



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

**EXENTERACIÓN ORBITARIA DERECHA
POR CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON
ROTACIÓN DE MÚSCULO TEMPORAL Y AVANCE
DE COLGAJO DE MEJILLA**

**RIGHT ORBITAL EXENTERATION FOR SQUAMOUS CELL
CARCINOMA WITH TEMPORAL MUSCLE ROTATION AND
ADVANCEMENT OF CHEEK FLAP**

Mayra Beatriz Gómez Bernal

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, México

Jorge Alberto Robles Mercado

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, México

José Arturo Méndez Cárdenas

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, México

Diego Robles Villanueva

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, México

William Denis Rodríguez López

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10480

Exenteración Orbitaria Derecha por Carcinoma de Células Escamosas con Rotación de Músculo Temporal y Avance de Colgajo de Mejilla

Mayra Beatriz Gómez Bernal¹

mayra.gomezb2020@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6513-6433>

Residente de 3er Año de Cirugía General
Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Juan Graham Casasús
México

Jorge Alberto Robles Mercado

jorgearm76@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-1381-2132>

Residente de 4to Año de Cirugía General
Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Juan Graham Casasús
México

José Arturo Méndez Cárdenas

j.arturomndz@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3122-0949>

Residente de 3er Año de Cirugía General
Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Juan Graham Casasús
México

Diego Robles Villanueva

diegoroblesvillanueva@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-8480-5650>

Residente de 4to Año de Cirugía General
Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Juan Graham Casasús
México

William Denis Rodríguez López

wdenisrodriguez@hotmail.com

Médico adscrito al servicio de Cirugía Oncológica
Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Juan Graham Casasús
México

¹ Autor principal

Correspondencia: mayra.gomezb2020@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Reporte y análisis de un caso de carcinoma de células escamosas en el globo ocular derecho tratado mediante exenteración orbitaria con rotación de músculo temporal y avance de colgajo de mejilla. **Descripción del caso:** Masculino de 73 años, quien inicia 4 años previos a su ingreso con disminución paulatina de la agudeza visual derecha con posterior aparición de tumoración en globo ocular derecho hasta la deformación de este con aparición de úlceras exudativas con extensión hacia párpado superior y epicanto interno. Es enviado de su centro de salud a la consulta externa de oftalmología donde es valorado y posteriormente referido al servicio de cirugía oncológica por tumoración ocular de gran tamaño y extensión. Durante su internamiento se realiza biopsia de párpado derecho con reporte de carcinoma epidermoide no queratinizante infiltrante en dermis papilar moderadamente diferenciado. Con resultado previo de biopsia se ingresa a quirófano evidenciando enorme tumor exofítico que ocupa la totalidad de la órbita derecha, sin identificarse el globo ocular, sin infiltración a hueso y ausencia de adenomegalias y se decide realizarle exenteración total del globo ocular y su contenido incluyendo los párpados, con rotación de músculo temporal y avance de colgajo de mejilla. Posterior al acto quirúrgico se vigiló la vitalidad del colgajo de avance además de recibir manejo antibiótico para evitar infección de tejidos cutáneos asociada a cuidados de la salud, se mantuvo en vigilancia 5 días con adecuada evolución y fue egresado para seguimiento por consulta externa. **Conclusión:** el carcinoma de epidermoide (células escamosas) en el globo ocular es una entidad rara poco descrita en la literatura mundial. Su tratamiento dependerá de la extensión del tumor. Debido a la escasa información disponible se deberá dar manejo de manera individualizada a cada paciente valorando a necesidad de tratamiento adyuvante. Dentro de los factores de riesgo que se encuentran en esta entidad, se relacionan con el sexo masculino, edad avanzada, y la exposición solar siendo los que tienen mayor relevancia en esta patología. Dado que en algunas ocasiones al inicio de la enfermedad se observan aspectos de benignidad como es el caso de una escleroqueratitis; es de vital importancia tener en cuenta nuestros factores de riesgo para sospechar de una patología de alto impacto como lo es un carcinoma y así poder hacer un diagnóstico certero y rápido, ya que, aunque la evolución es lenta, puede presentar un avance completo hacia la órbita como es el caso de nuestro paciente, condicionando la necesidad de un tratamiento más agresivo afectando la anatomía y funcionalidad del paciente, así como su desarrollo psicosocial. Al ser la exenteración orbitaria parte del tratamiento de elección en este tipo de casos avanzados, debemos de tener en cuenta que para tener un tratamiento quirúrgico eficaz y con buen pronóstico para el paciente debemos de implementar la utilización de uno o más tipos de colgajos para el cierre de defectos y darles a nuestros pacientes un mejor estilo de vida.

Palabras clave: células escamosas, carcinoma epidermoide, tumor ocular, colgajo temporal, colgajo de avance

Artículo recibido 20 febrero 2024

Aceptado para publicación: 25 marzo 2024



Right Orbital Exenteration for Squamous Cell Carcinoma with Temporal Muscle Rotation and Advancement of Cheek Flap

ABSTRACT

Objective: Report and analysis of a case of squamous cell carcinoma in the right eye globe treated through orbital exenteration with temporal muscle rotation and advancement of cheek flap. **Description of the case:** A 73-year-old male, who began experiencing a gradual decrease in right visual acuity four years prior to admission, subsequently developed a tumor in the right eyeball leading to its deformation, along with the appearance of exudative ulcers extending towards the upper eyelid and internal epicanthus. He was referred from his primary health center to the outpatient ophthalmology clinic, where he was assessed and later referred to the oncological surgery department due to a large and extensive ocular tumor. During his hospitalization, a biopsy of the right eyelid was performed, revealing a moderately differentiated infiltrating non-keratinizing squamous cell carcinoma in the papillary dermis. Based on the biopsy results, the patient underwent surgery, revealing an enormous exophytic tumor occupying the entire right orbit, with no identification of the eyeball, no infiltration into bone, and the absence of adenomegaly. A total exenteration of the eyeball and its contents, including the eyelids, was performed, with the rotation of the temporal muscle and advancement of a cheek flap. Following the surgical procedure, the viability of the advancement flap was monitored, and the patient received antibiotic management to prevent infection of cutaneous tissues associated with healthcare procedures. He was observed for 5 days with satisfactory progress and was discharged for follow-up in the outpatient clinic. **Conclusion:** Squamous cell carcinoma (epidermoid carcinoma) in the eyeball is a rare entity that is poorly described in the global literature. Its treatment will depend on the extent of the tumor. Due to the limited information available, management should be individualized for each patient, assessing the need for adjuvant treatment. Within the risk factors present in this entity, they are associated with male gender, advanced age, and sun exposure, with the latter being the most relevant in this pathology. Given that in some instances, at the onset of the disease, benign aspects may be observed, such as in the case of sclero-keratitis, it is of vital importance to consider our risk factors to suspect a high-impact pathology, such as carcinoma, and thus be able to make an accurate and prompt diagnosis. Even though the progression is slow, it can advance completely towards the orbit, as is the case with our patient, necessitating the need for a more aggressive treatment that affects the patient's anatomy, functionality, as well as psychosocial development. As orbital exenteration is part of the treatment of choice in these advanced cases, we must consider that for an effective surgical treatment with a good prognosis for the patient, we should implement the use of one or more types of flaps for defect closure, providing our patients with a better quality of life.

Keywords: scaly cells, squamous cell carcinoma, ocular tumor, temporal flap, advancement flap

INTRODUCCIÓN

La conjuntiva se trata de una membrana mucosa la cual va de la superficie interna de los párpados hasta la superficie anterior del globo ocular e histológicamente está compuesta de un epitelio estratificado no queratinizado (9).

Los tumores de la conjuntiva son el tipo más frecuente de tumores que existe en el ojo, siendo los epiteliales y melanocíticos los más comunes (9). Hablando de tumores malignos el carcinoma escamoso representa el tumor más frecuente de la conjuntiva (1). Este cuenta con una incidencia estimada de 0.02-3.5 por cada 100,00 habitantes (2,3) reportando una mayor incidencia en países tropicales debido a la mayor exposición a los rayos ultravioleta, mismo que se considera un factor de riesgo (1, 5). Otros factores de riesgo a tomar en cuenta son: sexo masculino, edad avanzada, tabaquismo, antecedentes de cáncer en la familia, antecedente de infección por VIH o virus del papiloma humano (VPH), exposición a derivados del petróleo, xeroderma pigmentoso e infecciones conjuntivales (1, 2, 3, 11). Hablando específicamente de su asociación con el VPH existen estudios en los cuales se ha encontrado la presencia del virus en hasta un 66.6% de los pacientes diagnosticados con carcinoma de células escamosas, siendo los tipos 16 y 18 los más comunes. (6)

En cuanto a su patogénesis se explica bien como desordenes en la maduración del epitelio que provocan lesiones displasias secundario a los factores predisponentes previamente descritos (2,3).

Para poder definirse como carcinoma de células escamosas este debe presentar una ruptura en la membrana basal de la conjuntiva, con infiltración del corion (5, 7). Típicamente este tumor se desarrolla en la zona de transición de la superficie ocular (4).

Clínicamente se presenta como una lesión de crecimiento lento, exofítica, sésil o pedunculada con 4 diferentes patrones morfológicos: papilomatoso, leucoplaquica, pigmentada, nodular o gelatinosa (1, 2, 3, 12). Generalmente aparecen como lesiones unilaterales, focales, teniendo como ubicación más frecuente el limbo corneoescleral nasal o temporal (11). El paciente suele referir enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y pérdida de la agudeza visual (3).

Para su diagnóstico se requiere el reporte histopatológico obtenido por biopsia, sin embargo, también puede ser necesaria la realización de un estudio de imagen como tomografía o resonancia magnética, si bien no para confirmar el diagnóstico, si para valorar la extensión y normar el tratamiento a seguir

(7). En algunos casos la presentación clínica se da como una escleroqueratitis, resultando en una demora en el diagnóstico debido a el solapamiento de los datos de alarma (4). La evolución del carcinoma escamoso es generalmente lenta y benigna, observándose infiltración orbitaria solo en un 12 a 16% de los casos y de un 2 a 8% cuando se trata de infiltración intraocular (10). La invasión orbitaria se da por extensión y la metástasis se da a través de los ganglios linfáticos, siendo los más frecuentes los preauriculares y cervicales anteriores (7).

El tratamiento de esta entidad patológica depende de la extensión, pudiendo ir desde la quimioterapia hasta la exenteración orbitaria (1). De manera clásica el tratamiento más usado es la resección quirúrgica de la lesión con un margen mínimo de 2 a 4mm de conjuntiva normal (10). Sin embargo, también se ha descrito el uso de quimioterapia tópica como un tratamiento inicial no descartando la necesidad de manejo quirúrgico (12). En caso de invasión intraocular se indica la enucleación y si se documenta la invasión orbitaria se indica la exenteración completa (10). Ahora bien, hablando de la reconstrucción, como es bien sabido el cáncer facial causa múltiples secuelas, siendo la reconstrucción estética un desafío (15). Cuando se realiza una cirugía oncológica de cabeza y cuello los cirujanos deben tener como objetivo curar la enfermedad, sin perder de vista el impacto estético y función del tratamiento (21).

Actualmente la reconstrucción con colgajos es una de las técnicas más utilizadas con muy buenos resultados (15). Gracias a estas técnicas se puede llevar a cabo un tratamiento más agresivo en la resección de tumores con un cierre primario del defecto (19).

La reconstrucción de defectos del área orbitomaxilomalar es representa un gran reto para los cirujanos (20). El uso del músculo temporal para la realización de un colgajo ha sido usado desde hace muchos para la reconstrucción de defectos craneofaciales, siendo una gran opción terapéutica debido a su basta vascularización y fácil transferencia (16, 17, 19). Este músculo tiene un tamaño de entre 9 a 10 cm con un grosor de 0.5 cm en la línea temporal y hasta 1.5 cm en el arco cigomático (19). Dentro de la técnica para la realización del colgajo es importante tomar el cuan el adecuado despegamiento subperióstico para evitar lesiones al pedículo vascular (19). Finalmente, de acuerdo con las necesidades el colgajo puede dividirse en una porción anterior y otra posterior o bien, ser usado de

manera completa (19). Es importante evitar la disección traumática del colgajo, así como evitar la sutura a tensión de este ya que estos son factores de riesgo para el desarrollo de necrosis (22).

La mejilla es una de las zonas más laxas de la cara, convirtiendo está en un excelente candidato como donante de un colgajo (15). En defectos del párpado, los colgajos de avance de mejilla son una gran opción terapéutica, y para defectos de mayor tamaño se puede extender dicho colgajo hacia abajo con un colgajo cérvico-facial (15). En muchas ocasiones la utilización de un solo colgajo para la reconstrucción no es suficiente, siendo necesaria la combinación de colgajos para el cierre de defectos (24).

caso clínico

Masculino de 73 años, de ocupación velador, diagnóstico de hipertensión arterial sistémica desde hace 20 años, sin otros antecedentes de importancia.

Inicia 4 años previos a su ingreso con disminución paulatina de la agudeza visual derecha con posterior aparición de tumoración en globo ocular derecho hasta la deformación de este con aparición de úlceras exudativas con extensión hacia párpado superior y epicanto interno. Es enviado de su centro de salud a la consulta externa de oftalmología donde es valorado y posteriormente referido al servicio de cirugía oncológica por tumoración ocular de gran tamaño y extensión.

A su ingreso a nuestra unidad, a la exploración física paciente despierto, cooperador al interrogatorio, escala de coma de Glasgow 15 (o: 4 v: 5 m: 6), adecuada coloración de piel y tegumentos, mucosas semihidratadas, pupila izquierda isocórica normorrefléctica, globo ocular derecho deformado protruido con pequeñas lesiones ulcerosas exudativas, sin movilización de músculos oculares, resto de exploración sin alteraciones o datos de importancia.

Se realiza TAC de cráneo en la cual se observa lesión que compromete globo ocular derecho con extensión a músculos oculares (Figura 1 y 2).

Por la lesión presentada se decide realizar una biopsia incisional de párpado obteniendo el diagnóstico de carcinoma epidermoide no queratinizante infiltrante de dermis papilar moderadamente diferenciado.

Se propone tratamiento quirúrgico mediante exenteración total del globo ocular: se inicia la cirugía con una incisión circunferencial a la órbita, dejando un margen de 1 cm alrededor del tumor existente.

Se profundiza la incisión hasta llegar a la parte ósea de la órbita, encontrando un enorme tumor exofítico que ocupa la totalidad de la órbita derecha, sin identificarse el globo ocular, sin infiltración a hueso, y ausencia de adenomegalias, se desperiostiza órbita y se introduce al interior realizando una exenteración total del globo ocular y su contenido incluyendo los párpados. Se pinza corta y liga el nervio óptico y la arteria oftálmica. Se extrae la pieza del campo operatorio (Figura 3). Se realiza rotación de músculo temporal para obturar el fondo de la órbita, teniendo que reseca el borde lateral externo de la órbita para lograr el traslado del músculo y se fija el músculo al tejido periorbitario. Se realiza avance de colgajo mejilla, se suturan los bordes de la piel por planos, dándose por concluido el acto quirúrgico.

Posterior al acto quirúrgico se vigiló la vitalidad del colgajo de avance (Figura 4 y 5), además de recibir manejo antibiótico para evitar infección de tejidos cutáneos asociada a cuidados de la salud, con colocación de sistemas de drenaje tipo Drenovac del cual se reportaban gastos menores a 80 cc en las primeras 24 horas, con disminución en los siguientes días, por lo que se mantuvo en vigilancia 5 días con adecuada evolución, y fue egresado con el retiro del drenaje acudiendo a los 12 días a la consulta externa para el retiro de las suturas, no hubo reporte de fiebre, infección de sitio o necrosis del mismo.

Según el estudio de histopatología de la pieza quirúrgica se reporta producto de exenteración de órbita derecha positivo a carcinoma de células escamosas. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos para tumor.

Figura 1. Corte sagital de TAC de cráneo



Figura 2. Corte axial de TAC de cráneo



Figura 3. Imagen de pieza quirúrgica



Figura 4. Rotación de músculo temporal y Colgajo de avance de mejilla con extensión cérvico-facial.



Figura 5. Colgajo de avance de mejilla



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un paciente masculino de edad avanzada con diagnóstico de carcinoma escamoso de la conjuntiva.

Los tumores corneo-conjuntivales tienen una amplia gama de condiciones tanto benignas como malignas (1).

El carcinoma de células escamosas de la conjuntiva es una entidad poco frecuente que representa el 33.5% de los tumores malignos del ojo con una incidencia baja (3, 7).

Dentro de los factores de riesgo se encuentran sexo masculino, exposición prolongada a los rayos UV, edad avanzada, con una mayor afección entre los 50 a 75 años (1). En nuestro caso el paciente se presenta a su diagnóstico con una edad de 73 años, entrando en la edad promedio de presentación de esta patología. Dado que en algunas ocasiones al inicio de la enfermedad se observan aspectos de benignidad como es el caso de una escleroqueratitis; es de vital importancia tener en cuenta nuestros factores de riesgo para sospechar de una patología de alto impacto como lo es un carcinoma y así poder hacer un diagnóstico certero y rápido, ya que, aunque la evolución es lenta, puede presentar un

avance completo hacia la órbita como es el caso de nuestro paciente, condicionando la necesidad de un tratamiento más agresivo afectando la anatomía y funcionalidad del paciente, así como su desarrollo psicosocial.

El tratamiento de esta entidad patológica depende de la extensión, pudiendo ir desde la quimioterapia hasta la exenteración orbitaria (1). En caso de invasión intraocular se indica la enucleación y si se documenta la invasión orbitaria se indica la exenteración completa (10). En nuestro paciente se presenta una enfermedad localmente avanzada con invasión orbitaria ameritando un tratamiento agresivo mediante la exenteración orbitaria.

Hablando de la reconstrucción, como es bien sabido el cáncer facial causa múltiples secuelas, siendo la reconstrucción estética un desafío (15). Al ser un caso complejo debido a la pérdida anatómica y función ocular, se instaura un manejo donde se implementan diferentes técnicas quirúrgicas, las cuales han sido descritas con anterioridad en la literatura; es por eso que en nuestro paciente, se decidió realizar dos tipos de abordajes como lo la rotación de músculo temporal, dando una mejor estética, complementando con un colgajo de avance de mejilla con extensión cérvico-facial, teniendo un resultado óptimo al combinar estas dos técnicas, brindando una mejor calidad de vida al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goñi Espildora, I., Jans, J., Petric Guajardo, M., Manzor Veliz, M., Flores Pérez, J. C., Varas Marchant, G., Muñoz-Schuffenegger, P., & Zoroquiain Vélez, P. (2016). Squamous cell carcinoma of the conjunctiva with extraocular involvement: case report and literature review. *Medwave*, 16(04), e6453–e6453.
2. Capiz Correa, D. R., García Córdoba, T., Tejeda Rojas, G. M., Lozano Alcazar, J., & Perez-Cano, H. J. (2017). Características del carcinoma epidermoide de conjuntiva en un hospital de concentración oftalmológico en México. *Revista mexicana de oftalmología*, 91(3), 142–147.
3. García-Manzano, R. A., Dávila-Ruiz, E. O., Barker-Antonio, A., García-Espinoza, J. A., Jarquín-Arremilla, A., & Peñaloza-Ramírez, R. (2017). Asociación entre carcinoma de células escamosas de la conjuntiva e infección por VIH: a propósito de un caso. *Revista del Hospital Juárez de México*, 84(4), 217-221.

4. Arteaga-Sánchez, A., Toledano-Fernández, N., Díaz-Valle, D., Fernández-Aceñero, M. J., & Hijós-Gastón, M. (2007). Escleroqueratitis y carcinoma escamoso conjuntival invasivo. Archivos de La Sociedad Espanola de Oftalmologia, 82(4).
5. Pérez Llanes, A., Cárdenas Pérez, F. Y., Hernández Sánchez, Y., Carrazana Pérez, Y. M., Estrada Amador, B., & Gómez Cabrera, C. (2014). Carcinoma de células escamosas de la conjuntiva en adultos jóvenes inmunocompetentes. Revista cubana de oftalmología, 27(1), 155–160.
6. Rios Hernández, M., Melgares Ramos, M., Hernández Menéndez, M., & Joan Figueroa, A. (2004). Carcinoma epidermoide de la conjuntiva, su posible asociación con el papilomavirus humano. Revista Cubana de Medicina, 43(4).
7. Prado Serrano, A., & González Pérez J. (2009). Carcinoma de células escamosas de conjuntiva con invasión intraocular. Revista Mexicana de Oftalmología, 83(4).
8. Manzanero Hernández, M. E., Ramirez Jaimes, J. de la C., & López Mendoza, S. (2017). Carcinoma basoescomoso o metatípico en conjuntiva. Reporte de un caso. Revista mexicana de oftalmología, 91(3), 148–153.
9. Saornil, M. A., Becerra, E., Méndez, M. C., & Blanco, G. (2009). Tumores de la conjuntiva. Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia, 84(1).
10. Guisbert Medel, M., Saavedra Santoro, B., Martínez Chavez, L., Castelo Miranda, E., & Callejas Benítez, C. (2013). CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON INVASIÓN ORBITARIA. Revista Médica La Paz, 19(1), 53-57.
11. Muñoz Solórzano B., Saucedo Rodríguez L., Robles Yeme D., Méndez Magaña C., & Lemus Cruz C. (2017). Neoplasia intraepitelial córneo-conjuntival. Revista Médica MD, 9(1).
12. Serna Ojeda J., Hernández Orgaz J., & Olvera Morales O. (2017). CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CONJUNTIVA. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 74(4), 402-404.
13. Frómeta Ávila M., Velázquez Matos M., & Cobas Díaz L. (2020). Carcinoma epidermoide de la conjuntiva ocular. Presentación de un caso. Revista Información Científica, 99(4).
14. Blanco Moredo, E., Valdés Collazo, C., & Dunán Mesa, L. (2020). El colgajo temporal como alternativa en la reconstrucción de defectos oncológicos faciales. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García", 8(2).

15. Huentequero-M, C., Siso-C, S., Unibazo-Z, A., Pino-D, D., Alister-H, J. P., Mayer-O, C., & Olate, S. (2021). Colgajos Locales en Reconstrucción Facial. Alternativas de Tratamiento. *International Journal of Odontostomatology*, 15(2), 538–550.
16. Bayona-Romero, L. M., González-Sosto, M., Piedras-Castro, J., Santos-Pérez, J., Redondo-González, L. M., Vallés-Rodríguez, C., Rettig-Infante, I. P., & Llorente-Álvarez, C. (2023). Reconstrucción de defecto maxilar con colgajo temporal miofascial, un reporte de caso. *Revista ORL*, 13(S2), 61–63.
17. Cebreros Rosas, D. (2022). El colgajo de músculo temporal en la cirugía de la ATM: ¿Siguiendo siendo una opción válida? *Revista española de cirugía oral y maxilofacial*, 44.
18. Belossi ME., Brusca MI., Galli EP., Carrascal PA., Puia SA., & Chari AE. (2020). Reconstrucción de cavidad oral con colgajo de músculo temporal. Caso clínico. *Rev Asoc Odontol Argent*. 108, 75-79.
19. Estellés Ferriol, J. E., Carrasco Llatas, M., Ferrer Ramírez, M. J., López Mollá, C., Baviera Granel, N., & Dalmau Galofre, J. (2005). Colgajo miofascial del músculo temporal: descripción de la técnica y resultados en nuestros pacientes. *Acta otorrinolaringologica española*, 56(6), 257–260.
20. Navarro-Cuéllar, C., Cuesta, M., Guerra, B., Plasencia, J., López de Atalaya, F. J., Ochandiano, S., & Navarro, C. (2004). Reconstrucción de partes blandas faciales con el colgajo faciocervicopeitoral de rotación. *Actas dermo-sifiliograficas*, 95(2), 104–110.
21. Cepeda Tumbaco, L., Salazar Murillo, A., Rodríguez Gómez, K., & Mendoza Santos, M. (2022). Cirugía reconstructiva de cánceres de piel y tejidos blandos. Manejo y complicaciones. *RECIMUNDO*. 6(2), 582-591.
22. Zubillaga Rodríguez, I., Sánchez Aniceto, G., García Recuero, I., & Montalvo Moreno, J. J. (2004). Utilización del colgajo de músculo temporal en cirugía reconstructiva maxilofacial: Revisión de 104 casos. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 26(4).
23. Iglesias, M. E., Santesteban, R., & Larumbe, A. (2015). Cirugía oncológica de párpado y la región orbitaria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 106(5), 365–375.

24. Pérez-Paredes, M. G., González-Sixto, B., Otero-Rivas, M. M., & Rodríguez-Prieto, M. Á. (2014). Cirugía reconstructiva de la región cigomática-medial de la mejilla: Presentación de 5 casos. *Actas dermo-sifiliograficas*, 105(4), e27–e31.