



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,  
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

**TEMA:**

**Versatilidad del colgajo cutáneomucoso pediculado de arteria  
facial para reconstrucción de defectos con pérdida de  
sustancia en labio superior o inferior en Hospital Oncológico  
SOLCA Guayaquil**

**AUTOR:**

**MD. Mónica Gissel Salcedo Faytong**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y  
ESTÉTICA**

**DIRECTORA:**

**Dra. Priscila Jaramillo**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **la MD. MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cirugía Plástica, estética y reconstructiva**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**DRA. PRISCILA JARAMILLO**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Jorge Humberto Palacios Martínez**

**Guayaquil, 10 de junio del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **VERSATILIDAD DEL COLGAJO CUTÁNEOMUCOSO PEDICULADO DE ARTERIA FACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN LABIO SUPERIOR O INFERIOR EN HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL**, previo a la obtención del título de **Especialista en Cirugía Plástica, estética y reconstructiva** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 10 de junio del 2022**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**MD. MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **MD. MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG.**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **VERSATILIDAD DEL COLGAJO CUTÁNEOMUCOSO PEDICULADO DE ARTERIA FACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN LABIO SUPERIOR O INFERIOR EN HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 10 de junio del 2022**

**EL AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_

**MD. MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG**

# REPORTE DE URKUND



## Document Information

---

<b>Analyzed document</b>	DOCUMENTO PARA URKUND SALCEDO.docx.pdf (D136786185)
<b>Submitted</b>	2022-05-16T19:24:00.0000000
<b>Submitted by</b>	
<b>Submitter email</b>	monica.salcedo@cu.ucsg.edu.ec
<b>Similarity</b>	4%
<b>Analysis address</b>	posgrados.medicina.ucsg@analysis.urkund.com

## Sources included in the report

---

<b>W</b>	URL: <a href="https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373007.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373007.pdf</a> Fetched: 2022-04-25T18:52:20.1570000	 <b>1</b>
<b>W</b>	URL: <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1130-05582017000100015">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1130-05582017000100015</a> Fetched: 2022-05-12T02:39:41.1270000	 <b>3</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todos quienes ha sido un soporte para mí en todo este tiempo durante mi carrera universitaria, primero a Dios Nuestro Padre Celestial que con su bendición, ayuda y soporte que me brinda día a día he logrado alcanzar esta meta que me propuse, a mis docentes que durante mi proceso de formación académica tuvieron la determinación y la paciencia de poder transferir conocimiento en el aula clase, a mis amados padres que siempre han estado a mi lado dándome aliento, motivación y consejos durante toda mi vida.

A mis preciosas hijas, quienes han sido un soporte fundamental en mi vida y mi hogar, quien día a día me inspiran a ser mejor.

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la cual me acogió en su seno y se convirtió en mi segundo hogar porque en sus aulas recibí las más gratas enseñanzas. Finalmente, a mis compañeros que muchas veces me han dado la mano en situaciones para poder lograr juntos el objetivo que nos hemos propuesto.

**Mónica**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación a primero Dios Nuestro Padre Celestial porque sin su fortaleza y guía divina no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

A mis hijas, que son el motor de mi vida, quienes día a día con su amor me demuestran su apoyo incondicional.

A mis docentes los cuales impartieron sus conocimientos los cuales forjaron a cada uno de los que estuvimos en el aula de clases para que seamos excelentes profesionales al servicio de la sociedad.

A mis compañeros los cuales han podido llegar a esta meta y aquellos que por situaciones de la vida no pudieron culminarla, todos ustedes dejaron huellas inolvidables al largo de estos años de estudios, con vivencias dentro y fuera del aula. Con muchos he logrado amistades las cuales se han forjado con el paso del tiempo.

**Mónica**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JORGE HUMBERTO PALACIOS MARTÍNEZ**

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**DRA. MÓNICA SALCEDO**

OPONENTE



## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS .....	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
EL PROBLEMA .....	3
1.1. Identificación, valoración y planteamiento .....	3
1.1.1. Identificación.....	3
1.1.2. Valoración y planteamiento.....	3
1.2. Formulación .....	5
1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivos Específicos .....	6
2. Hipótesis .....	7
3. MARCO TEÓRICO .....	8
3.1. Los labios .....	8
3.1.1. Definición.....	8
3.1.2. Anatomía superficial .....	8
3.1.3. Histología.....	9
3.1.4. Irrigación.....	10
3.1.5. Drenaje linfático.....	10
3.1.6. Inervación motora .....	11
3.1.7. Inervación sensitiva .....	11
3.2. Arteria facial .....	12
3.2.1. Reconstrucción labial.....	13
3.3. Colgajo miomucoso.....	16
3.3.1. Anatomía quirúrgica.....	17
3.3.2. Utilidad.....	17
4. MÉTODOS .....	21
4.1. Justificación de la elección del método .....	21

4.2. Diseño de la investigación.....	21
4.2.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio .....	21
4.2.2. Procedimiento de recolección de la información.....	22
4.2.3. Técnicas de recolección de información .....	22
4.2.4. Técnicas de análisis estadístico.....	23
4.3. Variables .....	23
4.3.1. Operacionalización de variables .....	23
5. RESULTADOS .....	25
5.1. Descripción de la población .....	25
6. DISCUSIÓN .....	29
7. CONCLUSIONES.....	31
8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según edad, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	25
<b>TABLA 2.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según ubicación, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	25
<b>TABLA 3.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según tipo histológico, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	26
<b>TABLA 4.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según porcentaje de defecto, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	26
<b>TABLA 5.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según presentación de secuela funcional o estética, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	27
<b>TABLA 6.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según tipo de secuela, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	27
<b>TABLA 7.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según reintervención, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	28
<b>TABLA 8.</b> Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según causa de la reintervención, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.....	28

## RESUMEN

**Antecedentes:** La presente investigación tiene como objetivo evaluar la versatilidad del colgajo cutáneomucoso pediculado de la Arteria facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en hospital oncológico Solca guayaquil. **Materiales y Métodos:** La presente investigación tiene un tipo de investigación observacional, de tipo retrospectivo – transversal y tiene un enfoque descriptivo – explicativo. Tiene un diseño de investigación que se refiere a un estudio de casos de los pacientes con diagnóstico de cáncer de piel que fueron sometidas a resección tumoral + reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso. **Resultados:** De acuerdo a los resultados obtenidos, con relación al porcentaje de defecto, el 56% presentó entre 21 a 40%, el 22% presentó entre 41 a 60%, el 17% se ubicó menor al 20% y el 6% estuvo entre el 80 al 100%, haciendo énfasis que este tipo de colgajo es muy versátil y tiene bastante aceptación porque su utilidad puede ayudar a corregir las necesidades de los pacientes, con relación al tipo de secuela, el 39% no presentó novedades, el 17% presentó cicatriz hipertrófica, el 33% se ubicó entre lesión sobrellevada, leve limitación y recidiva, y finalmente el 12% presentó defecto anatómico y fistulas. **Conclusiones:** El colgajo cutáneo mucoso de avance pediculado de la arteria facial, representa una excelente opción para el cirujano plástico ya que la morbilidad es mínima y la técnica es reproducible con requerimientos básicos.

**Palabras Clave:** Colgajo cutáneomucoso pediculado de la Arteria facial, reconstrucción, eficacia, secuelas.

## ABSTRACT

**Background:** The objective of this research is to evaluate the versatility of the pedicled cutaneous mucosal flap of the facial artery for the reconstruction of defects with loss of substance in the upper or lower lip in the Solca Guayaquil oncology hospital. **Materials and Methods:** This research has a type of observational research, retrospective - cross-sectional and has a descriptive - explanatory approach. It has a research design that refers to a case study of patients diagnosed with skin cancer who underwent tumor resection + reconstruction of the upper or lower lip with a cutaneous-mucous flap. **Results:** According to the results obtained, in relation to the percentage of defects, 56% presented between 21 to 40%, 22% presented between 41 to 60%, 17% were less than 20% and 6% were between 80 to 100%, emphasizing that this type of flap is very versatile and is widely accepted because its usefulness can help correct the needs of patients, in relation to the type of sequel, 39% did not present novelties, 17% presented hypertrophic scar, 33% were located between sustained injury, slight limitation and recurrence, and finally 12% presented anatomical defect and fistulas. **Conclusions:** The pedunculated advancement mucosal skin flap of the facial artery represents an excellent option for the plastic surgeon since morbidity is minimal and the technique is reproducible with basic requirements.

**Keywords:** Pedicled cutaneous mucosal flap of the facial artery, reconstruction, efficacy, sequelae.

## INTRODUCCIÓN

Los labios constituyen estructuras de gran importancia funcional y estética que puede ser alterada por diferentes mecanismos como trauma, quemaduras de diversa índole y tumores benignos o malignos. Su reconstrucción ha sido objeto de innumerables publicaciones, sin embargo, no se encuentra fácilmente en la literatura una sistematización de técnicas que permita orientar al cirujano general y al especialista, sobre su enfrentamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la reconstrucción de labios en su mayoría se puede producir por un subtipo de cáncer, como por ejemplo el carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de células epidérmicas, por lo cual aparece solamente en piel y mucosas, también se puede producir por traumas de accidentes, problemas hereditarios y otro tipo de afectación que requiere de cirugía plástica reconstructiva.(1)

En el Ecuador, lamentablemente la literatura con referencia a este tipo de problema no está lo suficientemente documentado, la mayoría de los casos reportados de problemas en los labios que hayan necesitado una reconstrucción, se ubica a los labios leporinos o fisuras de labio y paladar.

Debido a que los labios son estructuras que cumplen importantes funciones tales como constituir la puerta de entrada al organismo de todos los alimentos, protección de las estructuras bucales, participación en la fonación y obviamente su importancia estética, sublime en el área afectiva. (2)

De todos es conocida la complejidad anatómica que involucra la región labial; siendo estructuras tridimensionales móviles, constituidas por un plano cutáneo, un plano mucoso y entre ambos un rico plano muscular, formado por el músculo orbicular labial que interactúa con gran parte de la musculatura de la mímica facial, entre los cuales destacan el músculo elevador del labio superior, cigomático mayor, elevador del ángulo bucal, depresor del tabique nasal, los nasolabiales, depresores del labio inferior (cuadrados) y depresor del ángulo labial (triangular). Su irrigación sanguínea se vincula principalmente con las arterias faciales, a través de las arterias labiales inferiores y superiores que discurren en forma tangencial a los músculos orbiculares, permitiendo así la

disección de amplios colgajos sin lesionar su vitalidad. El drenaje linfático se realiza hacia los linfáticos submentonianos y submandibulares, de fácil acceso clínico. La inervación motora está dada por ramos del séptimo par y la sensitiva por ramas del quinto par, a través del nervio infraorbitario y del mentoniano.(3)

Aunque siguen proponiéndose infinidad de nuevas versiones, las técnicas de reconstrucción del labio fueron definidas en el siglo XIX. Y, sin embargo, este procedimiento persiste como un reto quirúrgico en nuestros días debido a su inmensa complejidad, no solo en términos de una aceptable rehabilitación estética, sino porque el esfuerzo debe encaminarse a la conservación o restauración de la funcionalidad. La función que es necesario preservar o restaurar es la competencia oral; es decir, permitir una correcta fonación y prevenir la salida involuntaria de saliva o alimento, amén de mantener la apertura oral tanto activa (sonrisa) como pasiva. Si se considera que no existe una técnica aplicable a todos los pacientes y que la reconstrucción debe adecuarse al defecto, el cirujano reconstructivo enfrenta el desafío de maximizar tanto el resultado funcional como el cosmético. (4)

En la reconstrucción de labios, el defecto debe definirse en términos de profundidad (superficial o profundo) y localización respecto del bermellón y la piel normal del labio. Así mismo, el tamaño del defecto debe calcularse en proporción del volumen total del labio (regla de tres) y la ubicación respecto de las comisuras. Como principio para la reconstrucción de cualquier subunidad cosmética de cabeza y cuello, el procedimiento –en la medida de lo posible– debe abarcar toda la subunidad y en el caso del labio superior, eso incluye al filtran. Al realizar el procedimiento quirúrgico un elemento crítico para el éxito de la reconstrucción del labio es la adecuada disección del plano de avance quirúrgico.(5)

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. Identificación, valoración y planteamiento**

#### **1.1.1. Identificación**

El presente estudio permitirá analizar la versatilidad del colgajo cutáneo-mucoso pediculado de arteria facial para reconstrucción de defectos por pérdida de sustancia en labio superior o inferior, se analizarán variables que pueden influir en los resultados, tales como la edad, el tipo histológico, la satisfacción del paciente, las secuelas y si el paciente requirió una reintervención. El colgajo cutáneo-mucoso pediculado de arteria facial es un tipo de colgajo nuevo, es una versión adaptada del colgajo miomucoso de la arteria facial, que durante muchos años ha sido utilizado para construcciones de defectos palatinos, reconstrucciones del suelo de la boca y labio inferior y superior. Se conforma por ser una técnica sencilla, rápida y poco agresiva, muy seguro por su rica vascularización, reemplaza mucosa por mucosa, aporta masa muscular y piel con grasa y tejido mucoso y permite la posibilidad de transferir el colgajo con inervación, también permite reconstrucciones con funciones tanto fisiológicas como estéticas. Una de las ventajas es que no produce morbilidad en zona donante.

#### **1.1.2. Valoración y planteamiento.**

Los tumores malignos de la piel son los más frecuentes y, aunque no se hallan entre las diez primeras causas de muerte por cáncer, sí ocasionan deformidades y afectación funcional. Ello se debe a que la mayoría aparece en sitios de la piel expuestos al sol (la cara, alrededor de los ojos y la boca, las orejas, entre otros). Los labios son una unidad funcional que interviene en la alimentación, en el habla y en la interacción social. Son un punto de referencia fundamental en la cara. Los defectos secundarios al manejo quirúrgico del cáncer y su respectiva reconstrucción tienen grandes implicaciones en su función. La deformidad resultante de la transgresión del labio como unidad estética, la alteración de la continencia oral y la limitación de la apertura oral son algunas de las secuelas que se pueden esperar de estas intervenciones. (6)



El labio es un órgano de complejas relaciones anatómicas, importantes funciones fisiológicas y grandes connotaciones sociales, cosméticas y sexuales. Esta subunidad cosmética es asiento de tumores malignos como carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma, los dos últimos con importante potencial metastásico. El servicio de piel y partes blandas (dermatólogos y cirujanos plásticos) debe tener el compromiso de detectar oportunamente estas patologías para el abordaje oncológico, pero también para lograr una adecuada reconstrucción. Sin embargo, dada su complejidad, el labio es una zona de difícil reconstrucción que plantea grandes desafíos quirúrgicos. (7)

La reconstrucción de grandes defectos del labio superior e inferior son un reto quirúrgico. Entre las técnicas descritas para la reparación de este tipo de defectos se encuentran colgajos regionales como los de Karapandzic, los de Bernard-Burow, los colgajos nasolabiales descritos por Sarifakioglu et al., los colgajos de mejilla descritos por Chowchuen, et al., los colgajos de Fujimori y los colgajos libres como el colgajo radial.(8)

El presente estudio se centrará en determinar la necesidad de conocer y dominar una técnica quirúrgica versátil para cobertura y reconstrucción de defectos de tamaño variable y útil para labio superior e inferior, tomando en cuenta la anatomía como variable de la zona oral y peribucal y la necesidad de mantener la estética y función de los labios.

Se realizará un análisis bibliográfico de las opciones reconstructivas existentes, comparando y evaluando el criterio y beneficios de la aplicación del colgajo mucocutáneo de avance en cada paciente. Permitirá además conocer la percepción del paciente acerca de los resultados funcionales y estéticos del procedimiento antes mencionado. Y comprobar que la técnica es segura y puede ser reproducible para el beneficio de más pacientes oncológicos.

En este estudio abordaremos la utilización de colgajo cutáneo-mucoso de avance para la reconstrucción de defectos de labio superior e inferior de dimensiones variables.

## **1.2. Formulación**

¿Es versátil el colgajo cutáneo-mucoso pediculado de arteria facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en hospital oncológico Solca guayaquil?

### **1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Evaluar la versatilidad del colgajo cutáneomucoso pediculado de la Arteria facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en hospital oncológico Solca guayaquil.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Describir las opciones reconstructivas vigentes para defectos de labio superior e inferior con pérdida de sustancia.

Verificar el porcentaje de los defectos Con Perdida De Sustancia En Labio Superior E Inferior en los que se utiliza el colgajo cutáneo-mucoso facial para reconstrucción en Hospital Oncológico Solca Guayaquil.

Evaluar las secuelas que existen posterior a la aplicación del colgajo cutaneomucoso facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en Hospital Oncológico Solca guayaquil.

Determinar la necesidad de reintervenciones quirúrgicas que presentaron los pacientes posteriores a la aplicación del colgajo cutaneomucoso facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en hospital oncológico Solca guayaquil.

## **2. Hipótesis**

La reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneo-mucoso facial es una técnica versátil para defectos con pérdida de sustancia de tamaño variable.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Los labios**

##### **3.1.1. Definición**

Los labios se encuentran en la entrada a la cavidad oral. Su función es proporcionar competencia para la cavidad oral durante la masticación y el reposo. Los labios participan en la fonoarticulación, proporcionan cambios de expresión facial que facilitan el lenguaje no hablado y obviamente una importancia estética sublime en el área afectiva. Asimismo, proporcionan información sensitiva de los alimentos antes de ingresar a la cavidad oral. Para llevar a cabo la multitud de funciones, los labios requieren un complejo sistema de músculos y estructuras de soporte (9).

##### **3.1.2. Anatomía superficial**

Los labios son dos repliegues músculomembranosos móviles. El labio superior, como unidad estética, limita hacia arriba con los surcos alares y la columela, hacia los lados con los pliegues labiogenianos, y hacia abajo con el borde libre del bermellón superior. Está compuesta por 4 subunidades: mucosa o bermellón, el filtro o surco subnasal y laterales. En la zona central del bermellón se eleva un nódulo redondeado llamado tubérculo labial superior. La subunidad lateral también incluye los triángulos nasoyugales que rodean las bases alares. El labio inferior limita hacia arriba con el borde superior del bermellón inferior, hacia los lados con los pliegues melolabiales y, hacia abajo por el pliegue mentolabial (o labiomentoniano). Posee 2 subunidades: mucosa o bermellón y central. En la parte central del bermellón presenta una escotadura media que se corresponde con el tubérculo labial superior. Los labios superior e inferior se unen a nivel de las comisuras labiales, los labios, separados constituyen el orificio bucal; una vez aproximados, forman la hendidura bucal (47 a 53 mm. de longitud) (9).

Una línea muy fina y pálida acentúa la diferencia de color entre el bermellón y la piel normal (línea cutáneomucosa). El labio superior presenta una depresión en la línea media, el filtro o surco subnasal de gran importancia estética. Posee forma triangular de vértice superior delimitada hacia arriba con la columela, hacia

abajo con el arco de cupido y a los lados con las columnas o pilares del filtro. El arco de cupido es la confluencia del filtro con la línea cutáneomucosa que presenta dos elevaciones paramedianas.

El pliegue mentolabial pasa horizontalmente en forma de U invertida entre el labio inferior y el mentón y se corresponde intraoralmente con el surco gingivolabial inferior.

### **3.1.3. Histología**

De superficial a lo profundo, los labios están formados por los siguientes planos o estratos anatómicos: piel, tejido celular subcutáneo, músculos, submucosa o glandular y mucosa. La piel es gruesa y está formada por un epitelio estratificado plano queratinizado, esta provista de folículos pilosebáceos y glándulas sudoríparas en toda su extensión. El tejido celular subcutáneo solo se encuentra en las partes laterales de los labios, mientras que, en la parte media, la dermis se adhiere a los músculos subyacentes (10).

El plano muscular está formado por fascículos de fibras de músculos constrictores y dilatadores del orificio bucal dispuestas en diferentes direcciones por debajo de la piel siendo el más importante el músculo orbicular de los labios (constrictor). En la submucosa se hallan cúmulos de glándulas salivales menores (glándulas labiales) de carácter mucoso o mucoseroso y le otorgan un aspecto irregular a la mucosa.

La mucosa labial posee un epitelio más grueso que el de la epidermis de la piel labial y está constituido por un epitelio estratificado plano no queratinizado, con algunos gránulos de queratohialina en las células más superficiales. Lateralmente, la mucosa labial se continúa con la de las mejillas y se refleja a nivel del fondo del vestíbulo con la mucosa alveolar (11).

La zona de transición, entre la piel y la mucosa, es la zona roja o borde bermellón que constituye el borde libre de los labios compuesto de epitelio estratificado plano queratinizado y carece de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Presenta largas papilas en la lámina propia, con grandes capilares próximos a la superficie

y numerosas terminaciones nerviosas. Por ello, esa zona es de color rojizo y posee mucha sensibilidad.

#### **3.1.4. Irrigación**

La irrigación de los dos labios está dada por un círculo formado por las arterias labiales (coronarias) superior e inferior, ramas de la arteria facial, y en menor proporción por algunas otras arterias (transversa de la cara, bucal, mentoniana y submentoniana). La arteria facial asciende en un plano profundo a los músculos platisma, risorio y cigomáticos mayor y menor; y superficial a los músculos buccinador y canino. Las arterias labiales discurren entre las capas muscular y glandular a 7 u 8 mm paralelas al borde libre de los labios, anastomosándose con el vaso contralateral (11).

La arteria labial superior, usualmente rama de la arteria facial, se ubica a 1,1 cm lateral (SD 0,43) y 0,9 cm (SD 0,20) superior a la comisura bucal. La arteria labial inferior, también rama de la arteria facial, se ubica a 2,6 cm (SD 0,70) lateral y 1,5 cm (SD 0,45) inferior a la comisura bucal. La arteria facial luego asciende por el surco nasogeniano como la arteria angular, emitiendo las ramas al ala nasal y la anastomosis con la arteria nasal dorsal. La arteria facial y labiales se comunican con el plexo subdérmico a través de una densa cantidad de vasos perforantes musculocutáneos. En contraste, la arteria submentoniana por lo general presenta solo un vaso perforante principal, que penetra en el platisma y se ramifica para irrigar el plexo subdérmico.

#### **3.1.5. Drenaje linfático**

El drenaje linfático del labio superior es unilateral a excepción de la línea media. Los vasos linfáticos se unen para formar 5 troncos principales que conducen principalmente a los ganglios linfáticos submandibulares ipsilaterales, con un poco de drenaje también a los ganglios periparatiroides. De vez en cuando, puede darse algún drenaje a los ganglios submentonianos ipsilaterales (11).

Los vasos linfáticos del labio inferior también se unen para formar 5 troncos principales que conducen a los ganglios linfáticos submentonianos bilaterales desde el labio central y los ganglios submandibulares unilaterales del labio

lateral. Los ganglios submentonianos, submandibulares y parotídeos son los primeros escalones ganglionares de los labios. Los ganglios submentonianos secundariamente drenan a los ganglios submandibulares ipsilaterales, y ambos ganglio submandibulares y parotídeos secundariamente drenan a los ganglios yugulodigástricos ipsilaterales.

### **3.1.6. Inervación motora**

La inervación motora de tan compleja arquitectura muscular perioral es proporcionada por las ramas del VII par craneal o nervio facial. El nervio facial, en su tránsito extracraneal, se bifurca en dos divisiones: temporofacial y cervicofacial. Las ramas de la división temporofacial emite las ramas temporal, cigomática y bucal superior; y la división cervicofacial emite las ramas bucales inferior, marginal mandibular y cervical. Se han descrito múltiples anastomosis entre las divisiones y se han reportado al menos 6 patrones de ramificación diferentes. Las ramas bucales y marginal mandibular inervan, principalmente la musculatura perioral. Los músculos de la región labial superior son inervados por la rama bucal y los músculos de la región labial inferior por la rama marginal mandibular. Las fibras se encuentran profundas e inervan la mayoría de los músculos peribucales por sus caras profundas. La excepción a esta regla son los 3 músculos peribucales más profundos, a saber, el buccinador, canino y mentoniano en los cuales las fibras los inervan por sus caras superficiales (12,13).

### **3.1.7. Inervación sensitiva**

La inervación sensitiva de la región peribucal es de las ramas maxilar y mandibular del quinto nervio craneal. El nervio infraorbitario, que es una rama terminal del nervio maxilar, inerva el labio superior. Este nervio sale del agujero infraorbitario 4-7 mm por debajo del reborde orbitario inferior en una línea vertical que desciende desde el limbo medial del iris. El nervio transita bajo el elevador propio del labio superior y superficial al canino para inervar la pared lateral nasal, ala, columela, mejilla medial y labio superior. El labio inferior y el mentón reciben inervación sensitiva de las ramas del nervio mandibular (14,15).



El nervio dentario inferior, una rama del nervio mandibular, constituye el nervio milohioideo justo proximal a entrar en la l ngula de la mandíbula. Las ramas terminales de este nervio inconsistentemente inervan el mentón y la región inmediatamente lateral a la misma. El nervio dentario inferior viaja a través del cuerpo de la mandíbula para salir del agujero mentoniano. El agujero mentoniano se encuentra por debajo del ápice de la segunda bicúspide mandibular con 6-10 mm de variabilidad lateral. El nervio mentoniano inerva la piel del labio inferior hasta el pliegue mentolabial y, en ocasiones, por debajo del mentón. El nervio se encuentra en la submucosa a medida que sale del agujero y con frecuencia es visible en esta ubicación.

### **3.2. Arteria facial**

La arteria facial es una de las arterias más estudiadas en la anatomía de cabeza y cuello. Las ramas y variaciones anatómicas de su curso han sido bien detalladas. Sin embargo, estos estudios previos difieren en los resultados acerca de la distribución y ramas terminales (16).

Así, mientras la literatura clásica (Testut, Rouviere, Gray) describe un patrón clásico para la arteria facial en la cara, esto es, constituido por una distribución cuya rama terminal es la arteria angular, en uno de los primeros estudios realizados (Mitz en 1973) se observó una predominancia del patrón nasal (su rama terminal) en los cadáveres estudiados.

Este hallazgo ha sido confirmado por otros estudios realizados. Otras publicaciones como la de Niranjana en la India en 1988, sin embargo, muestran al patrón clásico como el más frecuente. Por otro lado, no existen estudios publicados de variantes anatómicas de la arteria facial en nuestro medio; esto, sumado a la importante aplicación de los colgajos de esta arteria en la cirugía reconstructiva, sustentan la realización de este estudio. Se investigó, así, la distribución de la arteria facial y la descripción de sus perforantes cutáneas a través de la disección manual de cadáveres peruanos frescos. La arteria facial es una rama de la arteria carótida externa que ingresa a la cara a nivel de la intersección del borde inferior de la mandíbula con el borde anterior del músculo masetero (16,17).

Brinda principalmente ramas a los labios y la nariz. Luego, asciende medialmente para finalizar de manera variable a nivel del canto interno del ojo como arteria angular, haciendo anastomosis con ramas de la arteria oftálmica.

Este último es el denominado patrón clásico de distribución de la arteria facial.

Sin embargo, diferentes estudios han encontrado que la forma más común de finalización de la arteria facial es a través de las ramas labial superior y lateral nasal. Este es el denominado patrón nasal de la arteria facial. Existen otras variantes menos frecuentes del curso de la arteria facial como la duplicación, ausencia, etc (18,19).

La vena facial tiene un curso separado de la arteria en un plano más profundo y lateral. Las perforantes cutáneas son ramas arteriales y venosas que provienen de los troncos vasculares mayores y que luego de atravesar (perforar) los tejidos circundantes, se dirigen hacia la superficie para dar irrigación a la piel.

Así, un número variable de ramas perforantes cutáneas tienen origen en el trayecto de la arteria facial y dan irrigación a la piel de la cara. En la actualidad, la cirugía reconstructiva ha puesto énfasis en la utilización de colgajos basados en estas arterias perforantes, para evitar sacrificar ramos vasculares mayores (20).

Así, se han descrito mapas de ubicación de perforantes cutáneas en el cuerpo humano.

### **3.2.1. Reconstrucción labial**

La cirugía reconstructiva de la cabeza requiere de técnicas quirúrgicas seguras y basadas en el conocimiento detallado de la anatomía regional. Así, la fístula palatina es una complicación frecuente de observar luego de la cirugía de fisura palatina congénita (21,22).

La cirugía de reconstrucción de estas fístulas es difícil, en especial en casos severos y recurrentes.

Defectos grandes pueden provocar síntomas como regurgitación de alimentos hacia la cavidad nasal, afección de la audición e insuficiencia velofaríngea. Una gran variedad de técnicas reconstructivas ha sido descrita e incluyen tejidos locales, colgajos de lengua o colgajos distantes y microvasculares (23,24).

La combinación de mucosa oral y músculo buccinador como colgajo axial basado en la arteria facial, ha sido descrita por Pribaz en 1992 (11).

Este colgajo consiste de mucosa, submucosa, parte del músculo buccinador y orbicular de los labios basado en la arteria facial y su plexo venoso. Es un colgajo arterializado. Se utiliza en la reconstrucción de fístulas palatinas complejas. En casos de reconstrucción de defectos palatinos más severos se puede utilizar este colgajo incluyendo un componente cutáneo; esto debido a la presencia de perforantes cutáneas que se originan en la arteria facial y descritas en este estudio. Esta última variante, es una contribución personal a la cirugía de reconstrucción de fístulas palatinas y fue presentada en el último Congreso Internacional de Fisuras Labio Palatinas y Anomalías Craneofaciales Relacionadas de Fortaleza, Brasil en el 2009 (25,26).

Este tipo de colgajos han sido descritos por otros autores como Sasaki, pero utilizados como colgajos microvasculares en la reconstrucción del párpado inferior.

De la misma forma existen otros tipos de colgajos que se utilizan para reconstrucción labial, como los colgajos regionales como los de Karapandzic, que es un colgajo de avance-rotación utilizado para defectos de espesor completo tanto del labio superior como del inferior. Este procedimiento tiene una particularidad: inicia con una disección de espesor total alrededor del defecto, pero la incisión distal es más superficial. Se recomienda utilizarlo en defectos mayores a 2/3 o la totalidad del volumen. El diseño del colgajo se realiza de forma circunferencial a través de los pliegues nasolabiales. De ser necesario, el colgajo puede ser circunferencial (desde la unión columelolabial al pliegue labiomental). La gran ventaja del colgajo de Karapandzic es que respeta el músculo orbicular de los labios y los nervios motores de los labios, permitiendo la preservación de la sensibilidad y de la competencia oral. Otra ventaja es que

se realiza en un solo acto quirúrgico. A veces se requiere de una comisuroplastia secundaria debido a la pérdida de ángulo de la comisura resultante del desplazamiento del colgajo (27).

También se encuentra el colgajo Bernard-Burow, fue descrito por Camille Bernard en 1853, este procedimiento utiliza piel de espesor total de las mejillas (bilateral). En esencia, es un colgajo de avance con escisión de triángulos cutáneos basados en el surco nasolabial, los cuales permiten avanzar el tejido perilesional. El tumor se reseca con forma de cuña. Los triángulos deben corresponder a la mitad del tamaño del defecto, con el ápex situado en el surco nasolabial y formando una línea horizontal desde la comisura labial, extendiéndose hasta la mejilla y desplazándola medialmente hasta encontrarse con el colgajo contralateral. El corte de escisión incluye piel, tejido celular subcutáneo, músculo y mucosa. El bermellón debe reconstruirse por separado, con un colgajo de avance de mucosa húmeda de labio o injerto de mucosa. Aunque esta técnica puede ser usada para grandes defectos de espesor completo de labio superior e inferior, es más recomendable para defectos de labio superior debido a que ocasiona pérdida de retención de saliva (28).

Otro colgajo que se utiliza para la reconstrucción de labio es el descrito por Sarifakioglu en conjunto con Yotsuyanagi et al. describió en 1998 el uso de colgajos musculocutáneos nasolabiales de orbicularis oris para la reconstrucción de defectos en labio superior que al realizarse de forma bilateral permiten la reconstrucción de grandes defectos (29).

Los colgajos de mejilla descritos por Chowchuen, el autor presentó un colgajo de mejilla neurovascular bilateral modificado como una nueva técnica para la reconstrucción extensa del labio superior. La técnica es una modificación del colgajo neurovascular bilateral del pómulo para la reconstrucción del labioinferior descrito por Vatanasapt y colaboradores en 1987 mediante el diseño de colgajos rectangulares y triangulares en los tejidos del pómulo laterales al defecto del labio tanto en la piel como en la mucosa. Este método tiene la ventaja de preservar las estructuras neurovasculares así como la posición original de la comisura oral (30).

Y por último se tiene al colgajo nasolabial en isla arterializado fue descrito por Fujimori como gate flap. Diseñó dos colgajos en isla del área nasolabial vascularizados por la arteria angular y los rotó 90 grados para reconstruir el labio inferior después de una resección total. Este colgajo supuso una mejora con respecto a otros procedimientos utilizados para la reconstrucción de esta región anatómica. Cuando se realiza correctamente, el colgajo gira hacia el defecto labial sin provocar deformidad en “orejas de perro”. El suministro de sangre del colgajo es excelente debido a la arteria angular y el drenaje se realiza a través de sus venas satélite. Los beneficios funcionales y estéticos que aporta son superiores a los de otros métodos (30).

Estos colgajos pueden ser diseñados con base anterior (para reparar fístulas anteriores) o de base posterior (para reparar fístulas posteriores). Por otro lado, el cáncer de piel es una patología cuya incidencia está en incremento y requiere con frecuencia de técnicas reconstructivas en casos con resecciones mayores.

Las lesiones localizadas en el labio superior, palpebral inferior, región nasal y geniana de la cara pueden ser reparadas utilizando colgajos cutáneos basados en la arteria facial y sus perforantes.

Así, los colgajos tomados de la región del pliegue nasolabial permiten el reparo de estos defectos y el cierre de la zona dadora con deformidad estética facial mínima (31) (32).

### **3.3. Colgajo miomucoso**

El colgajo miomucoso de la arteria facial (CMMAF) fue introducido por primera vez por Pribaz et al en 1992. Sin embargo, muchos autores han publicado sobre el uso de colgajos miomucosos que incluyen el musculo buccinador. Estos colgajos representan una excelente opción para el cirujano oral y maxilofacial ya que la morbilidad es mínima y el tejido transferido es mucosa. CMMAF puede ser diseñado con el pedículo vascular superior (flujo retrogrado) o con el pedículo vascular inferior (flujo anterógrado) dependiendo de la localización del defecto. En cualquiera de las dos opciones el colgajo es muy confiable y fácil de disecar (22,33).

### **3.3.1. Anatomía quirúrgica**

Identificar y marcar los vasos faciales mediante un ultrasonido Doppler portátil. El diseño del colgajo será basado en el tamaño y localización del defecto. Identificar la desembocadura del conducto parotídeo. Idealmente la incisión superior se debería de ubicar unos 5-10 mm por debajo del conducto parotídeo, la incisión anterior unos 10 mm por detrás de la comisura bucal posteriormente e inferiormente se determina de acuerdo a la cantidad de tejido necesaria para cubrir el defecto sin tensión. La incisión se lleva a cabo a través de mucosa, submucosa y musculo buccinador con electro bisturí con cuidado de no dañar el conducto parotídeo (34).

Una vez que se identifica la arteria y la vena facial (debajo del buccinador) se ligan y la disección se realiza cuidadosamente tratando de no dañar los vasos y de mantenerlos adheridos al musculo. Este plano en general es fácil de identificar ya que el musculo buccinador está separado por la fascia bucofaríngea. Una vez que el colgajo ha sido elevado se ubica mediante un túnel submucoso o pediculado sobre el defecto dependiendo de la presencia de dientes y localización del lugar a reconstruir. Durante la inserción y sutura del colgajo hay que tener mucho cuidado en no dañar o doblar los vasos faciales. Si el defecto está localizado en la región palatina es importante pasar unas suturas antes de colocar el colgajo en la región con menos visibilidad generalmente posterior superior. Si el colgajo es pediculado un segundo tiempo quirúrgico debe ser planeado idealmente 3 semanas después para dividir el pedículo y remover exceso de tejido (35).

### **3.3.2. Utilidad**

Para la cobertura de defectos de pequeño y mediano tamaño a nivel intraoral es posible plantear diversas vías de actuación. Estas pueden ser muy diversas, y van a variar en cuanto al tipo de tejido aportado, superior o volumen, dificultad de la técnica quirúrgica o funcionalidad del paciente (36).

Los injertos libres son usados con más frecuencia para la reconstrucción del suelo de boca o mucosa yugal. Destacan por su sencillez para su obtención, pero también por su poca predictibilidad. La movilidad de las estructuras

adyacentes, así como la fuente de infección que supone el interior de la cavidad oral constituyen un inconveniente importante para la viabilidad de estos.

Diversos tipos de colgajos pediculados tanto intraorales como externos se han planteado con mejores resultados. Destacan el colgajo de bola de Bichat, el colgajo de lengua o el nasogeniano. Con mayor extensión en la cobertura están el colgajo de temporal, ampliamente usado para la reconstrucción de defectos de paladar y maxilar superior, o el miocutáneo de pectoral mayor, para cobertura de defectos mayores de suelo de boca y lengua. Otros menos utilizados son los colgajos de platisma, o el submental (37).

Por otro lado, los injertos libres microvascularizados son ampliamente utilizados hoy en día, tanto en defectos de mediano como de gran tamaño. Aun siendo innumerables las cualidades de estos en cuanto a función, tamaño cobertura, etc., también tienen diversos inconvenientes como un aumento de la morbilidad, tiempo quirúrgico aumentado, necesidad de vasos receptores en buenas condiciones. Además, el tejido aportado que queda en contacto con el resto de la superficie oral suele ser epidermis, en lugar de mucosa.

El colgajo miomucoso, en sus diferentes variantes descritas, se ha establecido como una forma viable y predecible en reconstrucción de defectos de medio tamaño intraorales. Se describen 2 patrones principales para la elevación de este: uno basado en la rama bucal de la arteria maxilar interna, que se anastomosa anteriormente con ramas bucales posteriores procedentes de la facial. Y otro basado en la arteria facial con sus ramas inferiores y anteriores. A su vez, este último puede elevarse a pedículo inferior, para defectos de suelo de boca, cara lateral de lengua, encía inferior y labio inferior; o a pedículo superior, para defectos a nivel de la tuberosidad maxilar, paladar, encía superior, amígdala, lengua, labio superior, septum nasal y órbita (37).

La longitud del pedículo del colgajo miomucoso puede resultar muy variable. Un colgajo basado en los vasos bucales tiene las ventajas de ser más fácil su elevación y de que no es necesaria la conservación de los vasos faciales ipsolaterales, frecuentemente ligados en una disección cervical, ya que su fuente de irrigación procede de los vasos maxilares. Como inconveniente, tenemos un

pedículo más corto, que limita en gran medida su utilización para los defectos más alejados. Sí resulta ideal para defectos pequeños de la cresta alveolar o de la cara lateral de la lengua en el caso de pacientes con ausencia de molares, lo que nos permite pasar el pedículo.

Por otro lado, si basamos el colgajo en un pedículo facial con irrigación retrógrada o superior, la longitud del pedículo será mayor que el anterior, lo que resulta ideal para defectos palatinos, septales, de fosa nasal o de cresta alveolar superior. En estos casos es necesaria la conservación de los vasos faciales contralaterales.

En los basados en la circulación anterógrada de la arteria facial (pedículo facial inferior), la longitud del pedículo puede alcanzar la mayor distancia. La técnica puede resultar algo más delicada, pero existe la posibilidad de levantar dicho colgajo mediante la esqueletización del pedículo facial en la con una longitud mayor de 15 cm. En un principio, realizamos la esqueletización tanto de la arteria facial como de la vena facial de forma independiente, que es una labor más tediosa. Posteriormente, comprobamos que, si esqueletizamos únicamente la arteria facial con las pequeñas venas concomitantes que la suelen acompañar, no era necesaria la disección de la vena facial, lo que facilita mucho la labor (38).

Entre los problemas que plantea dicho colgajo uno de ellos es la dificultad para llevarlo a la región palatina, lingual, o al suelo de boca en aquellas personas que presentan todas las piezas dentarias, debido a la posibilidad de traumatizar el pedículo con la oclusión. Para solucionar estos casos, existe la posibilidad de pasar el pedículo por la zona retrotuberositaria para una cobertura superior. Cuando se trata del pedículo inferior, esqueletizar el pedículo del colgajo hasta la zona inferior al cuerpo mandibular nos permitiría pasarlo por detrás de este, y localizarlo directamente en la cara interna de la arcada. Destacamos la importante elasticidad de la mucosa yugal, que en la mayoría de los casos consigue un cierre completo de la zona donante, sin que sea necesaria la utilización de injertos libres u otros colgajos para cubrir el defecto. No obstante, sí hemos observado que en algunos casos en los que la transferencia de tejido es de mayor tamaño, se puede formar, en el área donante, una banda fibrosa que puede limitar, aunque de forma discreta, la apertura oral del paciente. Esto



puede suponer cirugías posteriores para realizar z-plastias y mejorar las bridas formadas (13).

Queremos destacar que el aporte de un tejido mucoso, que además pertenece a una zona próxima al defecto, constituye el mejor revestimiento para estos defectos, al adquirir unas características muy similares al tejido resecaado, ya que, según autores, puede incluso recuperar la sensibilidad en la zona.

## 4. MÉTODOS

### 4.1. Justificación de la elección del método

**Nivel de investigación:** Descriptivo

**Tipo de investigación:** Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

### 4.2. Diseño de la investigación

Estudio de series de caso.

#### 4.2.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estará representada por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de piel que fueron sometidas a resección tumoral + reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso de avance en el departamento de cirugía plástica del Hospital Solca Guayaquil que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio durante el periodo del 2016 al 2021.

Se seleccionaron a todas las pacientes que se sometieron resección tumoral + reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso de avance, subdivididas en 3 subgrupos de acuerdo con la dimensión del defecto remanente posterior a la excéresis de la lesión:

- Grupo A: Defecto menor a 30%.
- Grupo B: Defecto de 31 a 69%.
- Grupo C: Defecto mayor a 70%.

#### Cuadro 1. Población

POBLACIÓN	
AÑO	PACIENTES
2016 - 2021	18
<b>Total</b>	<b>18</b>

**Fuente:** Historia Clínica

**Muestra:** 18 pacientes

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes sometidos a resección tumoral + reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso de avance desde enero 2016 hasta junio 2021.
- Historia Clínica completa
- Protocolo operatorio completo
- Consentimiento informado del paciente.
- Control postoperatorio completo hasta alta médica.

**Criterios de exclusión:**

- Aplicación de otras técnicas de reconstrucción
- Abandono de tratamiento o seguimiento

**4.2.2. Procedimiento de recolección de la información**

Para la recolección de la información, se empleará un formulario de recolección de datos que será diseñado por la autora, posteriormente la información recogida será transferida a una matriz de datos o tabla madre de Microsoft Excel 2018, donde se organizará las variables a investigar acorde a los objetivos específicos de la investigación. El instrumento de investigación será una fuente secundaria de información, representada por la historia clínica digital del Hospital Solca Guayaquil la cual será solicitada previa autorización por las autoridades del establecimiento de salud. También se utilizará la base de datos del sistema informático de la institución de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades mediante el código CIE-10 C00 tumor maligno de labio y cavidad oral C43 C44 Neoplasias de piel, además de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica realizada: resección de tumor con defectos de tamaño variable

**4.2.3. Técnicas de recolección de información**

Se recolectó la información de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, que reposan en el archivo del sistema del Hospital de SOLCA en las computadoras de la red del hospital. Utilizando el

programa office, Excel 2018, se recolectó los datos donde constan las siguientes variables:

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Revisión de historia clínica
Tipo histológico	Revisión de historia clínica
Defectos con pérdida de sustancia en labio superior e inferior	Revisión de historia clínica
Secuela	Revisión de historia clínica
Reintervención	Revisión de historia clínica

#### 4.2.4. Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos fueron tabulados y analizados aplicando técnicas estadísticas de tipo descriptiva (frecuencia y porcentajes); las tablas fueron realizadas para brindar mejor comprensión de la información, mediante el uso del programa EXCELL, fueron procesadas, analizadas e interpretadas para corroborar la información que se verificará con los datos encontrados sobre las presuntas complicaciones, que permitirán verificar con exactitud la eficacia de la técnica de reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho y si esta permitió obtener los resultados esperados en las pacientes.

### 4.3. Variables

#### 4.3.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo/Escala	Unidades, Categorías o Valor Final
<b>Variable independiente, predictivas o asociadas*</b>			
COLGAJO CUTÁNEOMUCOSO FACIAL OPCIONES DE RECONSTRUCCIÓN DE LABIO.	Tejidos de espesor completo (contiene piel y mucosa) que se se separan parcialmente y trasladan para cubrir heridas cercanas	Cualitativa Ordinal politómica	1. LABIO SUPERIOR 2. LABIO INFERIOR 3. AMBOS 4. COMISURA IZQ 5. COMISURA DER
<b>Variables dependientes, de respuesta o de supervisión*</b>			
Edad	Edad cronológica desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso hospitalario	Cuantitativa De intervalo Ordinal	20-40 años 40-60 años > 60 años

<b>Tipo histológico</b>	Descripción del tumor según las características anormales de las células, velocidad de multiplicación y capacidad de diseminación	Cualitativa Nominal Politómica	1. CBC 2. CEC 3. MELANOMA 4. C EPIDERMOIDE
<b>DEFECTOS CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN LABIO SUPERIOR E INFERIOR.</b>	Se produce la destrucción de todos los elementos cutáneos, epidermis, dermis e hipodermis, Muscular y mucosa.	CUANTITATIVA, ORDINAL, CATEGÓRICA	0. NO APLICA 1. MENOR AL 20 % 2. 21 - 40% 3. 41 - 60% 4. 61 - 80% 5. 80 - 100%
<b>SECUELA</b>	Una <i>secuela</i> es la alteración persistente Posterior a realizar una intervención <i>quirúrgica</i>	CUANTITATIVA, ORDINAL	0. NO APLICA/NINGUNA 1. LESIÓN SOBREELEVADA 2. CICATRIZ HIPERTRÓFICA 3. LEVE LIMITACIÓN 4. DEFECTO ANATÓMICO 5. RECIDIVA
<b>REINTERVENCIÓN</b>	Realización de una segunda intervención a un paciente, habitualmente por algo relacionado con la primera y más o menos cerca de la primera en el tiempo	CUANTITATIVA, ORDINAL	0. NO APLICA 1. QUIRÓFANO 2. AMBULATORIA

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Descripción de la población

El estudio se realizó a pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso de avance desde enero 2016 hasta junio 2021. De los que obtuvimos de la presente investigación son los siguientes:

**TABLA 1.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según edad, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 40 años	0	0%
40 - 60 años	2	11%
Más de 60 años	16	89%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

De acuerdo a las historias clínicas consultadas, se verifica que el 89% de los pacientes intervenidos poseía más de 60 años, mientras que el 11% se encontraba entre los 40 a 60 años.

**TABLA 2.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según ubicación, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Labio superior	11	61%
Labio inferior	6	33%
Ambos	0	0%
Comisura izquierda	0	0%
Comisura derecha	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Con relación a la ubicación de la reconstrucción, el 61% se ubicó en el labio superior, el 33% se ubicó en el labio inferior y el 6% se ubicó en la comisura derecha.

**TABLA 3.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según tipo histológico, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CBC	10	56%
CEC	3	17%
Melanoma	0	0%
C Epidermoide	5	28%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Según el tipo histológico, el 56% se presentó por Carcinoma Basocelular, el 28% por carcinoma epidermoide y el 17% por carcinoma epidermoide cutáneo.

**TABLA 4.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según porcentaje de defecto, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor al 20%	3	17%
21 - 40%	10	56%
41 - 60%	4	22%
61 - 80%	0	0%
80 - 100%	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

De acuerdo al porcentaje de defecto, el 56% presento entre 21 a 40%, el 22% presentó entre 41 a 60%, el 17% se ubicó menor al 20% y el 6% estuvo entre el 80 al 100%.

**TABLA 5.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según presentación de secuela funcional o estética, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	67%
No	6	33%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Según presentación de secuela funcional o estética, el 67% se comprobó secuelas y el 33% no presentó ninguna novedad.

**TABLA 6.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según tipo de secuela, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	7	39%
Lesión sobrelevada	2	11%
Cicatriz hipertrófica	3	17%
Leve limitación	2	11%
Defecto Anatómico	1	6%
Recidiva	2	11%
Fístula	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Los resultados según el tipo de secuela, el 39% no presentó novedades, el 17% presentó cicatriz hipertrófica, el 33% se ubicó entre lesión sobrellevada, leve limitación y recidiva, y finalmente el 12% presentó defecto anatómico y fistulas.



**TABLA 7.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según reintervención, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No aplica	16	89%
Quirófano	0	0%
Ambulatoria	2	11%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas  
Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Con relación a la intervención, el 89% no presentó novedades, mientras que el 11% se realizó de forma ambulatoria.

**TABLA 8.** Análisis de las historias clínicas pacientes sometidos a resección tumoral más reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneomucoso, según causa de la reintervención, en Hospital SOLCA Guayaquil, periodo julio 2016 – junio 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No aplica	16	89%
Dehiscencia	1	6%
Bordes comprometidos	0	0%
Recidiva Local	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas  
Elaborado por: MD. Mónica Salcedo.

### Interpretación y análisis

Sobre las causas de reintervención, el 89% no presentó novedades, mientras que el 6% fue a causa de dehiscencia y el 6% restante por recidiva local.

## 6. DISCUSIÓN

La incidencia mundial de los cánceres de labio y de la cavidad bucal se estima en 4 casos por 100 000 personas. Sin embargo, existe una amplia variación en todo el planeta: desde ningún caso registrado hasta unos 22 casos por cada 100 000 personas.

El autor González (30) indica que el colgajo miomucoso constituye una alternativa válida para la reconstrucción de defectos de tamaño moderado. Se caracteriza por su buena plegabilidad, excelente color y textura, además de una mínima morbilidad de la zona donante. En el presente estudio se aplicó a 18 pacientes, llegando a tener excelentes resultados, con un porcentaje mínimo de complicaciones y reintervenciones.

Con relación a la edad de los pacientes intervenidos, en un estudio similar de France(39) indica que existe un alto porcentaje de pacientes que presentan tipos de cáncer que se detectan en edades mayor a los 50 años, muchos de estos pacientes ni siquiera conocían de su situación, hasta que empiezan las complicaciones. En el presente estudio, existe concordancia en las edades, debido a que la mayoría de los pacientes que requirieron intervención de reconstrucción, se encontró en mayor medida pasado los 60 años de edad, por lo que existe una similitud y concordancia con el estudio de France.

Con respecto a la ubicación, el autor Caamaño (40), el cáncer de labios puede ocurrir en cualquier parte a lo largo del labio superior o inferior, pero es más común en el labio inferior, de la misma forma indica Saavedra que alrededor del 38% de todos los carcinomas aparece en el labio inferior, además indica que las lesiones del labio inferior, la supervivencia a los 5 años es del 90% y las metástasis son raras. El carcinoma del labio superior tiende a ser más invasivo y metastásico. En el presente estudio de casos, el mayor porcentaje de pacientes lo presente en el labio superior.

Con referencia al tipo histológico, Vázquez (41) refiere que en referencia a la histología el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas, de la misma forma Torres explica que en los labios, los tipos de cáncer comunes son los carcinomas de células basales, como adenocarcinoma,

melanoma, carcinoma adenoide quístico, carcinoma de células de Merkel, linfopitelioma y angiosarcoma. En el presente estudio, el tipo histológico de mayor predisposición fue el carcinoma basocelular, constituyendo una concordancia con los estudios previos.

En relación a las razones de la reintervención, se producen por complicaciones, el autor Cabrera (39) explica que en su estudio se presentaron complicaciones como la necrosis parcial donde se afectó un 20% de la longitud del colgajo, debido a congestión venosa en uno de los colgajos miomucosos de la arteria facial, otra complicación hallada fue la dehiscencia del colgajo encontrada en un paciente con fisura labial bilateral y fístula anterior severa. En el presente estudio, en la mayoría de los pacientes no necesito reintervenciones, sin embargo, en los pocos que necesitaron fueron por dehiscencia, concluyendo que la mayoría de los participantes el colgajo miomucoso tuvo una aceptación mayor.

## 7. CONCLUSIONES

El colgajo miomucoso de la arteria facial (CMMAF) fue introducido por primera vez por Pribaz et al en 1992, este colgajo representa una excelente opción para el cirujano oral y maxilofacial ya que la morbilidad es mínima y el tejido transferido es mucosa.

La presente investigación concluyo en lo siguiente:

- Las opciones reconstructivas vigentes para defectos de labio superior e inferior con pérdida de sustancia, para este tipo de defectos se utiliza el colgajo cutáneo - mucoso y el colgajo buccinador, sin embargo, el colgajo cutáneo - mucoso de la arterial facial es confiable, técnicamente simple de realizar y constituye una zona dadora más para el cirujano plástico reconstructivo, especialmente cuando los defectos a reconstruir son de tamaño pequeño a mediano.
- El porcentaje de los defectos con pérdida de sustancia en labio superior E Inferior, el 56% presento entre 21 a 40%, el 22% presentó entre 41 a 60%, el 17% se ubicó menor al 20% y el 6% estuvo entre el 80 al 100%.
- Las secuelas que existen posterior a la aplicación del colgajo cutáneomucoso facial, el 67% se comprobó secuelas y el 33% no presentó ninguna novedad.
- La necesidad de reintervenciones quirúrgicas que presentaron los pacientes posteriores a la aplicación del colgajo cutáneomucoso facial, el 89% no presentó novedades, mientras que el 11% se realizó de forma ambulatoria.

## **8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los tumores de labio inferior en estado avanzado con compromiso amplio de la superficie labial constituyen un gran desafío para el cirujano plástico reconstructivo; la estrategia quirúrgica implica la contemplación de las características del tumor, las comorbilidades y el estado general del paciente, siendo fundamental el consentimiento del mismo y del grupo familiar para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico con la consiguiente reconstrucción anatómica y funcional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cirugía D, Caicoya SO, Navarro C, José V, Salmerón I, Carlos E, et al. Rehabilitación funcional con implantes en pacientes oncológicos. 2016 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/78503348.pdf>
2. Díaz D, Halawa DE, ... VMM, 2015 undefined. Repaso al manejo de la Traqueotomía. doctorcaravaca.es [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://www.doctorcaravaca.es/files/MANUAL-DE-CUIDADOS-ORL-4-Diciembre-2015-isbn.pdf#page=112>
3. Online HBRA de A, 2013 undefined. REVISTA ARGENTINA DE ANATOMÍA ONLINE. revista-anatomia.com.ar [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://revista-anatomia.com.ar/archivo/2013-4-supl-revista-argentina-de-anatomia-online.pdf>
4. Sánchez AT. Susana Hernández Montero. zaguan.unizar.es [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/48327/files/TESIS-2016-122.pdf?version=1>
5. de Postgrados C, Retrospectivo Evelyn Andrea Olalla López Fernando José Sandoval Portilla E. Análisis epidemiológico de los tratamientos quirúrgicos en el área de cirugía maxilofacial en el Hospital Metropolitano, periodo 2015-2018 estudio retrospectivo. 2019 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8437>
6. Bambino AJ. Evaluación de la cirugía oncológica-reconstructiva en el tratamiento de cáncer de piel, ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo. 2004-2008. 2015 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/37213>
7. investigación: VLCP de, 2013 undefined. Estudio de las variables relacionadas con los resultados de la reconstrucción mamaria diferida tras mastectomía por cáncer de mama. digitum.um.es [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/35774>
8. Cañadas LC. Caracterización histológica de mucosa oral de espesor completo obtenida mediante ingeniería tisular. 2006 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1376/16524925.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Coronel ER. Utilización de injerto cartilaginoso autólogo en rinoplastias de pacientes con deformaciones nasales y narices fisuradas. 2005 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://201.159.223.180/handle/3317/6138>
10. Lloréns GC. Cambios en el patrón vascular de la mano tras la disección del colgajo radial. 1997 [cited 2022 Apr 2]; Available from:

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/97831/Ciria%20Llor%C3%A9ns,%20Germ%C3%A1n.pdf?sequence=1>

11. GIUGLIAN C. Manejo quirúrgico de la fisura labiopalatina. 2014 [cited 2022 Apr 2]; Available from: [http://www.carlosgiugliano.cl/wp-content/pdf/cir\\_pediat\\_cap\\_52\\_manejo\\_fisura\\_labio\\_palatina.pdf](http://www.carlosgiugliano.cl/wp-content/pdf/cir_pediat_cap_52_manejo_fisura_labio_palatina.pdf)
12. Gil RS. reconstructiva mandibular con colgajo libre de peroné, empleando diseño asistido por ordenador (CAD), modelos tridimensionales (3D), y placas de reconstrucción .... 2014 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65524>
13. Romero-Espinosa J, ... ADVTC, 2021 undefined. Versatilidad del colgajo Estlander en reconstrucción de labio. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97677>
14. Navarro Cuéllar C, Luis J, Carretero C. Reconstrucción mandibular. secomcyc.org [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap45.pdf>
15. Castro S, Bugueño M, ... JMC... y cirugía de cabeza y, 2021 undefined. Colgajo en isla submental: Experiencia de 2 casos en reconstrucción de base de cráneo lateral. scielo.conicyt.cl [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162021000100072&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162021000100072&script=sci_arttext&tlng=e)
16. Muela CM. Reconstrucción funcional de los defectos de lengua. Relación con la calidad de vida. 2018 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/50296/>
17. García RG, ... LNGRE, 2005 undefined. Colgajo miomucoso de buccinador en la reconstrucción de defectos del área maxilofacial. SciELO Espana [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1130-05582005000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1130-05582005000400002)
18. Prado BM de. Aplicaciones reconstructivas de los colgajos derivados del eje circunflejo femoral lateral. 2018 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/14295>
19. Cruz D, Loza B, Pefaure J, de MMRA. Reconstrucción del labio inferior con colgajo miomucoso del buccinador por hemangioma congénito: a propósito de un caso. adm.meducatum.com.ar [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [http://adm.meducatum.com.ar/contenido/numeros/2202102\\_274/pdf/2202102.pdf#page=49](http://adm.meducatum.com.ar/contenido/numeros/2202102_274/pdf/2202102.pdf#page=49)
20. Fernández SL. Cirugía reconstructiva con colgajos libres en el tratamiento de los carcinomas de cabeza y cuello. Factores pronósticos clínicos y

- biológicos relacionados. 2013 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/116206>
21. Bartumeus Martínez P, Eugenia Arias Laverde M, Humanes Lopez L, Picazo Escribano N. Cirugía oncológica en cabeza y cuello:: claves para la interpretación de los injertos y sus complicaciones. piper.espacio-seram.com [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/1752/888>
  22. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L, Berry L. Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. 1990 [cited 2022 Apr 1]; Available from: [https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=RWPMPY7-sN8C&oi=fnd&pg=PR9&dq=+Valarie+A.+Zeithaml,+A.+Parasuraman+y+Leonard+L.+Berry+desarrollado+en+los+Estados+Unidos&ots=cg9Ac9zYtc&sig=7Coh\\_kLM4vDPTt4OhQDRbMpwU7Y](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=RWPMPY7-sN8C&oi=fnd&pg=PR9&dq=+Valarie+A.+Zeithaml,+A.+Parasuraman+y+Leonard+L.+Berry+desarrollado+en+los+Estados+Unidos&ots=cg9Ac9zYtc&sig=7Coh_kLM4vDPTt4OhQDRbMpwU7Y)
  23. Muela C. Reconstrucción funcional de los defectos de lengua. Relación con la calidad de vida. 2017 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/163094657.pdf>
  24. Vera WM. Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro. 2018 [cited 2022 Apr 1]; Available from: <http://201.159.223.180/handle/3317/9976>
  25. Estudios De Posgrado S de, Cirugía de Cabeza Cuello Roberto Quijano Gutiérrez O. Protocolo Para el Abordaje Perioperatorio en la Reconstrucción de Pacientes con Tumores de Cabeza y Cuello. kerwa.ucr.ac.cr [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/82351/Protocolo%20para%20el%20abordaje%20perioperatorio%20en%20la%20reconstrucci%C3%B3n%20de%20pacientes%20con%20tumores%20de%20cabeza%20y%20cuello%20Tesis%20Roberto%20Quijano%20Guti%C3%A9rrez.pdf?sequence=1>
  26. Herrera EP. Calidad de servicio y satisfacción en la atención de los usuarios externos referidos en un hospital de asociación público privada. 2016-2017. 2019 [cited 2022 Apr 1]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10164>
  27. Hurtado-Guzmán A, ... FMC, 2020 undefined. Reconstrucción de gran defecto del labio superior con colgajo musculocutáneo. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Jun 7]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/cplast/2020/cp201.pdf#page=46>
  28. Tejerina-Botella C, ... FGHCP, 2017 undefined. Colgajo Sabattini-Abbe en H tumbada para reconstrucción de labio leporino bilateral secundario.



- SciELO Espana [Internet]. [cited 2022 Jun 7]; Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922017000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000200009)
29. Eguia A, CUELLO JS& CDCY, 2016 undefined. Reconstrucción de labio superior con doble colgajo de Karapandzic posterior a resección de un carcinoma basocelular. Reporte de un caso. 5232189226 [Internet]. [cited 2022 Jun 7]; Available from: <http://52.32.189.226/index.php/acorl/article/view/46>
  30. Salem C, Gorrón R, Cirugía CM del VC de, 2018 undefined. Reconstrucción labial: principios y técnicas. revistas.uach.cl [Internet]. [cited 2022 Jun 7]; Available from: <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2331>
  31. Oncología ACRV de, 2017 undefined. Uso de colgajo microvascular osteomiocutáneo de fíbula para reconstrucción de hemipalatomaxilectomía. redalyc.org [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375652706009/375652706009.pdf>
  32. medicamento JSP actual del, 2020 undefined. Espumas cutáneas en formulación magistral. dialnet.unirioja.es [Internet]. [cited 2022 Apr 1]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7463030>
  33. Cuello DDLT y C de C y, 2015 undefined. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. books.google.com [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=7VL4NF\\_jMGoC&oi=fnd&pg=PA3241&dq=VERSATILIDAD+DEL+COLGAJO+CUT%3%81NEO+MUCOSO+PEDICULADO+DE+ARTERIA+FACIAL+PARA+RECONSTRUCCI%3%93N+labios&ots=7dOcDYOW2m&sig=nnyTAvEsZEXrycBVN\\_qtThgXr0Y](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=7VL4NF_jMGoC&oi=fnd&pg=PA3241&dq=VERSATILIDAD+DEL+COLGAJO+CUT%3%81NEO+MUCOSO+PEDICULADO+DE+ARTERIA+FACIAL+PARA+RECONSTRUCCI%3%93N+labios&ots=7dOcDYOW2m&sig=nnyTAvEsZEXrycBVN_qtThgXr0Y)
  34. Huarcaya MC. Usos del músculo pectoral mayor como unidad muscular o miocutánea en colgajos pediculados en el INEN. Junio 2002-mayo 2003. 2004 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1857>
  35. Romero-Espinosa J, ... A del VTC, 2021 undefined. Versatility of Estlander flap in lip reconstruction. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=97677>
  36. Espinosa MM, ... JPJCPI, 2019 undefined. Colgajo submentoniano: aplicaciones clínicas y variantes en su diseño. SciELO Espana [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922019000400009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922019000400009)
  37. Ferrer AD, ... FAGRE, 2004 undefined. Reconstrucción compleja de la cavidad oral mediante dos colgajos simultáneos de peroné y radial.

SciELO Espana [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582004000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582004000500004)

38. Maxillofacial ZGLAJ of O and, 2021 undefined. El colgajo en isla submental: una alternativa en la reconstrucción orofacial. Descripción de la técnica y reporte de casos. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101913>
39. Peñaloza JAA, Arias-Ortiz N, López-Guarnizo G, González M, Barrera CA, Castillo JS, et al. Reconstrucción total de labio superior con colgajo musculocutáneo nasolabial de orbicularis oris bilateral. Elsevier [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 7]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012390151370163X>
40. Romero-Espinosa J, ... ADVTC, 2021 undefined. Versatilidad del colgajo Estlander en reconstrucción de labio. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Jun 7]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97677>
41. López F, Cosmética OV..., y M, 2015 undefined. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. medigraphic.com [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 7]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57443>



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Mónica Gissel Salcedo Faytong, con C.C: #1205103169 autor(a) del trabajo de titulación: "VERSATILIDAD DEL COLGAJO CUTÁNEOMUCOSO PEDICULADO DE ARTERIA FACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN LABIO SUPERIOR O INFERIOR EN HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL, previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de octubre de 2015

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Mónica Gissel Salcedo Faytong  
C.C: 1205103169



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	VERSATILIDAD DEL COLGAJO CUTÁNEOMUCOSO PEDICULADO DE ARTERIA FACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CON PERDIDA DE SUSTANCIA EN LABIO SUPERIOR O INFERIOR EN HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL		
AUTOR(ES)	MD. MÓNICA GISSEL SALCEDO FAYTONG		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DRA. PRISCILA JARAMILLO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA		
TITULO OBTENIDO:	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de junio del 2022	No. DE PÁGINAS:	50
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía plástica, reconstrucción labial, colgajo cutáneo mucoso pediculado de la Arteria facial.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Colgajo cutáneo mucoso pediculado de la Arteria facial, reconstrucción, eficacia, secuelas.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p><b>Antecedentes:</b> La presente investigación tiene como objetivo evaluar la versatilidad del colgajo cutáneo mucoso pediculado de la Arteria facial para reconstrucción de defectos con pérdida de sustancia en labio superior o inferior en hospital oncológico Solca guayaquil. <b>Materiales y Métodos:</b> La presente investigación tiene un tipo de investigación observacional, de tipo retrospectivo – transversal y tiene un enfoque descriptivo – explicativo. Tiene un diseño de investigación que se refiere a un estudio de casos de los pacientes con diagnóstico de cáncer de piel que fueron sometidas a resección tumoral + reconstrucción de labio superior o inferior con colgajo cutáneo mucoso. <b>Resultados:</b> De acuerdo a los resultados obtenidos, con relación al porcentaje de defecto, el 56% presentó entre 21 a 40%, el 22% presentó entre 41 a 60%, el 17% se ubicó menor al 20% y el 6% estuvo entre el 80 al 100%, haciendo énfasis que este tipo de colgajo es muy versátil y tiene bastante aceptación porque su utilidad puede ayudar a corregir las necesidades de los pacientes, con relación al tipo de secuela, el 39% no presentó novedades, el 17% presentó cicatriz hipertrófica, el 33% se ubicó entre lesión sobrellevada, leve limitación y recidiva, y finalmente el 12% presentó defecto anatómico y fistulas. <b>Conclusiones:</b> El colgajo cutáneo mucoso de avance pediculado de la arteria facial, representa una excelente opción para el cirujano plástico ya que la morbilidad es mínima y la técnica es reproducible con requerimientos básicos.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	<input checked="" type="checkbox"/> Teléfono: +593-984913074 <input type="checkbox"/>	E-mail: monica.salcedo@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Landivar Varas Javier		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			