

Reconstrucción facial en paciente añoso con carcinoma escamoso: importancia de la estrategia quirúrgica en la elección del colgajo

Facial reconstruction in an elderly patient with squamous cell carcinoma: importance of the surgical strategy in the choice of flap

Dra. Julieta Czarnitzki^{1,4}, Dra. Margarita Castro^{2,4}, Dr. Guillermo Calderan^{2,3,4}

RESUMEN

El carcinoma escamoso cutáneo es el segundo tumor maligno de piel más frecuente y afecta predominantemente áreas foto expuestas, en particular la región facial. Su tratamiento quirúrgico implica el desafío de lograr márgenes oncológicos adecuados sin comprometer la función ni la estética. Los colgajos locales constituyen una herramienta fundamental para la reconstrucción facial, permitiendo resultados confiables con bajo índice de complicaciones. Se presenta el caso de una paciente añosa con carcinoma escamoso de mejilla tratado mediante resección completa y reconstrucción inmediata con colgajo de avance.

Palabras clave: carcinoma escamoso cutáneo, reconstrucción facial, márgenes oncológicos, colgajo de avance.

ABSTRACT

Cutaneous squamous cell carcinoma is the second most common skin malignancy and predominantly affects sun-exposed areas, particularly the face. Surgical management requires achieving adequate oncologic margins while preserving both function and aesthetics. Local flaps play a central role in facial reconstruction, providing reliable coverage with favorable cosmetic outcomes. We report the case of an elderly patient with cheek squamous cell carcinoma treated with complete excision and immediate reconstruction using an advancement flap.

Keywords: Cutaneous squamous cell carcinoma; facial reconstruction; oncologic margins; advancement flap.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):026-029. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0026-0029](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0026-0029)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso cutáneo es el segundo tumor maligno de piel más frecuente y presenta una marcada predilección por las áreas fotoexpuestas, especialmente la cara, lo que lo convierte en una patología de alta relevancia en la práctica quirúrgica diaria¹. Su localización facial representa un desafío, ya que requiere obtener márgenes oncológicos adecuados sin comprometer la función ni la estética.

La cara se divide en unidades estéticas bien definidas, cuyo conocimiento resulta fundamental al planificar la reconstrucción, permitiendo disimular cicatrices y preservar la armonía facial². Dentro de estas unidades, la mejilla constituye una de las regiones más extensas y frecuentemente comprometidas por neoplasias cutáneas, por lo que la elección del colgajo debe individualizarse según el tamaño y la localización del defecto².

Asimismo, la laxitud cutánea y el contorno facial varían de acuerdo con la edad y el sexo, otorgando diferentes posibilidades de movilización tisular. Este aspecto es particularmente relevante en las subunidades infraorbitaria y cigomática, donde la cercanía al párpado inferior obliga a extremar los recaudos para evitar complicaciones como el ectropión y preservar la simetría facial².

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 94 años, con lesión ulcerada, granular y sangrante en región malar izquierda de aproximadamente 2 cm de diámetro, de seis meses de evolución (**Figura 1**). La biopsia incisional informó carcinoma escamoso cutáneo.

Se realizó resección amplia de la lesión con márgenes oncológicos, los cuales fueron confirmados intraoperatoriamente mediante estudio por congelación, obteniéndose un defecto cutáneo de aproximadamente 4 cm de diámetro (**Figuras 3 y 4**). Para la reconstrucción se diseñó un colgajo de avance local, respetando las líneas de tensión cutánea. Se efectuó disección en plano subcutáneo, avance del colgajo hacia el defecto y cierre por planos (**Figuras 4, 5 y 6**).

La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada vitalidad del colgajo y resultado estético-funcional satisfactorio (**Figuras 7, 8, 9 y 10**). El informe anatómopatológico definitivo confirmó carcinoma escamo-

1. Residente de Cirugía General.
2. Cirujana Plástica.
3. Miembro adherente SACPER y Jefe de Servicio de Cirugía Plástica Policlínico del Docente.
4. Servicio de Cirugía Plástica, Policlínico del Docente – CABA, Argentina.

✉ **Correspondencia:** Dra. Julieta Czarnitzki. julietaczarnitzki@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 24/09/2025 | Aceptado: 28/11/2025



Figura 1. Carcinoma escamoso en mejilla.



Figura 2. Esquema preoperatorio y marcación de margen de seguridad.



Figura 3. Carcinoma escamoso exofítico. Marcación en hora 12. Lodge quirúrgica previa a resección de lesión.



Figura 4. Carcinoma resecado previa confección de colgajo de avance. La anatomía patológica por congelación confirmó la resección total de la lesión con márgenes libres.

so acantolítico de 2,2×1,7×1,6 cm, con lesión central ulcerada de 1,3 cm de diámetro, márgenes laterales y profundo libres.

DISCUSIÓN

La resección de carcinomas escamosos en la cara plantea el desafío de alcanzar un adecuado control oncológico sin alterar la armonía facial. En este contexto, los colgajos locales constituyen una herramienta reconstructiva fundamental, ya que permiten utilizar tejidos adyacentes con características similares de color, textura y espesor³.

Los colgajos de avance representan una técnica sencilla, versátil y confiable para la reconstrucción de defectos pequeños a medianos en la región facial, ofreciendo una excelente vascularización y resultados estéticos satisfactorios, con un bajo índice de complicaciones cuando se respetan los principios anatómicos^{3,4}.

El conocimiento detallado de la anatomía facial resulta imprescindible para una adecuada planificación reconstructiva. Entre los principales factores a considerar en la elección del colgajo se incluyen el tamaño del defecto, su localización y la laxitud tisular disponible. Los colgajos de avance suelen presentar una relación largo-ancho de 2:1 o incluso 1:1; sin embargo, pueden generar excesos cutáneos conocidos como “orejas de perro”, los cuales deben ser previstos y corregidos mediante técnicas complementarias como la escisión de triángulos de Burow^{3,5}.

En el caso presentado, el colgajo de avance permitió una adecuada cobertura cutánea, con una cicatriz alineada a las líneas de tensión natural de la piel, aprovechando la laxitud tisular adyacente y preservando la simetría facial. A pesar del compromiso inicial del párpado inferior, la paciente evolucionó favorablemente con manejo conservador, sin presentar complicaciones mayores.



Figura 5. Disección y diseño del colgajo de avance.



Figura 6. Confección de colgajo de avance.



Figura 7. Primera semana postoperatoria. Edema, hematoma y ectropión.



Figura 8. Segunda semana postoperatoria. Resolución del hematoma. Edema y ectropión en mejoría.

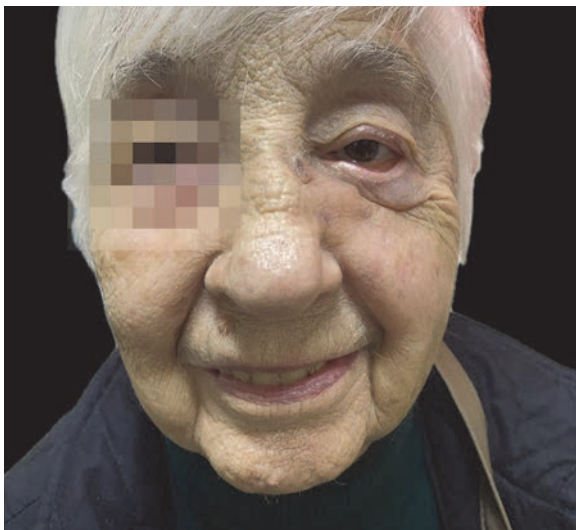


Figura 9. Tercera semana postoperatoria.

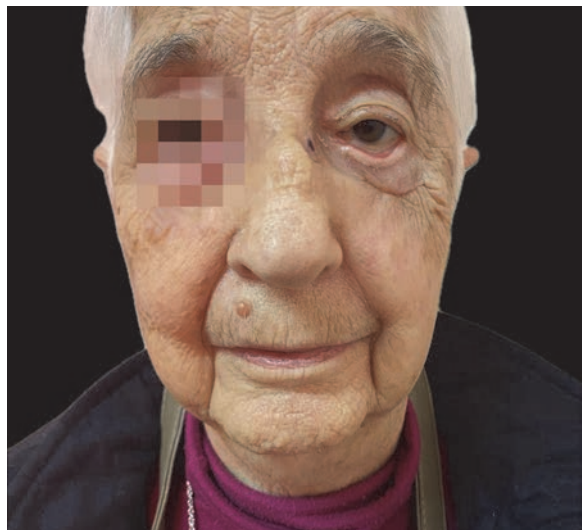


Figura 10. Resultado satisfactorio.

CONCLUSIÓN

El colgajo de avance constituye una alternativa reconstructiva eficaz y confiable para la reparación de defectos en la mejilla posteriores a la resección oncológica,

permitiendo un adecuado control tumoral y resultados estéticos y funcionales satisfactorios. Su simplicidad técnica, reproducibilidad y bajo índice de complicaciones lo posicionan como una opción de primera línea en pacientes añosos con carcinoma escamoso facial^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alam M, Armstrong A, Baum C, Bordeaux JS, Brown M, Busam KJ, et al. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(3):560-578.
2. Unidad estética de la mejilla: retos en su reconstrucción. *Piel (Barc).* 2024.
3. Baker SR. *Local flaps in facial reconstruction.* 3rd ed. Elsevier; 2014.
4. Park SS. Flap techniques for facial reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017;25(3):347-356.
5. Cortés A, Cartes-Velásquez R, Ramírez V. Uso de colgajos locales en cirugía bucal. *Int J Odontostomat.* 2021;15(2):285-293.