Descargado el: 23-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Colgajo bilobulado de Esser modificado para su empleo en localización atípica. Presentación de un caso

Esser bilobed flap modified for use in atypical location. Case presentation

Carla María García San Juan[1] José Daniel Gil Milá[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
García-San-Juan C, Gil-Milá J. Colgajo bilobulado de Esser modificado para su empleo en localización atípica. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 23]; 18(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4553

Resumen

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de células epidérmicas, por lo cual aparece solamente en piel y mucosas; entre el 75-90 % en cabeza y cuello. Es la segunda neoplasia cutánea más frecuente dentro de las de tipo no melanoma, con predominio de 2,1: 1 en la relación hombre-mujer y el cáncer que con más frecuencia causa metástasis. Esta presentación de caso tiene como objetivo describir la técnica quirúrgica del colgajo bilobulado de Esser para la resección de un carcinoma epidermoide situado en el canto externo del ojo, técnica no indicada para esta región de la cara, pero con la se obtuvo un resultado satisfactorio en el tratamiento a una paciente de color de piel blanca, de 75 años que acudió al Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital General de Cienfuegos, remitida por el Servicio de Dermatología, debido a la presencia de una lesión ulcerada de aproximadamente 5 cm., de diámetro localizada en la mencionada región. Se concluye que la realización de un colgajo bilobulado para la resección de la lesión fue el método idóneo al obtenerse resultados posoperatorios favorables, a pesar de no estar indicado para esta localización en la cara.

Palabras clave: colgajos quirúrgicos, cara, carcinoma de células escamosas, informes de casos

Abstract

Epidermoid carcinoma is a malignant neoplasm of epidermal cells, reason for it only appears on the skin and mucous membranes; between 75-90% in head and neck. It is the second most frequent cutaneous neoplasm among those of the non-melanoma type, with a predominance of 2.1: 1 in the male-female ratio and the cancer that most often causes metastasis. This case presentation aims at describing the surgical technique of Esser's bilobed flap for resection of an epidermoid carcinoma located in the outer edge of the eye, a technique not indicated for this region of the face, but with which a satisfactory result was obtained in the treatment of this case, A 75-year-old white-skinned patient who attended the Maxillofacial Surgery Service of the General Hospital of Cienfuegos, referred by the Dermatology Service, due to the presence of an ulcerated lesion of approximately 5 cm. in diameter located in the mentioned region. It is concluded performing a bilobed flap for resection of the lesion was the ideal method to obtain favorable postoperative results, despite not being indicated for this location on the face.

Key words: surgical flaps, face, carcinoma, squamous cell, case reports

Aprobado: 2020-04-21 12:57:18

Correspondencia: Carla María García San Juan. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. rubengn@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de células epidérmicas, por lo cual aparece solamente en piel y mucosas. El tumor aparece con varias formas clínicas de presentación y diferentes grados de malignidad. Sus características más importantes son el rápido crecimiento, la infiltración de tejidos locales, el dolor en etapas avanzadas, el sangrado y su capacidad de metastizar por vía linfática y sanguínea.[1]

El carcinoma epidermoide cutáneo o carcinoma espinocelular cutáneo es la segunda neoplasia más frecuente de las neoplasias cutáneas no melanoma. Con predominio de 2,1: 1 en la relación hombre- mujer. Entre el 75-90 % aparece en cabeza y cuello y es el cáncer que con más frecuencia causa metástasis. Solo en Estados Unidos, alrededor de 1 millón de personas desarrollan cada año un cáncer de piel no melanoma; y de estos, un 20 % son carcinomas epidermoides.[2]

Es la segunda forma más frecuente de cáncer cutáneo tras el carcinoma basocelular y la causa más frecuente del cáncer de cabeza y cuello. La mortalidad del carcinoma escamoso se ha incrementado en los últimos años en Cuba, así como su incidencia, al ser el cáncer de piel no melanoma que causa mayor afectación en la población cubana.[3]

Dentro de los factores de riesgo, destaca el fenotipo de piel, es mayor en los fenotipos I y II. Otros factores de riesgo incluyen la edad (más frecuente alrededor de los 60-65 años), la exposición al sol, la radiodermitis, la ingesta de arsénico, la infección por papiloma virus, la inmunosupresión y la existencia de procesos dermatológicos como úlceras crónicas.[1]

La reconstrucción de la región anatómica de la mejilla en pacientes operados por cáncer de piel es un reto a la destreza y habilidades de cualquier cirujano máxilofacial. En la actualidad, es necesario recurrir con más frecuencia a diversos métodos para la reconstrucción de defectos en esa área. La distribución anatómica y textura de los tejidos dificulta esta tarea, así como la necesidad de obtener resultados funcionales y estéticos adecuados. En estos casos, la cirugía de resección es la regla, asociada a quimioterapia o radioterapia.[4]

En la reconstrucción de la cara y en especial de la mejilla y región centro facial, la preservación de las unidades estéticas es de suma importancia; tanto desde lo funcional, como de lo estético. Dentro de los aspectos a tomar en cuenta al reconstruir un defecto en cara se destacan: la reconstrucción por unidades estéticas; evitar rellenos parciales que modifican los límites anatómicos; diseñar un colgajo bien vascularizado con tejido de similar textura al tejido perdido; preservar las funciones oral y palpebral y evitar la retracción de los tejidos.[4]

El colgajo bilobulado es un colgajo de doble transposición con un componente de rotación constituido por dos lóbulos que comparten un pedículo vascular único. Cada lóbulo pivota alrededor de un punto de rotación situado en su base, siendo este punto el susceptible de desarrollar una deformidad en bisagra u «oreja de perro».[5]

El diseño original del colgajo bilobulado se atribuye a Esser, quien lo describió en 1918 para la reconstrucción de defectos situados en la punta nasal. Posteriormente, Zimany amplió su uso para reconstruir defectos situados en el tronco y las plantas de los pies. Actualmente se utiliza fundamentalmente en la región facial, sobre todo en la nariz.[5]

El objetivo de esta presentación es describir la técnica quirúrgica del colgajo bilobulado de Esser para la resección de carcinoma epidermoide situado en la región del canto externo del ojo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, color de piel blanca, de 75 años de edad, procedencia rural (Municipio Cumanayagua), con antecedentes de Hipertensión Arterial para lo cual es tratada con Enalapril de 20 mg, dos veces al día. Acude a consulta de Cirugía Maxilofacial remitida por el Servicio de Dermatología debido a la cercanía a la región del canto externo del ojo de una lesión presuntamente maligna.

Al examen físico se observó una lesión ulcero vegetante umbilicada en su centro de un año de evolución, sin fijación ósea que se relaciona con la región fronto-malar, de más menos 4 o 5 cm. de diámetro y consistencia duro pétrea, que sangraba a la palpación o intento de movilizar los tejidos.

Al tomar en consideración la historia de la

enfermedad referida por la paciente, el tiempo evolutivo de la lesión tumoral y sus características clínicas, se realizó el diagnóstico presuntivo de carcinoma epidermoide.

Estudios imagenológicos y hematológicos fueron realizados para completar el diagnóstico y estadiamiento de la lesión. Se clasificó según la VII edición del TNM, vigente en la actualidad, como un T1N0M0. Se decidió realizar la resección quirúrgica de la lesión haciendo uso de un colgajo de transposición también conocido como colgajo bilobulado.

Técnica quirúrgica

1. En el preoperatorio se diseña el colgajo, dibujándolo sobre la zona en la que se va a desarrollar el acto quirúrgico. Como se muestra en la Figura 1 el colgajo está compuesto por dos lóbulos: el lóbulo A y A'; así como una formación triangular que parte de la masa tumoral denominada "oreja de burro". Esta última forma un ángulo de 90o con el lóbulo A'. Si situamos en un plano la zona centro del colgajo es posible observar cómo se forma una semicircunferencia que tiene como radios las rectas que forman el ángulo anteriormente descrito. El pequeño triángulo que sobresale de la semicircunferencia es el excedente que permite redondear ese lóbulo y evitar así los ángulos que pueden conducir a una necrosis.



Figura 1. Diseño del colgajo.

2. Se administra anestesia general endotraqueal, con la posterior asepsia y antisepsia del campo operatorio y colocación de paños hendidos.
3. Incisión y exéresis de la masa tumoral en canto externo del ojo derecho con la posterior liberación del ligamento palpebral lateral para garantizar los bordes de sección quirúrgica. Decolado del tejido del proceso fronto-malar en dirección al arco cigomático. (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Incisión y exéresis de la masa tumoral



Figura 3. Liberación del ligamento palpebral lateral y decolado del tejido.

 ISSN 1727-897X

4. Se realiza hemostasia.
5. Confección de los colgajos de transposición decolando la piel y tejido celular subcutáneo hasta la base del colgajo cercano a región parotídea. (Figuras 4 y 5).



Figura 4. Confección de colgajos de transposición.



Figura 5. Decolado de la piel y tejido celular subcutáneo.

6. Se inicia la sutura con puntos nylon 3.0 de referencia fijando el colgajo a la zona del defecto. El canto externo se sutura con cagut 3.0. Acción símil se realiza en el segundo componente de colgajo redondeando su vértice para lograr mimetismo, se cierra el área del último colgajo por primera intención con nylon 3.0. (Figura 6).



Figura 6. Cierre final

7. Indicaciones posoperatorias: vigilar sangrado, no alimentar hasta pasadas seis horas de la anestesia general, mantener vendaje por 24 h. Dipirona en ámpula de 600 mg cada 8 h si hubiera dolor o temperatura mayor o igual de 380, cefazolina 1 bulbo por vía endovenosa. Curas diarias de la herida.
8. Los puntos fueron retirados de forma alterna el séptimo día y al octavo todos. (Figuras 7 y 8).



Figura 7. Retirada de puntos alternos al séptimo día



Figura 8. Retirada de todos los puntos al octavo día

9. Al mes de operada la paciente estaba en buen estado y el colgajo bien cicatrizado y sin deformaciones. (Figura 9).



Figura 9. Resultado final después de un mes de operada.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular (carcinoma de células escamosas) se desarrolla en las capas superiores de la epidermis y representa alrededor del 20 % de todos los casos de cáncer de la piel. Con frecuencia aparece en áreas del cuerpo expuestas al sol, tales como cara, orejas, cuello, labios y dorso de las manos. Los carcinomas de células escamosas tienen al menos el doble de frecuencia en los hombres que en las mujeres. Raramente aparecen antes de los 50 años de edad y se ven con más frecuencia en personas a partir de los 70 años.[6,7]

El caso en cuestión se corresponde con las estadísticas de acuerdo a la edad, el fenotipo y el sitio de aparición de la lesión, sin embargo la paciente es femenina, y aunque el predominio de este tipo de cáncer es en el sexo masculino también puede aparecer en las mujeres aunque con una incidencia algo menor.

Resulta necesario en este momento hacer entender qué es la cirugía oncológica, cuyos principios son de diagnóstico, al definir la patología; de tratamiento, donde la cirugía compone la primera herramienta curativa del cáncer; estadiamiento del cáncer; rehabilitación, al reconstruir el defecto; y prevención, al lograr evitar el curso natural de la enfermedad mortal.

Con respecto a esto último hoy en la comunidad de Oncología es un logro convertir una enfermedad mortal en un proceso crónico controlado. No se habla en los textos de palabras como curación, de aquí parte entender a qué nos enfrentamos. Existen numerosas técnicas quirúrgicas reconstructivas útiles en cirugía

oncológica cutánea. La elección de una u otra depende de diferentes factores, variables en cada paciente, como el tamaño de la neoplasia y el defecto subsiguiente, la localización, la edad del paciente y su estado de salud o la laxitud cutánea del área tratada. Siempre que sea posible es deseable realizar la reconstrucción final en el mismo acto quirúrgico con los mejores resultados estéticos y funcionales. Además, lo deseable, siempre que sea posible, debe ser el cierre directo del defecto primario.

En caso contrario se debería optar por un colgajo local o un injerto. Para la realización de colgajos locales se precisa de un conocimiento anatómico preciso y un entrenamiento quirúrgico riguroso.[5]

Para la región fronto-malar, específicamente en el canto externo del ojo están descritas diversas técnicas quirúrgicas como la del colgajo de Fricke.[8]

El presente caso imponía un reto, no solo debido a la técnica quirúrgica sino por la necesidad de garantizar un borde de sección quirúrgico (BSQ) y por supuesto intentar reconstruir la zona de manera tal que se obtuviera un resultado lo más estético posible.

Debido al estado general y patologías asociadas a la paciente así como por la edad, resultó complicado pensar en tratar la lesión puesto que habría que extirpar, controlar sangrado y luego reconstruir evitando una exposición prolongada a los fármacos de la anestesia. Es por ello que se defendió la idea de dejar por segunda intención dado que para cerrar el defecto se necesitaba trasladar un colgajo cérvico cutáneo, y la longitud del mismo atentaba con la vascularización del extremo cefálico posibilitando la futura necrosis del colgajo. La gran área del colgajo tiraría del canto externo reflejando movimientos cervicales y podría quedar más ectropion o ptosis palpebral si pensamos en el superior.

Todo ello hizo que se realizará una intensa búsqueda para lograr la resección quirúrgica de la lesión evitando las complicaciones anteriormente descritas. Se decidió realizar un colgajo bilobulado (bilobe flap) descrito por Esser hace un siglo y modificado por Zimany, Zitely y Mc Gregor. Este es un colgajo que combinaba la transposición con la rotación con dos flaps con pivotes independientes que permitía ahorrar un 25 % en la confección del flap donador producto de la elasticidad de la mejilla, su dibujo respeta las líneas arteriales, evita los ángulos para la necrosis, no compromete la región cervical llevando al cierre en menos de una hora con recuperación en sala abierta. Además disminuye la posibilidad de deformidades en cavidad nasal oral y orbitaria. También garantiza bordes de sección quirúrquico. Este tipo de colgajo es el de elección para la reparación de defectos pequeños situados en la punta de la nariz; sin embargo en el caso presentado se puede apreciar que fue la opción más viable debido a que por el tipo de lesión que presentaba la paciente con respecto a su situación anatómica y tamaño, los que normalmente son utilizados, como se ha explicado anteriormente, no resultaban factibles. He aquí la novedad del caso puesto que un colgajo de transposición utilizado en defectos pequeños pudo ser empleado para la resección quirúrgica de una lesión de mayor tamaño y en otra localización, al aumentar las dimensiones de los flaps, con lo que se obtuvieron resultados satisfactorios.

Las complicaciones posquirúrgicas más importantes a tener en cuenta incluyen la hemorragia, la formación de hematomas, el desarrollo de una necrosis tisular y la posibilidad de cicatrices inestéticas. Como en todos los colgajos locales, resulta fundamental comprobar que los márgenes quirúrgicos están libres de infiltración tumoral antes de la reconstrucción quirúrgica. Esto se consigue con unos márgenes quirúrgicos adecuados.[9]

En caso contrario, el movimiento de piel producido por el colgajo podría suponer la recidiva tumoral sobre zonas distintas a la localización del tumor primario, dificultando la detección de dichas recidivas y la curación oncológica.[10]

El principal inconveniente del colgajo bilobulado es que la mayoría de las incisiones producen cicatrices que no son paralelas a las líneas de tensión de la piel relajada. Además, las «orejas de perro» formadas por el desplazamiento de los colgajos pueden ser difíciles de corregir, sobre todo en el caso de pacientes con piel gruesa e hiperplasia de glándulas sebáceas. Esto último puede reducirse con un desbridamiento adecuado de la piel circundante, con el diseño de los lóbulos a modo de rombos afilados y con la modificación explicada con 135 grados de desplazamiento. Por último, para conseguir unos resultados óptimos, es necesario ajustar lo más posible el grosor del colgajo con el del área del defecto, haciéndolo más fino si es preciso.[11]

En la paciente se pudo comprobar que después de 30 días de la operación no se observaban cicatrices y los resultados de Anatomía Patológica indicaron que la lesión se correspondía con un carcinoma epidermoide bien diferenciado completamente resecado con bordes de sección quirúrgica lateral. Es necesario destacar que la única complicación relacionada con la cirugía fue la ptosis del párpado superior derecho consecuencia de la liberación del ligamento lateral palpebral, sin embargo la paciente no sufrió pérdida de la visión.

Se puede concluir que el colgajo bilobulado es un colgajo versátil, útil en múltiples localizaciones más allá de las habitualmente descritas. Los resultados obtenidos en la paciente del caso anteriormente descrito confirman la veracidad de esta afirmación, y demuestran que un colgajo típico descrito para una zona específica puede ser modificado ampliando sus dimensiones, de forma tal que resulte el método quirúrgico más idóneo en otras localizaciones que, aunque atípicas, muestran resultados posoperatorios favorables.

Conflicto de intereses: Los autores plantean que no poseen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores:

Carla María García San Juan: búsqueda de información, análisis de la información, concepción, participación en la atención del caso, redacción del artículo.

Dr. José Daniel Gil Milá: atención del caso, revisión crítica del artículo.

Financiación: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona Fernández E, Pérez Hernández A, Velázquez Martínez A, Giniebra Rodríguez MC. Reconstrucción de labio inferior. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [cited 29 May 2019] ; 21 (2): [aprox. 16p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200018&lng=es.

2. Bernal Martínez A, Fernández Letamendi N, Delgado Martínez J, Gómez-Escolar Larrañaga L, Reola Ramírez E, Puertas Peña J. Evaluación del tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo de cabeza y cuello en la edad avanzada. Análisis de la supervivencia. Cirugía Española [revista en Internet]. 2018 [cited 29 May 2019] ; 96 (9): [aprox. 14p]. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-evaluacion-del-tratamiento-del-carcinoma-S0009739X18301593.

3. Rojas Barly L, De la Paz Peña S, Batista Lozada M, Santana González JV. Comportamiento del cáncer de piel no melanoma en Puerto Padre. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2014 [cited 29 May 2019] ; 39 (6): [aprox. 12p]. Available from: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/288.

4. Sánchez Wals L, Fuentes Montes GA, Lozada Chinea M. Utilidad de colgajos locales para reconstrucción de mejillas en lesiones oncológicas de piel. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2016 [cited 29 May 2019] ; 55 (4): [aprox. 17p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000400005&lng=es.

5. Fernández-Antón Martínez MC, Suárez Fernández R. El colgajo bilobulado: un colgajo típico modificado en localizaciones atípicas. Piel. 2013 ; 28 (1): 50-5.

6. Gutiérrez M, Ulloa J, Ulloa P. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [revista en Internet]. 2012 [cited 29 May 2019] ; 72 (1): [aprox. 23p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162012000100007&lng=es.

7. León I. Reconstrucción palpebral en oncología en ion solca. Núcleo del Guayas [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2015. [cited 29 May 2019] Available from: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3134/1/T-UCSG-POS-EGM-CP-3.pdf.

8. Fernández-Antón MC, Suárez-Fernández R. Full-thickness skin grafts in reconstructive dermatologic surgery of nasal defects. In: Skin grafts- idications, applications and current research. Nashville: Vanderbilt University; 2011. p. 711-32.

9. Monn MF, Socas J, Mellon MJ. The use of full thickness skin graft phalloplasty during adult

acquired buried penis repair. Urology. 2019 ; 129: 223-7.

10. El-Khayat RH, Salmon PJ, Mortimer NJ. A retrospective review of conchal bowl full-thickness skin grafts for reconstruction of nasal ala defects. Br J Dermatol. 2019 ; 234: 23-9.

11. Salem ZC, Gorrón MR, del Valle M. Reconstrucción labial: principios y técnicas. Cuad. Cir. 2004 ; 18: 98-105.