



## CARTA AL EDITOR

### Un comentario acerca del colgajo submentoniano en la reconstrucción de cabeza y cuello

Medellín, Colombia  
14 de noviembre de 2022

Doctora  
Mónica Bejarano  
Editora  
Revista Colombiana de Cirugía  
Bogotá, D.C., Colombia

Respetada doctora Bejarano:

Se ha estudiado con sumo interés el manuscrito de Ramírez-Cuellar et al: “**Colgajo submentoniano en la reconstrucción de cabeza y cuello**”<sup>1</sup> que incluyó 21 pacientes y tuvo por objetivo comparar la experiencia del colgajo del territorio de la arteria submentoniana (CTAS), describir las complicaciones relacionadas con el uso del colgajo y los resultados oncológicos y tardíos y puntualizan que el colgajo de la arteria submentoniana ha evidenciado resultados favorables dado su uso versátil, amplio arco de rotación, color y baja morbilidad del sitio donante.

En el estudio de Hamidian-Jahromi et al<sup>2</sup> se contó con 528 pacientes, se identificaron 9 casos de necrosis parcial del colgajo (1,7 %), 27 casos de necrosis completa del colgajo (5,1 %), 6 casos de daño reversible del nervio marginal mandibular (1,1 %) y ningún caso de daño irreversible del nervio marginal mandibular. Se cree que la inclusión única del músculo digástrico o tanto del

músculo digástrico como del milohioideo brinda protección a las arterias perforantes que irrigan el colgajo. Incluso, en algunas series donde se excluye el músculo milohioideo, se observó que puede presentarse una falla parcial del colgajo hasta del 20 % y un falla total del colgajo casi de un 10 %.

Chow et al<sup>3</sup>, describieron un nuevo diseño y aplicación de colgajo, en el cual, el músculo milohioideo se incluyó en el colgajo (40 %) para fortalecer la perfusión, no obstante, no se observó morbilidad extra al sacrificar el músculo. Es así como concluyeron que, el CTAS es una opción reconstructiva adecuada en pacientes seleccionados luego de que hayan sido sometidos a una cirugía ablativa por neoplasia maligna y agresiva de cabeza y cuello.

Paydarfar et al,<sup>4</sup> midieron la comorbilidad de los pacientes que serían sometidos a un colgajo submentoniano por medio del “Adult Comorbidity Evaluation 27 (ACE-27)”, herramienta validada para pacientes con cáncer. Las condiciones comórbidas se clasifican como ninguna (0), leve (1), moderada (2) o grave (3). De 58 pacientes que se sometieron a la cirugía con edades entre 28-88 años y una de media de edad de 62,7 años hubo un total de 53 % con comorbilidad leve o nula, 31 % tenían comorbilidades moderadas y 16 % tenían comorbilidad grave. Las puntuaciones del índice ACE-27  $\geq 2$  fueron el único factor predictivo para las complicaciones médicas. Finalmente, se concluyó que, el ACE-27 y las comorbilidades medidas por el mismo logran tener una fuerte predicción para determinar las posibles complicaciones médico-quirúrgicas del colgajo; además, la identificación precoz de aquellos pacientes de alto riesgo puede ayudar a ser más minuciosos para

**Palabras clave:** neoplasias de cabeza y cuello; cirugía general; colgajo miocutáneo; trasplante; procedimientos quirúrgicos operativos.

**Keywords:** head and neck neoplasms; general surgery; myocutaneous flap; transplantation; surgical procedures operative.

determinar la vigilancia estricta de las posibles complicaciones postoperatorias y la necesidad de intervenciones tempranas (p. ej: traqueotomía profiláctica).

Siendo así, el CTAS ha evolucionado, permitiendo ampliar el abanico de aplicaciones más específicas y novedosas. Los resultados son prometedores, confiables y es una opción segura en las cirugías reconstructivas de cabeza y cuello y orofaciales, añadiendo buenos resultados, tanto funcionales como estéticos. Es pertinente reconocer la falta de estudios que caractericen pacientes e identifiquen factores pronósticos asociados en nuestro medio. Evaluar las posibilidades de acceso rápido y oportuno a equipos quirúrgicos capacitados y multidisciplinarios es ahora apremiante para la cirugía colombiana.

## Referencias

1. Ramírez-Cuellar AT, Sánchez-Jiménez W, Latorre-Quintana M. Colgajo submentoniano en la reconstrucción de cabeza y cuello. *Rev Colomb Cir.* 2022;37:580-7. <https://doi.org/10.30944/20117582.1872>
2. Hamidian-Jahromi A, McClure LJ, Horen SR, Konofaos P. Comprehensive review of the submental flap in head and neck and facial reconstruction: What plastic surgeons need to know. *J Craniofac Surg.* 2021;32:2406-10. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000007930>
3. Chow TL, Kwan WWY, Fung SC, Ho LI, Au KL. Reconstruction with submental flap for aggressive orofacial cancer- an updated series. *Am J Otolaryngol.* 2018;39:693-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.07.014>
4. Paydarfar JA, Kahng PW, Polacco MA, Zhao W. The submental island flap in head and neck reconstruction: A 10-year experience examining application, oncologic safety, and role of comorbidity. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2022;7:361-8. <https://doi.org/10.1002/lio2.741>

**Jorge Andrés Castrillón-Lozano** 

Av. Colombia #41-26, La Candelaria, Medellín, Colombia.

[jorge.castrillon@campusucc.edu.co](mailto:jorge.castrillon@campusucc.edu.co)

**Juan Andrés Lozano-Arce** 

Av. Colombia #41-26, La Candelaria, Medellín, Colombia.

[juan.lozanoarce@campusucc.edu.co](mailto:juan.lozanoarce@campusucc.edu.co)