

# recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

**DOI:** 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.582-591

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1617>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 3201 Ciencias Clínicas

**PAGINAS:** 582-591







## Cirugía reconstructiva de cánceres de piel y tejidos blandos. Manejo y complicaciones

Reconstructive surgery for skin and soft tissue cancers.  
Management and complications

Cirurgia reconstrutiva de cânceros de pele e tecidos moles. Gestão e complicações

**Luis Antonio Cepeda Tumbaco<sup>1</sup>; Antonella Denisse Salazar Murillo<sup>2</sup>;  
Katuska Elizabeth Rodríguez Gómez<sup>3</sup>; María Varynia Mendoza Santos<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 25/01/2022 **ACEPTADO:** 15/02/2022 **PUBLICADO:** 01/05/2022

1. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Manabí, Ecuador; cepeda7-11@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5169-0019>
2. Médico Cirujano; Investigadora Independiente; Manabí, Ecuador; antonellasalazar1996@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2407-092X>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; Katuskaelizabeth11@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0314-9436>
4. Médico; Investigadora Independiente; Manabí, Ecuador; varynia\_ms@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6837-5162>

### CORRESPONDENCIA

Luis Antonio Cepeda Tumbaco  
cepeda7-11@hotmail.com

**Manabí, Ecuador**

## RESUMEN

La reconstrucción basada en colgajos locales es la técnica más usada en grandes defectos traumáticos o por cáncer de piel, con excelentes resultados. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Cirugía reconstructiva de cánceres de piel y tejidos blandos. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La cirugía reconstructiva por medio de las técnicas de partes blandas ha sido una solución muy efectiva como consecuencia de las lesiones derivadas de los cánceres de piel, puede ser utilizada tanto en el cuello, la cara, la cabeza, como brazos, piernas, entre otros. Los colgajos son muy variados y dependiendo de la lesión se selecciona la mejor opción, incluso los colgajos no solo son utilizados para las reconstrucciones a causa del cáncer, sino también como técnicas reconstructivas en cirugía plástica, es posible combinar los colgajos con la expansión tisular, cuando la porción del colgajo no es suficiente.

**Palabras clave:** Ascitis, Derrame Pleural, Masa Pélvica, Síndrome Meigs, CA-125.

## ABSTRACT

Reconstruction based on local flaps is the most used technique in large traumatic defects or skin cancer, with excellent results. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Reconstructive Surgery of skin and soft tissue cancers. Management and complications. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Reconstructive surgery through soft tissue techniques has been a very effective solution as a result of injuries derived from skin cancers, it can be used on the neck, face, head, arms, legs, among others. The flaps are very varied and depending on the injury the best option is selected, even the flaps are not only used for reconstructions due to cancer, but also as reconstructive techniques in plastic surgery, it is possible to combine the flaps with tissue expansion, when the portion of the flap is not enough.

**Keywords:** Flap, Cancer, Skin, Expansion, Surgery.

## RESUMO

A reconstrução baseada em abas locais é a técnica mais utilizada em grandes defeitos traumáticos ou cancro de pele, com excelentes resultados. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a Cirurgia Reconstructiva de cánceres de pele e tecidos moles. Gestão e complicações. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A cirurgia reconstructiva através de técnicas de tecidos moles tem sido uma solução muito eficaz como resultado de lesões derivadas de cánceres de pele, pode ser utilizada no pescoço, rosto, cabeça, braços, pernas, entre outros. As abas são muito variadas e dependendo da lesão é seleccionada a melhor opção, mesmo as abas são utilizadas não só para reconstruções devido ao cancro, mas também como técnicas reconstructivas em cirurgia plástica, é possível combinar as abas com a expansão do tecido, quando a porção da aba não é suficiente.

**Palavras-chave:** Aba, Cancro, Pele, Expansão, Cirurgia.

## Introducción

El trauma y el cáncer de la región facial causa diferentes tipos de secuelas, y su camuflaje estético es siempre un desafío. La reconstrucción facial se basa en conceptos estéticos, desarrollados y mejorados con los años. Las unidades y subunidades faciales, su textura, el color y la localización son factores relevantes para considerar en estos tipos de procedimientos. La reconstrucción basada en colgajos locales es la técnica más usada en grandes defectos traumáticos o por cáncer de piel, con excelentes resultados (Huentequero-M et al., 2021).

El manejo del cáncer de cabeza y cuello implica una evaluación y tratamiento multidisciplinar, que puede incluir cirugía, radioterapia y quimioterapia. Los diversos enfoques de la resección quirúrgica y la reconstrucción de los tejidos, los tipos de disección cervical, las diferentes técnicas de radioterapia, y los tratamientos con quimioterapia concurrentes o neo-adyuvantes, pueden complicar la interpretación de los hallazgos de la imagen después del tratamiento multimodal (Martinez et al., 2018). Un estudio en Italia por Gironi L y colaboradores, sobre la reconstrucción de los defectos del cuero cabelludo con hueso expuesto después del tratamiento quirúrgico de carcinoma basocelular, describieron como principales complicaciones postquirúrgicas la necrosis (11%) y el hematoma (3%). Los autores consideran que las técnicas desfigurantes con elasticidad y vascularidad relativamente pobres de los tejidos del cuero cabelludo son las más propensas a desarrollar complicaciones (p 0,02) (Vargas Baños et al., 2020).

El CyC se puede manifestar en cualquier localización, sin embargo, las áreas comúnmente involucradas son la piel, los labios, cavidad oral, orofaringe (base lengua y amígdalas palatinas), y laringe. Histológicamente más del 90% de los CyC que afectan la mucosa son carcinomas escamosos, lo

que los hace sensibles al tratamiento con radioterapia y quimioterapia (Morales A & Moreno V, 2018).

Dentro de los ubicados en cavidad oral y faringe se detectan dos tendencias contrapuestas, pues mientras los localizados en amígdala y orofaringe aumentan a un ritmo del 2.9% anual por el alza generalizado del CCyC asociado a VPH, aquellos localizados en encía, suelo de la boca, e hipofaringe, asociados tradicionalmente a factores no-VPH como el tabaquismo o el alcohol, decaen a un ritmo anual de entre el 2.5 y el 3%. El grupo de tumores localizados en glándulas salivares ocupa un lugar de menor relevancia con una incidencia inferior, de 1.3 casos por 100.000 anualmente, lo que representa en términos relativos, un 9% del total de CCyC (González Gómez, 2021).

La evaluación en comités multidisciplinares formados por diferentes especialistas es muy importante ya que el tratamiento difiere según el estadio de la enfermedad, el sitio anatómico donde se encuentra y la accesibilidad quirúrgica. A la hora de tratar el cáncer de cabeza y cuello, los profesionales implicados deben tener como objetivo principal curar la enfermedad, pero además deben evaluar y optimizar el impacto anatómico (estético) y fisiológico (funcional) de dicho tratamiento. La comprensión e implementación de estrategias de manejo multidisciplinar es la piedra angular para lograr resultados terapéuticos óptimos (Masià Gridilla, 2021).

En las últimas tres décadas se han logrado grandes avances en la reconstrucción de cabeza y cuello con colgajos libres a pesar de la edad avanzada de los pacientes, la cual no contraindica el procedimiento. Sin embargo, no todos los pacientes se pueden beneficiar de este gran recurso debido a comorbilidades, por lo cual los colgajos pediculados se mantienen como una alternativa viable. Es ahí donde el colgajo submentoniano se presenta como una opción de sencilla ejecución, con anatomía relati-

vamente constante y que se puede realizar en un corto tiempo operatorio (Mendieta Espinosa et al., 2019). Los corrientes métodos reconstructivos basados en el uso de remplazo tisular y prótesis no pueden restaurar con precisión el tercio medio de la cara; los tejidos blandos tienen la ventaja de la permanencia, pero no pueden ser fácilmente moldeados; los dispositivos protésicos simulan adecuadamente la anatomía local, pero son temporales y pueden ser pesados e inestables causando disfunción oral en algunos pacientes (Cordero et al., 2013).

La técnica de expansión tisular se basa en la habilidad del tejido vivo de aumentar su área como respuesta a la presión ejercida por una masa que aumenta en volumen y en el principio de que el tejido blando responde a las fuerzas internas y externas para cambiar su forma y tamaño. El objetivo de la expansión tisular radica en lograr el desarrollo de un área donadora de tejido

con características similares a donde está el defecto en cuanto a textura, color, grosor y sensibilidad, y que permita la reconstrucción con cicatriz única poco evidente y preservando estéticamente el sitio donador (Sánchez Wals et al., 2020).

### Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Cirugía reconstructiva de cánceres de piel y tejidos blandos. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

<b>Frente y cuero cabelludo</b>	El cuero cabelludo constituye la zona con mayor área de la cabeza, y al mismo tiempo presenta la piel más gruesa. El cuero cabelludo está compuesto por 5 capas características: piel, que involucra la epidermis y la dermis; el tejido subcutáneo, que contiene el plexo vascular subdérmico; la galea aponeurosis; tejido conectivo laxo y el periostio. Esta es un área con baja elasticidad. La frente es un muy buen sitio donante para la reconstrucción facial, proporcionando un excelente color y textura del tejido.
<b>Párpados</b>	La unidad palpebral se divide en cuatro partes: subunidades del párpado inferior y superior y subunidades del canto lateral y medial. El párpado es una estructura delgada con capacidad de abrirse y cerrarse para lubricar y proteger la superficie ocular. Cualquier interrupción del tejido palpebral puede causar pérdida de la movilidad, flexibilidad o una función mucosa defectuosa. El párpado superior está compuesto por varias capas divididas en dos láminas. La lámina anterior está cubierta por la piel (la más delgada del cuerpo humano) y el músculo orbicular, sin capa adiposa. La lámina posterior está compuesta por el músculo elevador y / o la aponeurosis elevadora, el músculo de Müller y la conjuntiva.
<b>Nariz</b>	La nariz es una unidad estética compleja compuesta por 9 subunidades: la columela, el dorso, paredes laterales, alas nasales, facetas de partes blandas y la punta nasal. Por otro lado, el esqueleto nasal lo componen los huesos nasales y una serie de cartílagos y ligamentos. Los vasos angulares, nasopalatinos y etmoidales anteriores son el principal suministro vascular. Basado en sombras, concavidades y convexidades, los ojos humanos leen estas "piezas" juntas como una nariz completa.
<b>Mejilla</b>	La mejilla es la región estética facial más grande, y generalmente se divide en 4 subunidades: medial (infraorbitaria), lateral (maseterina o mandibular), cigomática y bucal. El límite de esta región la componen una línea que va desde el canto lateral hasta la raíz del hélix, otra línea que cruza por el surco preauricular, otra por el margen inferior de la mandíbula, y una que pasa por el pliegue mentolabial, el surco nasofacial y la unión entre el párpado y la mejilla.
<b>Labios y mentón</b>	A. La unidad del labio superior se divide en subunidad del filtrum, subunidades laterales y subunidad mucosa. En esta región se aprecia el músculo orbicular. Este músculo consta de 4 cuadrantes independientes que se entrelazan para dar la impresión de circularidad. El labio es irrigado por la arteria facial a través de las arterias labiales superiores e inferiores. Por otro lado, existe una diversa red de vasos que irrigan el filtrum a través de ramas terminales de la arteria labial superior.

**Tabla 1.** Anatomía de las unidades estéticas de la cara: implicancias quirúrgicas.

**Fuente:** (Huentelqueo-M et al., 2021). Modificado por: El Autor.



## Tipos de cirugía y colgajos

### A. Cirugía de resección del tumor primario:

1. Mandibulectomía, maxilectomía.
2. Glosectomía (parcial vs total)
3. Resección del suelo de boca
4. Faringuectomía (parcial vs total)
5. Laringuectomía (parcial vs total)
6. Exenteración orbitaria.

B. Cirugía reconstructiva: La resección curativa requiere una amplia escisión local para obtener márgenes quirúrgicos negativos. Dada la complejidad anatómica de la región de cabeza y cuello, a menudo se requieren técnicas reconstructivas complejas posteriores mediante colgajos para cerrar los defectos resultantes y proporcionar protección, corrección funcional (masticación, deglución, habla...) y estética después de la cirugía (Martinez et al., 2018).

### Lugar de origen:

- Colgajo local: reposicionamiento geométrico del tejido adyacente.
- Colgajo pediculado: rotación del tejido donante para cubrir un defecto, con preservación de los sistemas venoso y arterial originales.
- Colgajo libre: tejido autólogo con pedículo vascular propio que se transfiere y anastomosa a las estructuras vasculares de la zona receptora (zona del defecto) mediante técnicas microvasculares. La arteria y vena de un colgajo libre se seccionan y vuelven a conectar quirúrgicamente a los vasos receptores en el sitio de la reconstrucción (Martinez et al., 2018).

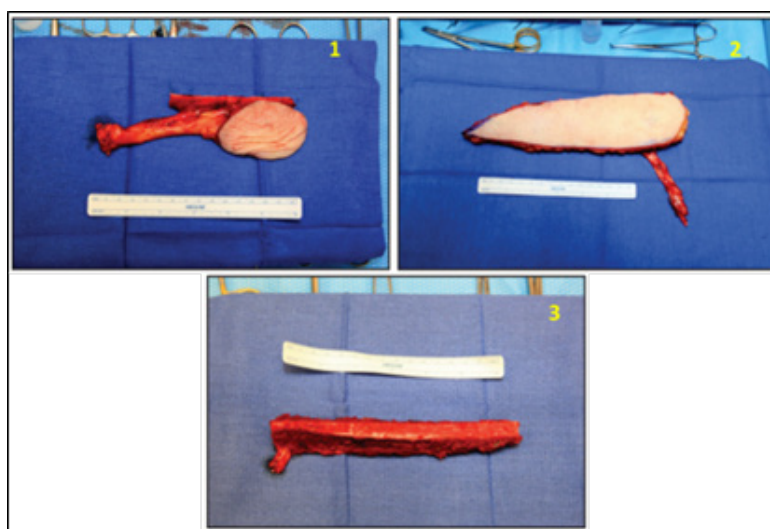
### Tipo de tejidos:

- Colgajos simples: se componen de un tipo de tejido, tal como la piel o tejido subcutáneo (colgajo cutáneo, fascial, muscular).

- Colgajos compuestos: constan de más de un tejido primario y generalmente tiene un componente muscular u óseo (colgajo miocutáneo, fasciocutáneo, osteomiocutáneo...). Por ejemplo, un colgajo miocutáneo está compuesto de piel, tejido subcutáneo, músculo y la irrigación arterial y venosa del músculo, mientras que un colgajo fasciocutáneo tiene fascia, tejido subcutáneo y plexo vascular (Martinez et al., 2018).
- Colgajo frontal: Este colgajo o flap se alimenta de la arteria supratroclear y es comúnmente usado para reconstrucción de defectos nasales o para cubierta cutánea de lesiones en línea media. Este procedimiento se realiza por etapas, ya que requiere de una segunda cirugía para seccionar el pedículo 4 a 6 semanas posterior al primer procedimiento. El sitio donante usualmente cicatriza por segunda intención.
- Colgajo nasolabial: Se basa en la arteria facial y puede tener una base superior o inferior. Este flap es útil en reconstrucción de la nariz y labio. El sitio donante debe ser cerrado de forma primaria.
- Colgajo submental: Su arteria nutricia corresponde a la del mismo nombre, la cual es una rama dominante de la arteria facial que emerge inmediatamente previo al cruzar la mandíbula en el triángulo mandibular. Este colgajo puede ser usado para cubrir defectos de la región inferior de la cara, de la cavidad oral ipsilateral e incluso el paladar. El sitio donante puede ser cerrado de forma primaria avanzando la piel del cuello.
- Colgajo supraclavicular: El colgajo se basa en la arteria cervical transversa y su rama supraclavicular, la cual provee soporte alrededor del hombro y la región deltoidea. Puede otorgar desde 8 a 24 cm de piel para reconstrucción de defectos cervicales, región inferior del rostro, incluso intraorales.

- Colgajo pectoral mayor: Corresponde a la opción más popular y es ampliamente usado. Inicialmente se describió para reconstrucción de defectos torácicos y es utilizado para defectos en cabeza y cuello desde Ariyan en 1979. El pectoral mayor es alimentado por la arteria pectoral que es rama de la toracoacromial, por una fracción de la arteria torácica lateral y por ramas de la mamaria interna. La rama pectoral emerge justo en la mitad de la clavícula y se dirige inferiormente por debajo del músculo pectoral. Es importante visualizar el pedículo mientras se levanta el flap para lograr una rotación y vitalidad exitosa. Se puede utilizar como colgajo muscular o musculocutáneo según la necesidad de reconstrucción, el sitio donante usualmente se cierra de forma primaria. Este colgajo puede ser voluminoso, especialmente en mujeres, y está limitado a la región cervical por su arco de rotación. Por el tamaño, es más usado para cubrir áreas cutáneas del cuello, la porción cutánea del colgajo debe ser manejada cuidadosamente durante la cirugía debido a que es la porción más frágil. Se reporta una pérdida del colgajo.
- Colgajo deltopectoral (Bakamjian): Fue descrito por Bakanjian en 1965<sup>13</sup>, y se transformó en el “caballo de batalla” en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello desde 1970. Este colgajo comprende un segmento de delgada piel y fascia sobre el músculo pectoral, pero puede incluir incluso piel de la región deltoidea. Tiene un robusto soporte vascular dado desde la primera hasta la cuarta perforante intercostal de la arteria mamaria interna. Cualquier extensión más allá de la región deltoidea tiene una vascularización aleatoria y no debiese ser utilizado para alguna región crítica de la reconstrucción. Este colgajo es usado para cerrar defectos cutáneos del cuello anterior y para salvataje después de fracasos de otro flap. El sitio donante se puede cerrar primariamente, aunque en ocasiones requiere de injertos cutáneos (Morales A & Moreno V, 2018).

### Colgajos libres

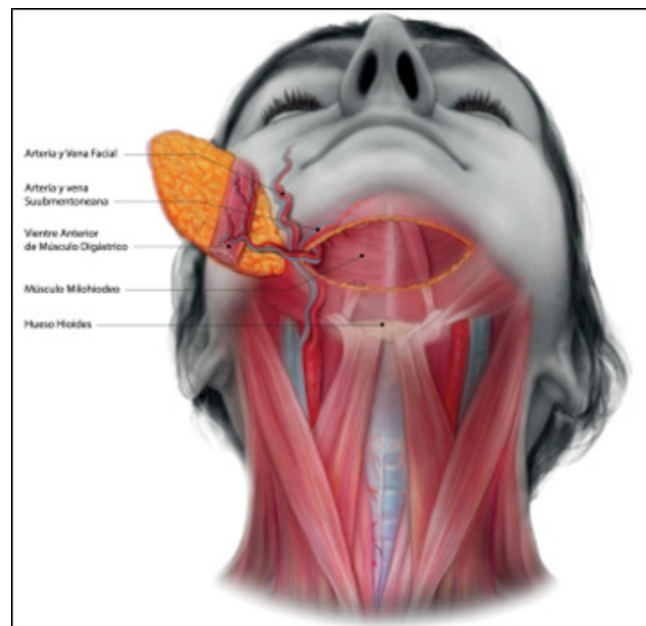


**Figura 1.** 1. Colgajo osteocutáneo radial, se observa su pedículo vascular de la arteria radial. 2. Colgajo libre anterolateral de muslo. 3. Colgajo libre óseo de fíbula.

**Fuente:** (Morales A & Moreno V, 2018).

- Colgajo radial: Es también conocido como colgajo chino, fue descrito por Yang en 1978<sup>14</sup> y es el más común usado en reconstrucción de cabeza y cuello. Este flap se basa en la arteria radial que lo nutre, la piel es delgada, plegable y carente de folículos pilosos, lo que lo hace una excelente alternativa para reconstrucción en cavidad oral y defectos faríngeos. Otras ventajas de este colgajo incluyen su largo pedículo, anatomía constante y buena tolerancia a la radiación. Otra opción que nos da este flap es su elemento óseo, el cual nos otorga desde 6 a 12 cm de hueso del radio.
- Colgajo anterolateral de muslo: Fue descrito en 1984 por Song, y su uso en reconstrucción de cabeza y cuello se popularizó por Koshima<sup>17</sup>. Este colgajo se basa en las perforantes que provienen de la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral, la cual se ubica en el punto medio entre la línea trazada entre la espina ilíaca anterosuperior y la patela superolateral. Aunque hay variaciones anatómicas, al menos una perforante se ubica en el 98% de la población, con 2 o más perforantes encontradas en aproximadamente el 75% de los casos.
- Colgajo recto abdominal: El músculo recto abdominal ha sido usado ampliamente en reconstrucción torácica y abdominal desde 1970. Pennington describió primeramente su uso como colgajo libre muscular basado en los vasos epigástricos inferiores profundos<sup>19</sup>. La composición del flap puede ser muscular solamente o miocutáneo, y la riqueza vascular de las perforantes asegura el aporte a la piel.
- Colgajo fibular: Este colgajo libre fue descrito por Taylor en 1975<sup>20</sup>, pero su uso para reconstrucción mandibular la realizó Hidalgo en 1989<sup>21</sup>. Es el colgajo más utilizado para reconstrucción mandibular, particularmente en defectos extensos. Este flap se nutre de los vasos peroneos, los cuales viajan paralelamente a la fíbula es su aspecto postero-medial y proveen soporte al hueso, tanto al endostio como periostio (Morales A & Moreno V, 2018).

### Técnica quirúrgica de colgajo submentoniano



**Figura 2.** Colgajo submentoniano con estructuras anatómicas de referencia.

**Fuente:** (Mendieta Espinosa et al., 2019).

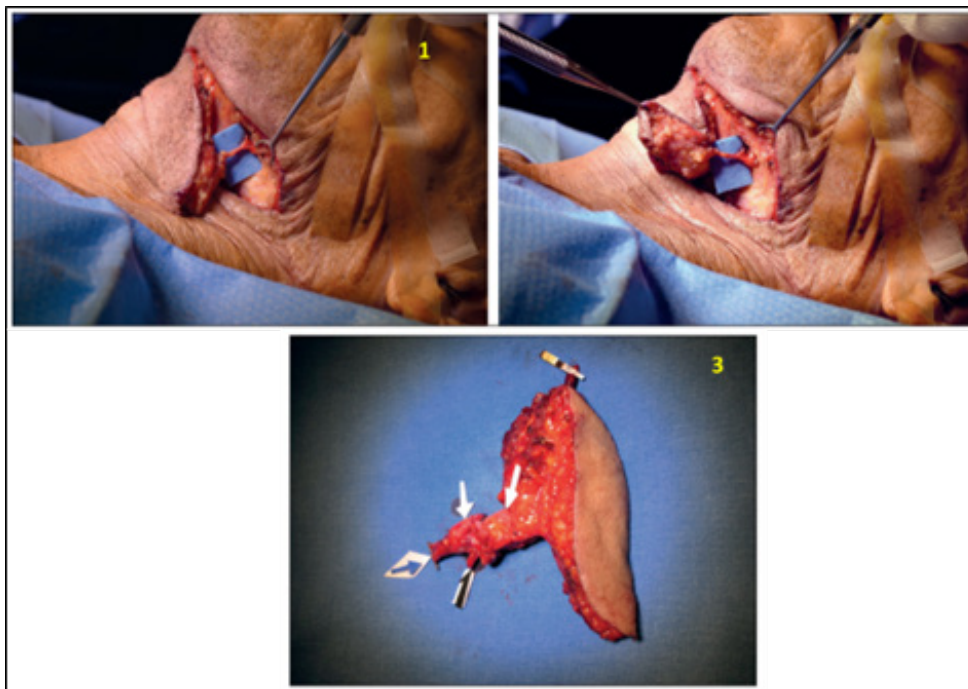
En base a pacientes con defectos faciales o linfedema secundario de la extremidad superior realizados por Mendieta Espinosa et al. (2019), en base a la revisión de las historias clínicas.

### Planificación y diseño

Diseñamos el colgajo al menos 1 cm por debajo del margen de la mandíbula para evitar una cicatriz visible en el sitio donador, con una forma elíptica para lograr un cierre primario más fácil. Con el paciente en

una vista de frente y el cuello en posición central, valoramos la laxitud de la piel cervical mediante pellizcamiento para valorar la dimensión vertical del colgajo y garantizar este cierre. Su longitud horizontal está determinada por el límite del ángulo mandibular. Se han reportado dimensiones de hasta 18 x 8 cm para el colgajo submentoniano. La disección del pedículo debe permitir que el colgajo sea transpuesto sin tensión. En caso de requerir mayor longitud del pedículo, se realiza un colgajo submentoniano de flujo retrógrado.

### Técnica operatoria



**Figura 3.** 1. Disección transoperatoria de vaso perforante único con pedículo de 2 cm, con preservación del músculo digástrico. 2. Colgajo submentoniano microquirúrgico (flecha azul=vena; flecha negra=arteria; flechas blancas= nódulos linfáticos, clamp= vena)

**Fuente:** (Mendieta Espinosa et al., 2019).

- Se realiza marcaje preoperatorio con ayuda de un acústico manual CareFusion Pocket-Dop II de 8 Mhz, con angulación del transductor a 45 grados sobre el eje vascular de la arteria facial y submentoniana, así como de las perforantes músculo-cutáneas provenientes del vientre anterior del músculo digástrico.
- También se marca la isla cutánea que cubrirá el defecto, a la cual incrementamos 5-10 mm más del área que deseamos reconstruir.
- Se coloca al paciente en decúbito dorsal con elevación de la espalda y a nivel de los hombros.



- Si se necesita un colgajo grueso, generalmente es más sencillo realizar el procedimiento por un abordaje lateral, ya que se inicia incidiendo piel, tejido subcutáneo y platisma para continuar en ese plano hasta encontrar el vientre anterior del músculo digástrico.
- Para encontrar fácilmente el trayecto de la arteria y vena submentonianas, se disecciona el borde mandibular; primero ubicando el trayecto de la arteria facial en su ascenso y aproximándonos en sentido proximal hasta encontrar su bifurcación que da origen a la arteria submentoniana.
- En el abordaje lateral, se inicia la disección del lado contralateral al defecto y si se visualiza un vaso perforante adecuado en el punto más cercano al defecto, se aísla para ser vaso nutriente del colgajo y rotarlo como un colgajo perforante en hélice, siendo así un colgajo de perforante puro al no incorporar músculo platisma o digástrico.
- Se prefiere un abordaje inferior cuando se quiere obtener un colgajo con linfonodos, ya que se encuentra fácilmente el grupo ganglionar entre la glándula y la vena submentoniana o alrededor de ella; sin embargo, se requiere en este caso un mayor cuidado ya que es fácil dañar la rama marginal del nervio facial. Si se desea realizar un diseño reverso del colgajo, este es el abordaje de elección junto con el abordaje superior, que posee las mayores ventajas para visualización del nacimiento de la arteria, de la rama marginal del facial y los linfonodos.
- Se realiza el cierre del defecto de forma primaria, con sutura directa en 3 planos.

## Conclusión

La cirugía reconstructiva por medio de las técnicas de partes blandas ha sido una solución muy efectiva como consecuencia de las lesiones derivadas de los cánceres de

piel, puede ser utilizada tanto en el cuello, la cara, la cabeza, como brazos, piernas, entre otros. Los colgajos son muy variados y dependiendo de la lesión se selecciona la mejor opción, incluso los colgajos no solo son utilizados para las reconstrucciones a causa del cáncer, sino también como técnicas reconstructivas en cirugía plástica, es posible combinar los colgajos con la expansión tisular, cuando la porción del colgajo no es suficiente.

## Bibliografía

- Cordero, A., Pinto, Y., Figueira, J., Mata, J. F., León, R. L., & López, J. (2013). Uso del colgajo pediculado miofascial temporal en cirugía reconstructiva posterior a maxilectomías con componente horizontal. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(2), 62–69. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634876004>
- González Gómez, F. (2021). Protocolo de la unidad de oncología y cirugía reconstructiva en cáncer de cabeza y cuello [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47510/TFG-M2129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huentequeo-M, C., Siso-C, S., Unibazo-Z, A., Pino-D, D., Alister-H, J. P., Mayer-O, C., & Olate, S. (2021). Colgajos Locales en Reconstrucción Facial. Alternativas de Tratamiento. *International Journal of Odontostomatology*, 15(2), 538–550. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200538>
- Martínez, P. B., Laverde, M. E. A., López, L. H., & Escribano, N. P. (2018). Cirugía oncológica en cabeza y cuello: claves para la interpretación de los injertos y sus complicaciones. *Seram*, 1–33.
- Masià Gridilla, J. (2021). Aplicación del injerto graso autólogo como herramienta terapéutica en pacientes con secuelas del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. *Universitat Autònoma de Barcelona*.
- Mendieta Espinosa, M., Palacios Juárez, J., Siu Bermúdez, A., & Fernández Riera, R. (2019). Colgajo submentoniano: aplicaciones clínicas y variantes en su diseño. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 45(4), 395–404. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922019000400009>
- Morales A, C., & Moreno V, M. (2018). Reconstrucción en cabeza y cuello: Un desafío en oncología. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 78(4), 439–450. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922019000400009>

org/10.4067/s0717-75262018000400439

Sánchez Wals, L., Gómez Vásquez, P. P., Azaín Ayala, M. E., Chang Monteagudo, A., Valdés Guerrero, O., Ropero Toirac, R. de J., Sánchez Wals, L., Gómez Vásquez, P. P., Azaín Ayala, M. E., Chang Monteagudo, A., Valdés Guerrero, O., & Ropero Toirac, R. de J. (2020). Revista Cubana de Cirugía. In Revista Cubana de Cirugía (Vol. 59, Issue 2). Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932020000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

Vargas Baños, M. J., Pico Segarra, J. L., & Huaman Arboleda, L. A. (2020). Complicaciones de la cobertura cutánea en pacientes con cáncer de piel en cuero cabelludo hospital sociedad de lucha contra el cáncer Solca desde periodo 2010-2015. RECIMUNDO, 4(4), 224–237. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.224-237](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.224-237)

#### CITAR ESTE ARTICULO:

Cepeda Tumbaco, L. A., Salazar Murillo, A. D., Rodríguez Gómez, K. E., & Mendoza Santos, M. V. (2022). Cirugía reconstructiva de canceres de piel y tejidos blandos. Manejo y complicaciones. RECIMUNDO, 6(2), 582-591. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.582-591](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.582-591)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.