2):113-22. doi: 10.1016/s0046-8177(82)80115-9.
- 6.Arango M, Montoya Carrasquilla DC, Velásquez MA. Sebaceous carcinoma of the eyelid. Case Report. *Rev. Sociedad Colombiana de Oftalmología.* 2016; 49(2):127-34. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/z6uzv>
- 7.Cicinelli MV, Kaliki S. Ocular sebaceous gland carcinoma: an update of the literatura. *Int Ophthalmol.* 2019;39(5):1187-97. doi: 10.1007/s10792-018-0925-z.
- 8.Abullarade J. Reconstrucción completa y dinámica del párpado superior. *Cir.plást. iberolatinoam.* 2013;39(2):153-57. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n2/original6.pdf>
- 9.Harvey DT, Taylor RS, Itani KM, Loewinger RJ. Mohs micrographic surgery of the eyelid: an overview of anatomy, pathophysiology, and reconstruction options. *Dermatol Surg.* 2013;39(5):673-97. doi: 10.1111/dsu.12084.
- 10.DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Upper eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(7):98e-107e. doi: 10.1097/01.prs.0000142743.57711.48.

Contribución de autores:

Conceptualización: Agustina Moreira

Curación de datos: Agustina Moreira

Análisis formal: Agustina Moreira

Investigación: Agustina Moreira

Metodología: Agustina Moreira

Administración del proyecto: Agustina Moreira

Recursos: Agustina Moreira

Software: Agustina Moreira

Supervisión: Maximiliano Juri

Validación: Maximiliano Juri

Visualización: Maximiliano Juri

Redacción - borrador original: Agustina Moreira, Maximiliano Juri

Redacción - revisión y edición: Agustina Moreira

Nota: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio