



Colgajo local de avance recto en cirugía reconstructiva facial

Straight advancement local flap in facial reconstructive surgery

Antonio Gaspar Díaz Ramos^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9231-7747>

Lourdes María Valdés Barroso² <https://orcid.org/0009-0006-3617-037X>

Maricel Galiano del Castillo³ <https://orcid.org/0000-0002-7414-5259>

¹Hospital General Docente "Enrique Cabrera Cossío", Servicio de Cirugía Maxilofacial. La Habana, Cuba.

²Clínica Estomatológica Docente "Dr. Felipe Soto", Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera Cossío". La Habana, Cuba.

³Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: antogd@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Díaz Ramos AG, Valdés Barroso LM, Galiano del Castillo M. Colgajo local de avance recto en cirugía reconstructiva facial. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2025;13(2):e1582. Acceso: 00/mes/2025. Disponible en:

<http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1582>

RESUMEN

Introducción: La reconstrucción basada en colgajos locales es la técnica más utilizada, para atender grandes defectos traumáticos o por cáncer de piel, con excelentes resultados.

Objetivo: Presentar un caso clínico de reconstrucción inmediata en un defecto facial postquirúrgico, mediante colgajo local de avance recto.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 59 años de edad, fototipo III, con antecedentes de salud aparente, que acude a la Consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", remitida por Dermatología, que ante el examen físico presenta lesión tumoral cutánea ulceroinfiltrante, en región infraorbitaria izquierda, de 5 cm por 3 cm de diámetro, con un tiempo de evolución de seis meses, en ocasiones sangrante y no dolorosa, con episodios asociados de abscedación. Se realizó tratamiento quirúrgico con exéresis tridimensional de la lesión descrita, con márgenes quirúrgicos de seguridad y se solicitó biopsia de la pieza quirúrgica. Se realizó reconstrucción inmediata del defecto quirúrgico, mediante colgajo local de avance recto.

Conclusiones: El caso clínico presentado evidencia la aplicación del colgajo local de avance recto en defectos faciales, como una de las técnicas empleadas con éxito en este tipo de reconstrucciones inmediatas postquirúrgicas.

Palabras clave: Colgajos quirúrgicos; procedimientos quirúrgicos ortognáticos; reconstrucción mandibular.

ABSTRACT

Introduction: Reconstruction based on local flaps is the most used technique in large traumatic skin or cancer defects, with excellent results.

Objective: To present a clinical case of immediate reconstruction of a postsurgical facial defect using a straight advancement local flap.

Clinical case: We present a case of a 59 years old female patient, phototype III, with antecedents of apparent health who was referred to the Maxillofacial Surgery Consultation of the "Enrique Cabrera" General Teaching Hospital by the Dermatology department. On physical exam, she presented an ulcerative infiltrative skin tumor lesion in the left infraorbital region of 5cm for 3cm of diameter, with a time of evolution of 6 months, that was occasionally bleeding and generally not painful, with associated episodes of abscesses. Surgical treatment with three dimensional excisions with surgical margins of security was carried out, and biopsy of the surgical piece was requested. Immediate reconstruction of the surgical defect by means of straight advancement of local flap was performed.

Conclusions: The clinical case presented demonstrates the application of the straight advancement local flap in facial defects as one of the techniques successfully used in this type of immediate postsurgical reconstructions.

Keywords: Surgical flaps; orthognathic surgical procedures; mandibular reconstruction.



Recibido: 29/07/2025.

Aprobado: 15/08/2025.

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.⁽¹⁾

Para la reconstrucción de la mejilla, esta debe ser dividida por zonas o subunidades, a modo de elegir la técnica más adecuada. Esta amplia región y la ausencia de bordes y líneas representan un gran desafío cosmético. El pliegue mentolabial es la primera elección para camuflar una incisión, le continua el surco naso-labial, en aquellos casos que no involucren la pared lateral nasal.⁽¹⁾

A pesar de la llegada de injertos de tejido libres vascularizados, los colgajos permanecen en el su nivel de elección, por su amplia utilización para la reconstrucción de traumatismos en tejidos blandos de la región bucal y maxilofacial.⁽²⁾

Por ello, resultó de interés clínico la reconstrucción realizada tras la exéresis quirúrgica practicada en la región infraorbitaria facial, pues los defectos faciales postquirúrgicos constituyen un reto profesional, debido a las afectaciones estéticas que dejan. Este es el caso de la paciente que a continuación se expone, con el objetivo de presentar un caso clínico de reconstrucción inmediata en un defecto facial postquirúrgico, mediante colgajo local de avance recto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años de edad, fototipo III, con antecedentes de salud aparente, que acude a la Consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", remitida por Dermatología. En el momento del examen físico, presenta lesión tumoral cutánea ulceroinfiltrante en región infraorbitaria izquierda (Fig. 1), de 5 cm por 3 cm de diámetro, con un tiempo de evolución de seis meses, en ocasiones sangrante y no dolorosa -por lo general-, con episodios de abscedación asociados y que provoca gran afectación estética.





Fig. 1. Se observa lesión ulceroinfiltrante en región infraorbitaria izquierda.

Fuente: Dr. Antonio Gaspar Díaz Ramos.

Se elaboró la historia clínica y se realizaron medios auxiliares de diagnóstico de tipo hemoquímicos en laboratorio clínico, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales: hematocrito 0,38 g/L; hemoglobina 12,5 g/L; conteo global de leucocitos $6,1 \times 10^9/L$; glicemia 4,3 mmol/L; eritrosedimentación 37 mm/H; conteo de plaquetas $200 \times 10^9/L$; tiempo de sangramiento (un minuto); tiempo de coagulación (siete minutos) y coágulo retráctil. Se realizó además electrocardiograma y rayos x de tórax preoperatorios, de características normales.

En la ecografía en partes blandas del cuello y de la región preauricular izquierda, se descartó la presencia de adenopatías de aspecto secundario. Se consultó al Servicio de Anestesiología y se decidió practicar la cirugía bajo anestesia local, junto a la monitorización de los signos vitales. Se completó la solicitud de consentimiento informado y el autorizo de la paciente para tomar fotografías con carácter científico. Se cumplieron los principios de la ética en la divulgación y se respetaron la autonomía y la identidad de la paciente.

Se realizó entonces, el tratamiento quirúrgico con exéresis tridimensional de la lesión descrita, con márgenes quirúrgicos de seguridad y se solicitó biopsia de la pieza quirúrgica. Se realiza reconstrucción inmediata del defecto quirúrgico, mediante colgajo local de avance recto que le continua a los pliegues faciales. (Fig. 2).

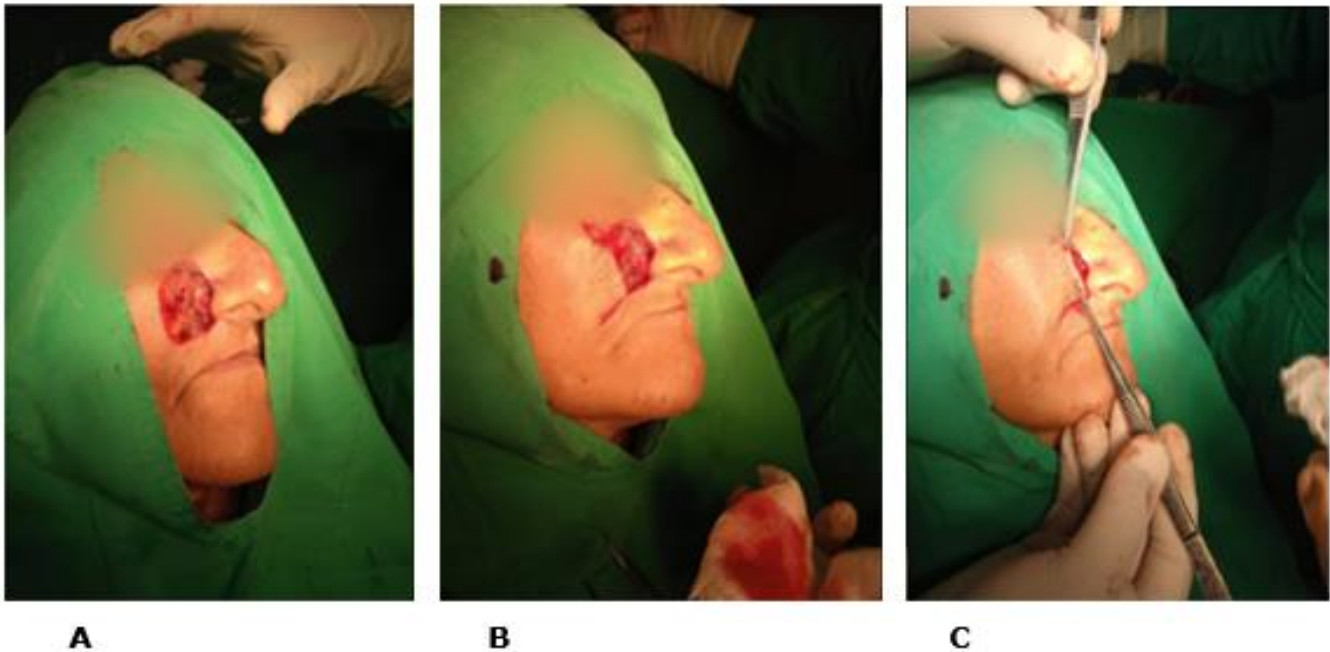


Fig. 2. A. Defecto quirúrgico. B. Diseño del colgajo. C. Avance del colgajo.

Fuente: Dr. Antonio Gaspar Díaz Ramos.

En el postoperatorio inmediato, se reconstruyó el defecto de forma total y se realizó anclaje con puntos de sutura para asegurar la perfusión del colgajo local descrito (Fig. 3). Se indicó tratamiento con antibióticos orales, analgésicos y curas locales de la herida. A los diez días de operada la paciente, se le retiró la sutura.

**A****B**

Fig. 3. A. Reconstrucción en postoperatorio inmediato. B. Postoperatorio mediato: un mes.

Fuente: Dr. Antonio Gaspar Díaz Ramos.

La paciente continuó su seguimiento inmediato en consulta externa, mostró mejoría, no hubo necrosis del colgajo y se logró la exéresis de la lesión, con un mínimo de afectación estética, lo que influyó de forma satisfactoria en su recuperación. Se recibió el resultado de la biopsia, el cual informó carcinoma basocelular con diferenciación escamosa (basoescamoso), con bordes de sección quirúrgica libres de tumor. Y permanecerá en seguimiento cada tres meses en el mismo centro hospitalario, hasta que cumpla los 12 meses de haber sido intervenida quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

En la publicación difundida por *Rojas Bruzón y otros*,⁽³⁾ se presentaron dos casos clínicos en los cuales se utilizó la técnica de reconstrucción mediante colgajos locales -en defectos anorrectales-, con buenos resultados estéticos y funcionales, a pesar de que uno de los casos tuvo una infección local en el proceso postoperatorio. *Vaccarezza*⁽⁴⁾ publicó un trabajo similar, donde utilizó un colgajo miocutáneo para

reconstruir un defecto abdominal postquirúrgico, con buenos resultados de la técnica. Sin embargo, en un caso clínico presentado por *Díaz Ramos y otros*,⁽⁵⁾ estos no realizan reconstrucción primaria postquirúrgica, tras la exéresis de un carcinoma escamoso de oreja, de ahí las características individuales de cada paciente, así como la localización topográfica del defecto, sean los aspectos más vinculados las posibilidades de éxito de los colgajos quirúrgicos.

En otro caso publicado por *Díaz y otros*,⁽⁶⁾ dichos autores utilizaron un colgajo de avance vestibular para la resolución de una fístula bucosinusal endobucal, como complicación de una comunicación postexodoncia de ese tipo. Esta es una de las técnicas más antiguas y con alta tasa de éxito para el cierre de fístula bucosinusal, de pequeño a mediano tamaño. Por su parte, *Vargas Arispe y otros*,⁽⁷⁾ junto a *Palacios Juárez y otros*,⁽⁸⁾ en ambos estudios exponen la reconstrucción de la pared abdominal posterior a la resección en bloque, de gran parte de tejidos abdominales posterior a complicaciones de una colestectomía abierta convencional. Dicha reconstrucción se realizó mediante un colgajo libre de la región anterolateral del muslo izquierdo, con un componente de fascia lata para dar mejor soporte a la reparación del defecto. El paciente presentó buena evolución y fue dado de alta sin complicaciones luego de seis días de estancia hospitalaria.

En un estudio publicado por *Jaramillo Vera*,⁽⁹⁾ ingresaron al estudio 96 casos, donde se realizó reconstrucción nasal con colgajos locales, según las unidades estéticas de la nariz, las cuales habían sido comprendidas topográficamente, de manera previa. El colgajo local de la región frontal fue el más empleado, con un 21,9 %, seguido del colgajo de avance V en Y, con un 19,8 %.

En la investigación difundida por *Funes Pivetta y otros*,⁽¹⁰⁾ fueron identificados pacientes con el diagnóstico de comunicaciones bucosinusales, tanto agudas como crónicas y una comunicación buconasal crónica. Los casos analizados fueron tratados de manera quirúrgica, al utilizar diversos colgajos, de acuerdo al tamaño y ubicación del defecto. Se utilizaron colgajo de bola adiposa de Bichat - de cara dorsal de lengua pediculado-, músculo temporal y colgajo vestibular trapeziodal de avance recto. Todos con evolución satisfactoria.

El caso clínico presentado evidencia la aplicación del colgajo local de avance recto en defectos faciales, como una de las técnicas más novedosas empleadas con éxito en este tipo de reconstrucciones inmediatas postquirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huentequeo C, Siso S, Unibazo A, Pino D, Alister JP, Mayer C, et al. Colgajos locales en reconstrucción facial. Alternativas de tratamiento. Int J Odontostomat [Internet]. 2021;15:2. [acceso: 05/03/2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200538>
2. Gallardo Caudillo J, Miranda Villasana JE, Plaza García E. Reconstrucción mandibular mediante colgajo miocutáneo de pectoral mayor en carcinoma epidermoide, reporte de caso clínico y revisión de



- la literatura. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2022;32(1):79-86. [acceso: 05/03/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4187>
3. Rojas Bruzón R, Galani Bakanisi B, Abebe W, Lores Cruz A. Reconstrucción genitoperineal con colgajo miocutáneo vertical de recto abdominal. Rev Cubana Oncol [Internet]. 2021;19(3):126. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es> ES
4. Vaccarezza H. Reconstrucción perineal con colgajo miocutáneo vertical de recto anterior del abdomen luego de amputación abdomino perineal extraelevador. Una alternativa factible para el cirujano colorrectal. Rev Argent Coloproct [Internet]. 2018;29(1):28-35. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: https://www.sacp.org.ar/revista/images/29_01/SACP_29_01_Vaccarezza.pdf
5. Díaz Ramos AG, Rivero Linares D, Valdés Barroso LM. Carcinoma escamoso de oreja. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2024;12(2):e1248. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1248>
6. Díaz F, López B, Castellanos M, Quintero J, Velásquez A, Herrera D, et al. Colgajo de avance vestibular para resolución de fístula bucosinusal: Presentación de caso clínico. Acta Bioclínica, Facultad de Odontología: Caracas [Internet]. 2023;13(26):152-64. [acceso 08/03/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.53766/AcBio/2023.13.26.08>
7. Vargas Arispe P, Serrano Posada L, Pefaur J, Mackfarlane M. Colgajo bilobulado para reconstrucción de defectos por tumores nasales del tercio inferior. Revista Argentina de Cirugía Plástica [Internet]. 2021;27(2):71-7. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.32825/racp/202102/0071-0077>
8. Palacios Juárez J, Morales Maza J, Rendón Medina MA, Ramírez Ramírez M, Rodríguez Quintero JH, Cortés Martínez LA. Reparación de defecto complejo de pared abdominal con colgajo una buena alternativa quirúrgica. Cir Cir [Internet]. 2020;88(2):206-10. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ciru.19000671>
9. Jaramillo Vera P, Llor Brocell G, Wong Lucio P, Arévalo Mora A, Almeida Sacoto V, Chiquito Freile C. Reconstrucción nasal con colgajos locales: Manejo según unidades estéticas. Rev Oncol Ecu [Internet]. 2017;27(3):195-205. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.33821/196>
10. Funes Pivetta GN, Cores BA, Soler CN, Beltran Bedogni L, Arienza F. Tratamiento de comunicaciones bucosinusales y buconasales. Reporte de cinco casos de diferente etiología. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2023;111(2):e1110833. [acceso: 08/03/2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.52979/raoa.1110833.1206>

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.



Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Antonio Gaspar Díaz Ramos.*

Curación de datos: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

Análisis formal: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

Adquisición de fondos: *Antonio Gaspar Díaz Ramos.*

Investigación: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

Metodología: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

Administración del proyecto: *Antonio Gaspar Díaz Ramos y Lourdes María Valdés Barroso.*

Recursos: *Antonio Gaspar Díaz Ramos.*

Software: *Antonio Gaspar Díaz Ramos.*

Supervisión: *Antonio Gaspar Díaz Ramos y Lourdes María Valdés Barroso.*

Validación: *Antonio Gaspar Díaz Ramos y Lourdes María Valdés Barroso.*

Visualización: *Antonio Gaspar Díaz Ramos y Lourdes María Valdés Barroso.*

Redacción - borrador original: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

Redacción - revisión y edición: *Antonio Gaspar Díaz Ramos, Lourdes María Valdés Barroso y Maricel Galiano del Castillo.*

