

# Original

## El colgajo de pectoral mayor en cirugía maxilofacial (y II). Variante de la técnica con pedículo no tunelizado

F. Hipólito Fonseca\*\*, G. Forteza González\*\*, M. Mateos Micas\*

### Introducción

En el presente artículo, se describe una variante del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en isla; la variante que aquí exponemos, consistente en la conservación de toda la piel suprayacente al pedículo arterial.

Presentamos dos casos, uno correspondiente a un defecto postraumático y otro a un defecto postextirpación tumoral.

### Descripción de la técnica

Se utilizan los mismos puntos anatómicos de referencia (línea acromioclavicular, línea medioclavicular, etc.) que en la técnica clásica del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en isla; la variante que aquí exponemos, consiste en conservar toda la piel suprayacente al colgajo muscular que con-

tiene el pedículo arterial. El cierre de la zona donante se realiza igual que en la otra técnica descrita en el artículo anterior, es decir, borde a borde, con los oportunos despegamientos, sin producir alteraciones funcionales.

A los ocho días de la intervención se retiran los puntos de las zonas receptora y donante. En este tipo de técnica es fundamental, durante el tiempo que se mantiene el colgajo, realizar curas diarias del mismo, envolviéndolo en tul graso con pomada antibacteriana, para mantenerlo húmedo y evitar así su desecación e infección.

En un segundo tiempo quirúrgico, al cabo de 2 o 3 semanas, se secciona el pedículo, despreciando la piel y músculo pectoral del mismo, cuya reposición resulta, habitualmente innecesaria.

### Casos clínicos

**Caso clínico número 1:** Varón de 22 años de edad, que sufrió traumatismo craneoencefálico en accidente de tráfico. Atendido en urgencias por el Servicio de Neurocirugía, fue diagnosticado de fractura craneal con desgarró de duramadre y pérdida de sustancia a nivel frontoparietomalar derecho.

El desgarró de duramadre fue tratado con injerto de duramadre liofilizada por el Servicio de Neurocirugía.

Al día siguiente el paciente fue visto por Cirugía Maxilofacial. A la exploración clínico-radiológica no se apreciaron lesiones óseas, sino pérdida de sustancia a nivel frontoparietomalar derecho que incluía el canto externo del ojo (Foto 1).

Se decidió, por la magnitud del defecto y la dificultad de realizar colgajos de vecindad, la reconstrucción con colgajo de pectoral mayor no tunelizado conservando la piel suprayacente del pedículo (Fotos 2 y 3). Se mantuvo el colgajo con su pedículo no tunelizado durante 3 semanas, realizando las curas locales antedichas. Al final de dicho período, en un segundo tiempo operatorio se procedió a la sección del pedículo, desechándose el mismo, y

\* Médico residente de Cirugía Oral y Maxilofacial.

\*\* Médico adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial. Sección Cirugía Oral y Maxilofacial. Departamento de Cirugía. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

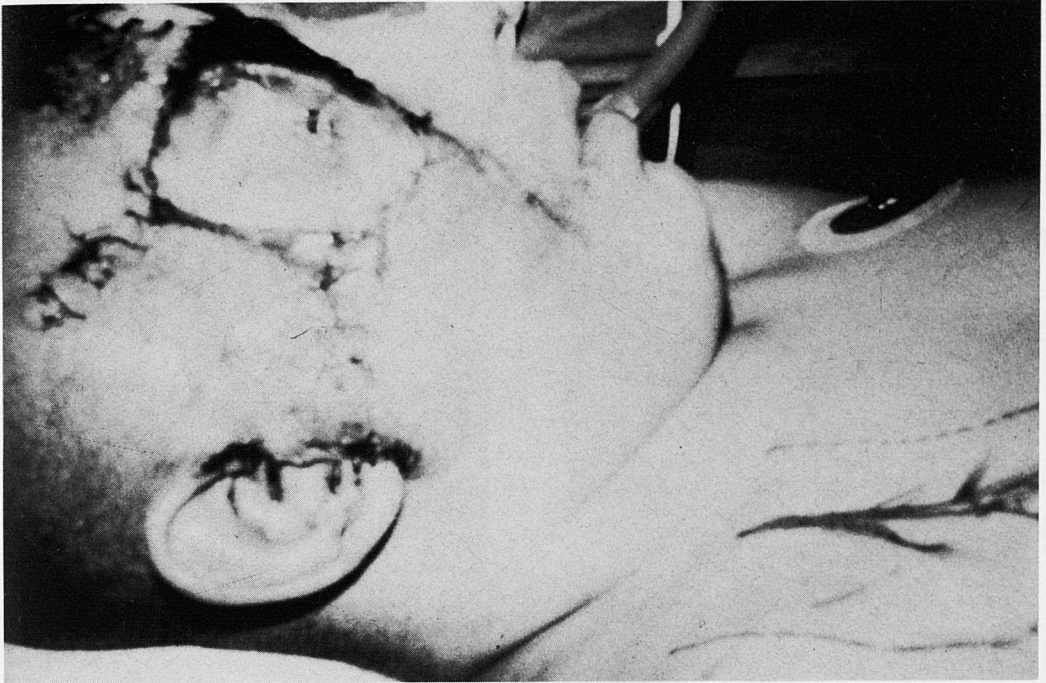


Foto 1

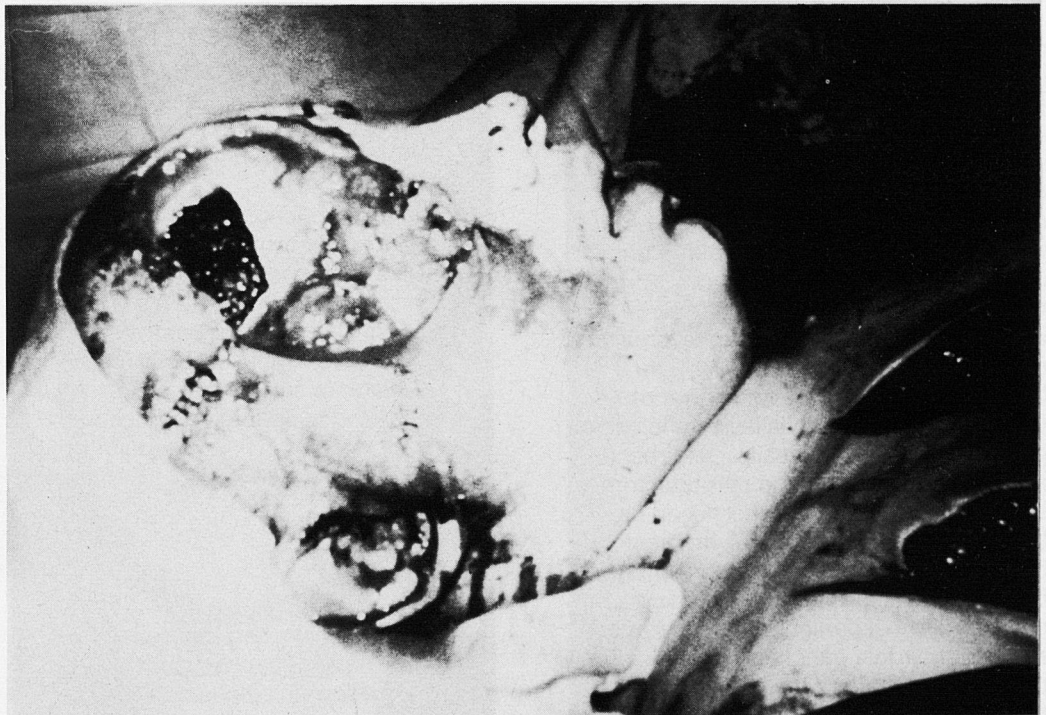


Foto 2



Foto 3

suturando el colgajo a las zonas receptoras vecinas.

El colgajo conservó su vitalidad quedando solventado el defecto como puede observarse en las Fotos 4 y 5.

El paciente se trasladó a su lugar de residencia donde posteriormente sería sometido a los retoques estéticos a que hubiere lugar.

**Caso clínico número 2:** Varón de 59 años de edad, que presenta epiteloma basocelular en región preauricular l. de 8 × 5 cm., de 20 años de evolución (Foto 6). Dada la proximidad de la lesión a la celda parotídea, se decidió realizar extirpación en bloque de la lesión con parotidectomía superficial y conservación del nervio facial. La reconstrucción se realizó mediante el colgajo miocutáneo de pectoral mayor. Dadas las características de la tumoración, no se tunelizó el pedículo. Al no ser preciso realizar cirugía ganglionar complementaria, dicha técnica ofrece mejores resultados estéticos.

De esta forma, se procedió en primer lu-

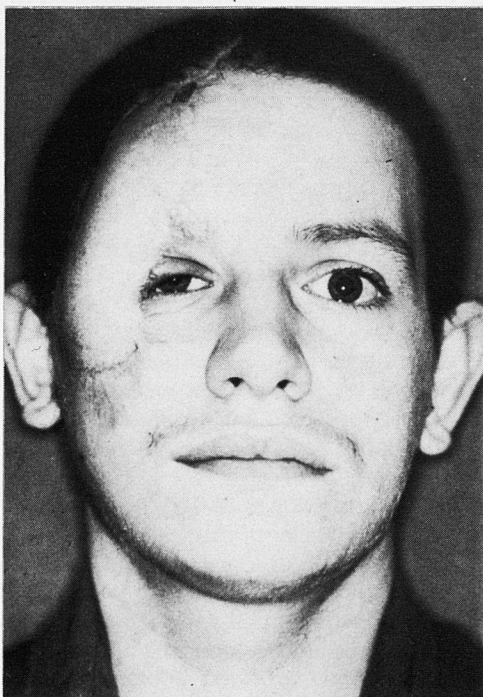


Foto 4





Foto 5

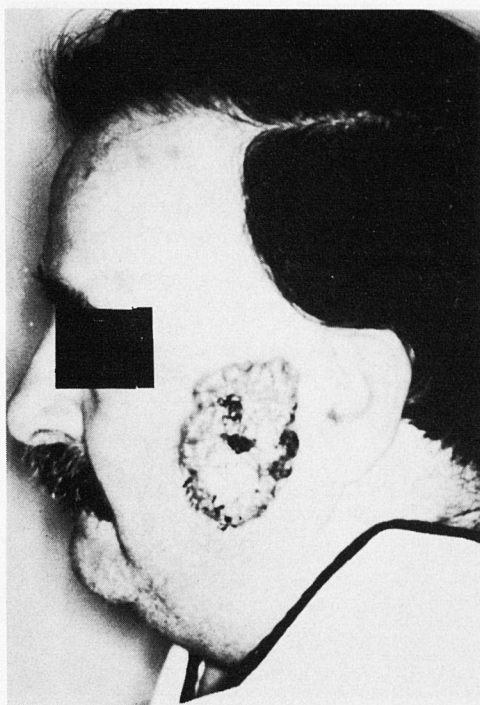


Foto 6

gar a la extirpación de la lesión en bloque junto al lóbulo superficial de la parótida (Foto 7). A continuación se efectuó el diseño de colgajo, como puede observarse en la Foto 8, y obtención del mismo (Fotos 9 y 10).

A las 3 semanas y al igual que en el caso anterior se procedió a la sección del pedículo, sutura de la zona receptora, así como de la zona de la base del pedículo quedando así solventado el defecto de la zona de extirpación (Foto 11).

En la Foto 12 puede verse el resultado final de la zona donante en el postoperatorio inmediato.

## Conclusión

La técnica descrita permite la reconstrucción de defectos en la región maxilofacial. La vitalidad del colgajo, la posibilidad de acceder a zonas más alejadas, y la repercusión estética favorable —al respetar la



Foto 7



Foto 8

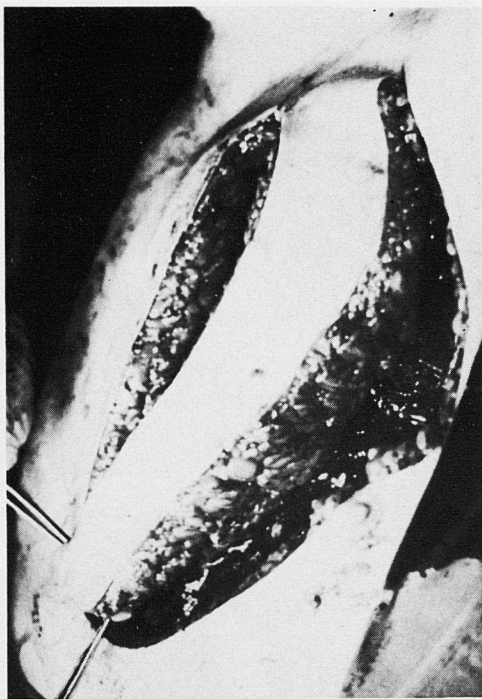


Foto 9



Foto 10



Foto 11



Foto 12

región cervical— hace de esta técnica una alternativa importante.

## Bibliografía

1. Ariyan S. Further Experiences with the Pectoralis Major, Myocutaneous Flap for the immediate Repair of Defects From Excisions of Head and Neck Cancers. *Plastic & Reconstructive Surgery*. Noviembre 1979.
2. Ariyan S. Pectoralis Major, Sternomastoid, and Other Musculocutaneous Flaps for Head and Neck Reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
3. McCraw JB y Vasconez L.O. Musculocutaneous Flaps: Principles. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
4. Mathes SJ y Alpert BS. Advances in Muscle and Musculocutaneous Flaps. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
5. McGraw JB. The Recent History of Myocutaneous Flaps. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
6. Vasconez LO, McGraw JB, Hall EJ. Complications of Musculocutaneous Flaps. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
7. Martínez Lage JL. El colgajo miocutáneo de pectoral mayor en cáncer de orofaringe. *Rev. Iberoamericana. Cir. Oral y Maxilofacial* 3, 7 (35-33). 1981.
8. Magee WP Jr, Gilbert David A y McInis WD. Extended Muscle and Musculocutaneous Flaps. *Clinics Plastic Surgery*. Vol 7. Número 1. Enero 1980.
9. Pers M, Medyesi S y Bolund S. Sur les Lambeaux cutanés en Flot avec pédicule musculaire. *Ann. Chir. Plast.* Vol XXIV. Número 2. 1979.
10. Sharzer LA, Horton Ch E, Adamson JE, Carraway JH y McCraw JB. Intraoral reconstruction in Head and Neck Cancer Surgery. *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 3. Número 3. Julio 1976.