







## COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

---

### USOS DEL COLGAJO DERMOPLATISMAL EN FARINGOLARINGECTOMÍA

#### *The Use of the Myocutaneous Platysma Flap in Pharyngolaryngectomy*

María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ   
Marta ALONSO-MESONERO ; Marta JUSTEL-NUEVO ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

*Correspondencia: malvarezalvare@saludcastillayleon.es*

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: La reconstrucción del defecto primario es un componente esencial del tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello. El colgajo miocutáneo de platysma fue introducido en 1978. Sin embargo y pese a sus numerosas ventajas quedó eclipsado en un primer lugar por el colgajo de pectoral mayor (Ariyan, 1979) y posteriormente por los colgajos libres microvasculares.

**Método:** Presentamos los casos de cuatro pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio en los que se empleó el colgajo dermoplatismal para la reconstrucción.

**Resultados:** CASO 1: Varón de 70 años, en seguimiento ORL por carcinoma epidermoide hipofaríngeo derecho tratado con radioterapia radical, con persistencia local. En hipofaringoscopia con biopsia se evidenció la presencia de carcinoma epidermoide infiltrante en la región de los tres repliegues derechos que se extendía a la vertiente anterior, interna y antero-externa del seno piriforme ipsilateral. Se realizó laringectomía total con faringectomía parcial derecha y colgajo dermoplatismal izquierdo en noviembre de 2020.

CASO 2: Varón de 69 años con antecedente de carcinoma epidermoide de faringe intervenido en 2015 y carcinoma epidermoide faringolaríngeo tratado con RT+QT. En 2021 se evidenció recidiva de carcinoma epidermoide de base de lengua izquierda, realizándose en febrero de 2021 faringectomía parcial izquierda con resección de base de lengua y reconstrucción con colgajo dermoplatismal.

CASO 3: Varón de 54 años que presentaba tumoración infiltrante en región supraglótica izquierda que infiltraba base de lengua izquierda, vallécula, repliegue faringoepiglótico izquierdo, músculo constrictor superior y fosa amigdalina izquierda y se exteriorizaba a través de membrana tirohioidea e infiltra yugular

interna. Fue intervenido en junio de 2021 de laringectomía total ampliada a base de lengua con amigdalectomía izquierda ampliada y colgajo dermoplatismal derecho.

CASO 4: Varón de 59 años con carcinoma epidermoide de orofaringe tratado con RTQT en 2021. Presenta persistencia faríngea y adenopatías patológicas derechas e izquierdas pese al tratamiento, por lo que en mayo de 2022 es intervenido de glosectomía subtotal, orofaringectomía izquierda, parotidectomía total derecha, vaciamiento radical derecho y funcional izquierdo, con reconstrucción con colgajo dermoplatismal izquierdo y pectoral mayor derecho.

Discusión y conclusiones: Las ventajas del colgajo dermoplatismal incluyen la facilidad de acceso al sitio donante al encontrarse en el mismo campo quirúrgico, la mínima morbilidad y facilidad para el cierre primario del sitio donante, así como el tamaño apropiado del colgajo para la mayoría de los defectos (hasta 70cm<sup>2</sup>). Se ha demostrado que es una alternativa útil en el cierre de defectos de cabeza y cuello y debería formar parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano de cabeza y cuello que trabaje en el campo de la oncología.

PALABRAS CLAVE: colgajo dermoplatismal; faringolaringectomía; reconstrucción; oncología.

SUMMARY: Introduction and objective: Reconstruction of the primary defect is an essential component of the surgical treatment of head and neck cancer. The myocutaneous platysma flap was introduced in 1978. However, despite its numerous advantages, it was first overshadowed by the pectoralis major flap (Ariyan, 1979) and later by microvascular free flaps.

Method: We present the cases of four patients who underwent surgery in our service in which the myocutaneous platysmal flap was performed for reconstruction.

Results:: CASE 1: A 70-year-old male, undergoing ENT follow-up for right hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with radical radiotherapy, with local persistence. Hypopharyngoscopy with biopsy revealed the presence of infiltrating squamous cell carcinoma in the region of the three right folds that extended to the anterior, internal, and antero-external slopes of the ipsilateral piriform sinus. Total laryngectomy with right partial pharyngectomy and left myocutaneous platysmal flap was performed in November 2020.

CASE 2: A 69-year-old male with a history of squamous cell carcinoma of the pharynx who underwent surgery in 2015 and squamous cell carcinoma of the pharynx treated with RT+CT. In 2021, there was evidence of recurrence of squamous cell carcinoma of the left tongue base, and in February 2021 a left partial pharyngectomy was performed with resection of the tongue base and reconstruction with a myocutaneous platysmal flap.

CASE 3: A 54-year-old male presented with an infiltrating tumor in the left supraglottic region that infiltrated the base of the left tongue, vallecula, left pharyngoepiglottic fold, superior constrictor muscle, and left tonsillar fossa, externalizing through the thyrohyoid membrane and infiltrating the internal jugular vein. He underwent surgery in June 2021 for an extended total tongue-based laryngectomy with an extended left tonsillectomy and a right myocutaneous platysmal flap.

CASE 4: A 59-year-old male with squamous cell carcinoma of the oropharynx treated with RT+CT in 2021. He presents with persistence of the pharynx and pathological right and left adenopathies despite treatment, so in May 2022 he undergoes subtotal glossectomy, left oropharyngectomy, and total right parotidectomy, right radical neck dissection and left functional neck dissection, with reconstruction with left myocutaneous platysmal flap and right pectoralis major flap.

Discussion and conclusions: The advantages of the myocutaneous platysmal flap include ease of access to the donor site as it is in the same surgical field, minimal morbidity and ease of primary closure of the

donor site, as well as the appropriate size of the flap for most defects (up to 70cm<sup>2</sup>). It has been shown to be a useful alternative in the closure of head and neck defects and should be part of the therapeutic arsenal of any head and neck surgeon working in the field of oncology.

KEYWORDS: myocutaneous platysmal flap; pharyngolaryngectomy; reconstruction; oncology.