

# COLGAJO DE PECTORAL COMO COBERTURA DE CABEZA Y CUELLO

## PECTORAL FLAP AS A COVER FOR HEAD AND NECK TUMORS

Faroni, Natalia<sup>1\*</sup>; Fernández Coria, Rodrigo<sup>1</sup>; Taljame, María Laura<sup>1</sup>; Talarn, Arie<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez. Rosario-Argentina

<sup>2</sup> Jefe de la Unidad de Quemados y Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez. Rosario-Argentina

### Resumen

El colgajo miocutáneo de pectoral mayor descrito por Ariyan en 1979 fue un gran avance en la cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. El objetivo de este trabajo es presentar la utilización del colgajo como cobertura de grandes defectos de piso de la boca. Se intervinieron quirúrgicamente 5 pacientes (4 hombres y 1 mujer), promedio de 52 años de edad, entre el año 2015 y 2017 en nuestra institución. Se operaron en conjunto con el Servicio de Máxilo-Facial y de Cabeza y Cuello, realizando resección en bloque del tumor, linfadenectomía uni o bilateral y colocación de placa de titanio; luego nuestro servicio llevó a cabo el colgajo de pectoral como cobertura. Las complicaciones que observamos fueron dehiscencia de la herida cervical y fístula salival. Como conclusión es una técnica segura, que se realiza en un solo tiempo quirúrgico y cubre estructuras anatómicas importantes.

Palabras Claves: colgajo de pectoral, cobertura tumores piso de boca, colgajos miocutáneos

### Abstract

*The pectoralis major myocutaneous flap described by Ariyan in 1979 was a breakthrough in reconstructive surgery of the head and neck. The objective of this work is to present the use of the flap as a cover for large defects of the floor of the mouth. We operated 5 patients (4 men and 1 woman), average of 52 years of age, between 2015 and 2017 in our institution. They were operated in conjunction with the Maxillo-Facial and Head and Neck Service, performing en bloc resection of the tumor, uni or bilateral lymphadenectomy and placement of a titanium plate; Then our service carried out the pectoral flap as a cover. The complications that we observed were dehiscence of the cervical wound and salivary fistula. As a conclusion it is a safe technique, which is performed in a single surgical time and covers important anatomical structures.*

*Key words: pectoral flap, tumor coverage of the floor of the mouth, myocutaneous flaps*

---

<sup>1\*</sup> nataliafaroni@hotmail.com

## Introducción

El colgajo miocutáneo de pectoral mayor descrito por Ariyan en 1979 fue un gran avance en la cirugía reconstructiva de cabeza y cuello; ya que permitió aportar un bloque de abundante tejido con un componente muscular y una paleta cutánea, con bajo riesgo de necrosis total y técnica quirúrgica relativamente sencilla<sup>1-2</sup>. Las indicaciones de este colgajo son: defectos en la mitad torácica superior, dehiscencia del mediastino, defectos de hombro anterior, reconstrucciones de grandes defectos del piso de la boca con glosectomía total o parcial si esta estuviera incluida, reconstrucción de la región mandibular llevando quinta costilla como injerto óseo vascularizado, reconstrucción faringoesofágica, reconstrucciones microquirúrgicas, proporciona piel de buena calidad para la cobertura de mejilla, su revestimiento o ambas cosas<sup>(3)</sup>.

El músculo pectoral mayor tiene dos porciones, una clavicular que surge de los dos tercios mediales de la clavícula y otra porción esternocostal que nace del esternón y los 6 primeros cartílagos costales y la aponeurosis del oblicuo externo. Ambas fascículos forman una línea cóncava hacia fuera mirando el hueco axilar, insertándose en el labio externo de la corredera bicipital del húmero. Según la clasificación de Mathes e Nahai, el colgajo de pectoral mayor pertenece al grupo V, ya que está irrigado por una arteria dominante (arteria toracoacromial) y varios otros pedículos, la torácica lateral y perforantes de la mamaria interna. La arteria toracoacromial pasa por el borde medial y siempre corriendo a lo largo de la cara posterior del pectoral mayor. La isla cutánea del colgajo puede estar situada en la región paraesternal, requiriendo a veces injerto de esternón o en el surco submamario; en donde el defecto secundario cierra sin dificultad y se evita alterar la morfología de la mama en las mujeres<sup>(4-5)</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar la utilización del colgajo como cobertura de grandes defectos de piso de la boca.

Materiales y métodos: se intervinieron quirúrgicamente 5 pacientes; 4 hombres y una mujer; 52 años de edad promedio (41-61-53-40-66), entre el año 2015 y 2017 en nuestra institución. Los diagnósticos se realizaron mediante biopsia de la lesión y los pacientes se operaron en conjunto con el Servicio de Máxilo-Facial y de Cabeza y Cuello, realizando resección en bloque del tumor, linfadenectomía uni o bilateral, colocación de placa de titanio reemplazando la porción reseçada de maxilar inferior y luego el colgajo de pectoral como cobertura.

Técnica quirúrgica<sup>(6)</sup>: 1- diseño y disección de la pastilla cutánea en el surco submamario homolateral a la lesión cervical, hasta el pectoral mayor, fijando la isla al plano muscular con puntos separados para evitar el cizallamiento. 2- Disección de piel y tejido celular subcutáneo de la fascia muscular en dirección al esternón, la clavícula y el borde lateral del pectoral mayor. 3-Elevación del músculo en sentido proximal, seccionando todas sus inserciones excepto la del pedículo vascular que se localiza en el borde medial del pectoral menor, en la cara posterointerna del pectoral mayor. 4-Se realiza un túnel de celular subcutáneo sobre la clavícula y se transpone el colgajo. 5- En los casos que era

necesaria la reconstrucción de la cavidad oral, se suturó la pastilla de piel en el piso de la boca, se recubrió la placa de titanio con el músculo y se cerraron por planos los colgajos cutáneos cervicales. En los otros pacientes que necesitaban cobertura de la mejilla se suturó a los bordes de los colgajos cutáneos. 6- Drenaje en región cervical. 7- Cierre primario de zona dadora dejando drenaje en tórax. Todos los pacientes utilizaron faja torácica con abrojo.

Resultados: En los primeros 3 casos se utilizó el colgajo de pectoral como cobertura de la cavidad intraoral, presentando como complicaciones dehiscencia de la herida cervical y fístula salival. En los 2 casos siguientes se empleó el colgajo de pectoral como cobertura cutánea cervical, con dehiscencia de la herida cervical en uno de ellos.

Caso 1: Paciente de 41 años con tumor del lado derecho de 8 meses de evolución. Biopsia POP: carcinoma amelobástico intraóseo secundario. Presentó dehiscencia pequeña de la herida en la región cervical, en donde se reavivaron bordes y se suturó nuevamente.



Caso 2: Paciente de 61 años con tumor infiltrativo de piso de boca y hemilengua izquierda de 6 meses de evolución. Biopsia POP: carcinoma pavimentoso queratinizante. A los 4 días se evidenció fístula de la mucosa yugal del lado derecho que se trató con gasa con iodoformo local, octeotride y alimentación enteral; cerrando satisfactoriamente.



Caso 3: Paciente de 53 años con tumor de piso de boca del lado derecho de 4 meses de evolución. Biopsia POP: sarcoma de alto grado sinovial. A las 72 hs presentó pequeña fístula que se trató con octeotride, alimentación enteral y se llevó a cabo colgajo local de mucosa.



Caso 4: Paciente de 40 años con tumor de piso de la boca infiltrativo y ulcerado a piel abarcando la región submentoniana y submaxilar de 1 año de evolución. Biopsia POP: carcinoma pavimentoso queratinizante. A los 5 días tuvo dehiscencia pequeña de la herida cervical.



Caso 5: Paciente de 66 años que presentó exposición de placa de titanio como complicación de cirugía de cabeza y cuello previa. Se llevó a cabo el colgajo como cobertura cutánea sin complicaciones.



**Discusión:** En el momento de plantear la reconstrucción con el colgajo de pectoral tras una cirugía ablativa de cabeza y cuello, se debe tener en cuenta aspectos como la localización del segmento a reconstruir respecto al eje de giro del colgajo pectoral y el tipo de tejidos que deben ser sustituidos. Además, de considerar el estado general del paciente y si ha recibido tratamientos previos cervicofaciales. El colgajo pectoral alcanza sin dificultad cualquier defecto que quede por debajo de la mandíbula, lo que es muy útil en la reconstrucción de las estructuras cervicales, de la cavidad oral y la orofaringe; pero no alcanza el macizo facial o la región temporal superior, por lo que defectos en esta región deben ser reconstruidos con técnicas alternativas, como por ejemplo los colgajos libres. Estos implican una técnica compleja, con la participación de equipos con

formación específica, con una monitorización posquirúrgica rigurosa y coste económico elevado <sup>(7-8)</sup>. Por lo cual no se llevan a cabo en nuestra institución.

Conclusiones: Analizamos que la técnica requiere de un solo tiempo quirúrgico pudiendo acortar el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria y el consumo de antibióticos. La elevación del colgajo muscular permite cubrir y proteger estructuras anatómicas importantes, así como también la placa de titanio. Las complicaciones que se presentaron fueron fístulas y dehiscencias que están descritas en la literatura. Las zonas dadoras no tuvieron complicaciones.

Bibliografía:

1. Shank, E.C, Patow, C.A.The pectoralis major flap. Ear Nose Throat J, 71: 161-165.1992. 2. Burkey BB, Coleman JR Jr. Current concepts in oromandibular reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 30:607. 1997.
3. Haller JR, Sullivan MJ. Contemporary techniques of mandibular reconstruction. Am J Otolaryngol 16:19.,1995.
4. Porcuna, David; Vintró, X. Colgajo de Pectoral Mayor. Acta Otorrinolaringol Esp 59:263-8. 2008.
5. McCraw, J.B., Dibbell, D.G., Carraway, J.H. Clinical definition of independent myocutaneous vascular territories. Plast Reconstr Surg, 60: 341-352.1977.
6. Ariyan, S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. Plast Reconstr Surg, 63: 73-81. 1979.
7. León, X., Quer, C. Orús, V. Martínez, P. Serret, J. Complicaciones del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en reconstrucción cervical. Acta Otorrinolaringol Esp, 44: 375-380. 1993.
8. Liu. R, Gullane, D, Brown, J. Pectoralis major pedicled flap in head and neck reconstruction: retrospective review of indications and results in 244 consecutive cases at the Toronto General Hospital. J Otolaryngol, 30: 34-40.2001.