

# Reconstrucción facial con rotación de colgajo de músculo pectoral mayor

*Facial reconstruction with rotation of the pectoralis major muscle flap*

Yolanda Herrera<sup>(1)</sup>, Brandon Hernández<sup>(1)</sup>, Carlos Valladares<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

**Autor corresponsal:** Dra. Ana Yolanda Herrera, [anayoliherrod@gmail.com](mailto:anayoliherrod@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i1.259>

**Recibido:** 8 de Septiembre 2020      **Aceptado:** 27 de Marzo 2021

## Resumen

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años de edad, admitido al servicio de emergencia de cirugía de adultos, con herida por proyectil de arma de fuego (disparo con escopeta al rostro). Al examen físico, presenta pérdida de la continuidad en mejilla izquierda de espesor total, de 12 x 7 cm, involucrando hueso maxilar y rama mandibular izquierda. Se realiza reconstrucción facial con rotación de colgajo pediculado de músculo pectoral mayor. Paciente egresa en condiciones satisfactorias.

**Palabras clave:** Colgajo pectoral, reconstrucción facial.

## Abstract

The case of a 17-year-old male patient, admitted to the adult surgery emergency service, with a gunshot wound (shotgun to the face). On physical examination, he presented loss of continuity in the left cheek of full thickness, 12 x 7 cm, involving the maxillary bone and the left mandibular branch. Facial reconstruction was performed with rotation of a pedicled flap of the pectoralis major muscle. Patient is discharged in good condition.

**Key words:** Pectoral flap, facial reconstruction.

## Introducción

En 1979 se produce un gran avance en la cirugía reconstructiva de cabeza y cuello cuando se describe por primera vez el colgajo miocutáneo de pectoral mayor (CMPM).[1,2] El músculo pectoral mayor es grueso, resistente y ancho, en forma de abanico que recibe irrigación por medio de la arteria tóracoacromial e inervación por nervios pectorales medial y lateral.[3] El pedículo lleva su propia irrigación conservándolo desde su origen. También permite un cierre primario adecuado de la zona donante.[4] En el presente caso, el volumen permitió mejor estética, corrigiendo la pérdida de continuidad, ya que se utilizó un injerto de piel parcial, disminuyendo así la prominencia y garantizando la supervivencia cutánea.

## Presentación de caso

Paciente masculino de 17 años de edad, ingresado al servicio de emergencia de nuestro hospital, con área cruenta y exposición ósea en mejilla izquierda, secundaria a una herida por proyectil de arma de fuego, en zona III de cuello, con compromiso maxilar y mandibular. Luego de su estabilización, conjuntamente con el departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, en un primer tiempo quirúrgico, se colocaron tutores externos; se efectuó lavado y desbridamiento del área cruenta; se cerró por planos recanalizando el conducto de Stenon; se colocó arcos de Erich corridos, superiores e inferiores; se realizó traqueostomía abierta y gastrostomía tipo Stamm. Después de 5 días en Cuidados Críticos, Cirugía Oral y Máxilofacial, conjuntamente con Oftalmología colocaron tutores externos, recanalizaron vía lagrimal de ojo izquierdo con cola de cerdo. (Fig.1) Paciente fue trasladado a la unidad de cirugía plástica para curaciones, antibioticoterapia y preparación de área receptora. El día 42 de ingreso, se llevó a sala de operaciones para la realización de una reconstrucción facial mediante la rotación de un colgajo pediculado de pectoral mayor y la toma y colocación de injerto de piel de espesor parcial.



**Fig. 1: Herida facial por proyectil de arma de fuego. A:** pérdida de la continuidad con exposición ósea. **B:** fijación de fracturas con tutores externos. **C:** colgajo pectoral específico.



**Fig. 2: Colgajo pectoral y resultado. D: Colgajo pectoral específico E: Fijación de colgajo pectoral en área receptora F: Paciente recuperado.**

Técnica quirúrgica: Se inicia tiempo quirúrgico regularizando bordes de área cruenta liberando las áreas de contractura, posteriormente se procede a marcar colgajo pectoral. Se realiza una incisión en hemitórax izquierdo desde el origen de la apófisis coracoides y con un trayecto oblicuo descendente medial al complejo areola-pezones hasta la 7ma costilla, la cual involucra piel y tejido celular subcutáneo hasta fascia de músculo pectoral mayor. Se marca tamaño de colgajo, se procede a disecar y liberar el músculo pectoral mayor en 2 niveles: prepectoral, subfascial y retropectoral. Liberando además el músculo de sus inserciones en costillas y en región humeral, respetando el músculo pectoral menor, seguidamente se localiza la rama pectoral de la arteria tóracoacromial preservándola para la posterior irrigación del colgajo. Se crea túnel subcutáneo con disección roma, a través del cuello comunicando con área cruenta, se procede al diseño del colgajo definitivo, para lo cual se valoran 2 aspectos: la distancia y el ángulo de rotación hasta el lecho receptor y el tamaño del mismo. Con esto, se diseña un colgajo específico evitando la disección completa del pectoral (Fig.1C). Se rota colgajo manteniendo la dirección del pedículo y ubicándolo en la posición final libre de tensión, se fija colgajo en área receptora mediante puntos continuos con sutura reabsorbible. Se toma injerto de piel de espesor parcial con dermatomo eléctrico, tomando como área donadora el muslo derecho, se procede a fijar injerto con sutura absorbible tipo catgut crómico 4-0 cortante con puntos continuos. Por último, con el fin de evitar el síndrome de Poland secundario y mantener el pliegue axilar anterior, se reinserta el remanente lateral del pectoral mayor al pectoral menor y a la pared costal. Para culminar se cierra área en tórax por planos dejando previamente drenajes por vacío. Se cubre injerto con gasa vaselinada, algodón húmedo y apósitos para posteriormente poder descubrir área en 3 días. A los 3 días se omitió drenajes y se descubrió injerto. Paciente egresa satisfactoriamente 3 semanas después.

## Discusión

Desde la primera descripción del colgajo miocutáneo de pectoral mayor en 1979, la técnica ha sufrido múltiples variaciones por las numerosas desventajas relacionadas a deformidades, tanto en la región donante como en la receptora, estas modificaciones han permitido reducir el tamaño de la isla cutánea y adecuada rotación de la isla, minimizando así el riesgo de necrosis de la misma, al incluir perforantes que garanticen esa viabilidad.[2] En el presente caso se utilizó la técnica empleando un injerto de piel de espesor parcial, con el objetivo de disminuir el volumen de la isla cutánea, eliminando la presencia de tejido celular subcutáneo, y de esta forma garantizar la supervivencia cutánea al evitar fuerzas de cizallamiento de piel con respecto del músculo, que pueden lesionar las ramas perforantes; además de permitir una adecuada vascularización en toda la superficie, al estar el injerto en contacto directo con la superficie muscular.[2] Se considera un gran avance de la cirugía reconstructiva que facilita el procedimiento en un solo tiempo quirúrgico y con baja morbilidad, puede utilizarse independientemente del estado de los tejidos,[1] convirtiéndose en un colgajo de elección para muchos cirujanos de cabeza y cuello, demostrando en múltiples series, que posibilita un aporte de tejido sano y vascularizado que evita retracciones cicatrízales en reconstrucciones de cavidad oral y tejidos blandos.[4]

## Referencias bibliográficas / References

1. Virós D, León X, López M, Pujol A, Masiá J, Quer M. Colgajo de pectoral mayor: evolución de su uso en la era de los colgajos microanastomosados. *Acta Otorrinolaringol Esp.* [Internet]. 2008 [citado 2020 Ago 18]; 56(6): 263-8.
2. García R, Márquez J, Tejerina C, Godoy F, Noval C, García R. et al. Nuestra técnica de colgajo miocutáneo de pectoral mayor para reconstrucción de defectos cervicales. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Ago 18]; 43(3): 285-293.
3. Dagnino B, Cifuentes I, Salisbury C. reconstrucción de cabeza y cuello. *Revista médica clínica Las Condes.* [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 18]; 27(1): 29-37.
4. Vendrell J, Zapater E, Ferrandis E, Estellés E, Brotons S. Colgajo pediculado de pectoral mayor: nuestra experiencia en 76 casos consecutivos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* [Internet]. 2002 [citado 2020 Ago 18]; 53: 39-45.