



Reconstrucción vulvo-perineal con colgajos fasciocutáneos V-Y tras exéresis radical por carcinoma epidermoide avanzado

Vulvo-perineal reconstruction with V-Y fasciocutaneous flaps after radical excision for advanced squamous cell carcinoma

Amauris Martínez Fernández^{1*} , Freddy Jacobo Cruz Reyes¹ ,
Edgardo de Jesús Maestre González¹

¹ Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: martinezamauri332@gmail.com

Cómo citar este artículo

Martínez Fernández A, Cruz Reyes FJ, Maestre González EJ: Reconstrucción vulvo-perineal con colgajos fasciocutáneos V-Y tras exéresis radical por carcinoma epidermoide avanzado. Rev haban cienc méd [Internet]. 2026 [citado]; 25. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/6209>

Recibido: 20 de octubre de 2025

Aprobado: 19 de marzo de 2026

RESUMEN

Introducción: Los colgajos fasciocutáneos en V-Y, basados en perforantes glúteas o femorales, permiten una cobertura eficaz de defectos amplios, garantizando una adecuada vascularización y minimizando la morbilidad del sitio donante.

Objetivo: Presentar la reconstrucción de la zona vulvo-perineal, con empleo de la técnica con colgajos fasciocutáneos V-Y, tras exéresis en carcinoma epidermoide avanzado.

Presentación del caso: Se presenta el caso de paciente femenina de 62 años de edad, con diagnóstico de carcinoma epidermoide vulvo-perineal de gran tamaño, sin respuesta a tratamiento oncológico sistémico. Fue intervenida mediante resección radical del tumor y vaciamiento de ganglios inguinales. Se realizó reconstrucción vulvo-perineal utilizando colgajos fasciocutáneos en V-Y, en el marco de un equipo quirúrgico multidisciplinario que incluyó cirugía plástica reconstructiva.

Conclusiones: El empleo de los colgajos V-Y para la reconstrucción de defectos quirúrgicos complejos constituyen una opción confiable al permitir elasticidad y vascularización de los tejidos implicados, cerrar el defecto conservando la simetría y la funcionalidad de la zona, integrando a los pacientes lo más rápido posible a la sociedad

ABSTRACT

Introduction: V-Y fasciocutaneous flaps, based on gluteal or femoral perforators, allow effective coverage of large defects, ensuring adequate vascularization and minimizing donor site morbidity.

Objective: To present the reconstruction of the vulvo-perineal area using the V-Y fasciocutaneous flap technique after excision of advanced squamous cell carcinoma.

Case presentation: We present the case of a 62-year-old female patient diagnosed with a large vulvoperineal squamous cell carcinoma that had not responded to systemic oncologic treatment. She underwent radical tumor resection and inguinal lymph node dissection. Vulvo-perineal reconstruction was performed using V-Y fasciocutaneous flaps by a multidisciplinary surgical team that included reconstructive plastic surgery.

Conclusions: The use of V-Y flaps for the reconstruction of complex surgical defects is a reliable option, allowing elasticity and vascularization of the involved tissues, closing the defect while preserving the symmetry and functionality of the area, and integrating patients into society as quickly as possible.

Palabras Claves:

Carcinoma epidermoide, reconstrucción vulvo-perineal, colgajo V-Y.

Keywords:

Squamous cell carcinoma, vulvo-perineal reconstruction, V-Y flap.



INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de vulva representa una neoplasia ginecológica poco frecuente,^(1,2,3) con una incidencia baja comparada con otros tipos de cáncer del tracto genital femenino. Su diagnóstico suele realizarse en etapas avanzadas,⁽⁴⁾ debido a su evolución lenta y sintomatología inespecífica.⁽⁵⁾

En casos avanzados, cuando la quimioterapia y radioterapia no logran controlar la enfermedad, el manejo quirúrgico se convierte en una alternativa terapéutica,⁽⁴⁾ especialmente si se realiza en el contexto de un abordaje multidisciplinario.

La región vulvar constituye una unidad funcional y estética compleja.⁽³⁾ Su reconstrucción implica la reposición de tejido, la restauración de la función urinaria, sexual y deambulación. Esta zona plantea retos particulares:⁽⁶⁾ su cercanía a orificios naturales expone las heridas a una alta carga bacteriana y humedad constante, lo que incrementa el riesgo de complicaciones postoperatorias como dehiscencias, infecciones o necrosis parcial del colgajo. La reconstrucción vulvar requiere considerar aspectos estéticos, funcionales y psicológicos, especialmente en mujeres adultas, donde el impacto en la calidad de vida es significativo.

La cirugía plástica permite corregir los defectos quirúrgicos generados luego de una resección oncológica, empleando técnicas de cobertura total del defecto, con una adecuada vascularización y manejo de los tejidos.⁽⁷⁾ La participación de un equipo multidisciplinario favorece el éxito en el tratamiento tanto oncológico, funcional como estético.

Los colgajos fasciocutáneos en V-Y, basados en perforantes glúteas o femorales, permiten una cobertura eficaz de defectos amplios,^(8,9,10) garantizando una adecuada vascularización y minimizando la morbilidad del sitio donante. Este tipo de abordaje es particularmente útil en pacientes con tumores extensos que afectan los labios mayores y el periné, cuando la resección oncológica genera un defecto tridimensional extenso que compromete el eje anatómico vulvar y exige una reconstrucción que respete tanto la funcionalidad miccional y sexual como la integridad estética.

El **objetivo** del trabajo es presentar la reconstrucción de la zona vulvo-perineal, con empleo de la técnica con colgajos fasciocutáneos V-Y, tras exéresis en carcinoma epidermoide avanzado, y el trabajo fundamental del equipo de cirugía reconstructiva en este tipo de procedimientos quirúrgicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 62 años, raza blanca, con antecedentes obstétricos de cuatro embarazos (uno con pérdida espontánea y otro con legrado uterino) y ligadura tubárica realizada hace 32 años. En 2023 comenzó con lesión en región vulvar, de coloración similar a la piel circundante, crecimiento progresivo y acompañado de prurito. Se realizó biopsia de la lesión, y se diagnosticó carcinoma epidermoide de vulva. La paciente recibió un total de 13 ciclos de quimioterapia sin respuesta clínica satisfactoria, se apreció progresión tumoral, con aumento del tamaño de la lesión primaria e infiltración ganglionar inguinal bilateral.

Por fracaso del tratamiento sistémico y el carácter avanzado de la enfermedad, el caso fue remitido al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) en La Habana, Cuba, para estudio integral de la paciente y discusión multidisciplinaria del caso. En TAC se identificó masa ganglionar inguinal izquierda de 54 x 44 mm, de contornos irregulares y necrosis interna. En región vulvar se observó imagen tumoral extensa sin medición precisa (Figura 1) que infiltra la grasa del periné, ausencia de líquido libre intraabdominal. Se describieron cambios degenerativos en la columna, sin lesiones secundarias.



Figura 1. Carcinoma epidermoide de gran dimensión.

El estudio histológico confirmó presencia de carcinoma escamoso multifocal moderadamente diferenciado, con mínima queratinización. El nódulo mayor de $12 \times 10 \times 5$ cm y el menor $5,5 \times 4,5$ cm, separados entre sí por 3 cm, ambos en contacto con múltiples bordes quirúrgicos, reflejando la agresividad local del tumor. Se realiza exéresis tumoral y reconstrucción quirúrgica posterior.

Reconstrucción del defecto

Se diseñaron dos colgajos fasciocutáneos en "V-Y" en cada región superior interna de los muslos (Fig. 2). Se despegó cuidadosamente el plano subfascial, asegurando la preservación de los vasos perforantes principales para mantener la viabilidad de los colgajos, los cuales fueron movilizados medialmente hacia el defecto vulvo-perineal, cubriendo los márgenes laterales del área resecada. Con anterioridad se diseñó un colgajo abdominal inferior de avance que fue traccionado en dirección caudal, adaptado para cubrir el componente superior del defecto.



Figura 2. Diseño de colgajos fasciocutáneos V-Y.

Posicionados los colgajos, se fijaron por planos utilizando sutura reabsorbible, asegurando una distribución uniforme de la tensión y evitando comprometer la vascularización (Figura 3). Se colocaron drenajes tipo *penrouse* en las zonas de despegamiento y se cerraron los bordes cutáneos con puntos colchoneros continuos. El procedimiento culminó sin complicaciones intraoperatorias y se logró una adecuada cobertura del defecto vulvo-perineal, con buena vitalidad de los colgajos.



Figura 3. Cierre total del defecto.

La paciente recibió curas diarias con agua yodada, tratamiento antimicrobiano con Metronidazol (500 mg IV cada 8 horas por 10 días) y Cefepime (1 g IV cada 12 horas por 7 días). Se retiraron puntos quirúrgicos al día 21. Se instauró manejo conservador con cambios posturales cada 2 horas, deambulación progresiva, adecuada higiene local y soporte nutricional, por lo que se logró una evolución favorable.

DISCUSIÓN

El empleo del colgajo fasciocutáneo en V-Y bilateral representa una alternativa quirúrgica versátil, segura y efectiva para el abordaje de defectos perineovulvares de mediano y gran tamaño.^(6,11,12) Su correcta planificación, basada en principios anatómicos y vasculares, permite reconstruir de forma eficiente y con buenos resultados funcionales zonas anatómicas de alta complejidad.^(12,13)

La reconstrucción de esta zona anatómica, por su localización perineal y exposición constante a secreciones fisiológicas, representa un reto técnico para el cirujano plástico.^(2,3) En estos casos, la pericia de los equipos de cirugía plástica y reconstructiva tiene una función fundamental en la obtención de resultados satisfactorios, al encargarse de la cobertura tisular y restauración funcional de una región anatómica altamente especializada.⁽²⁾

Creado para la reconstrucción de la región escrotal y perineal, ha sido incorporado en el tratamiento reconstructivo de patologías gineco-oncológicas, principalmente en aquellas donde se requiere una cobertura tridimensional,^(8,9) con aporte vascular confiable, y donde las condiciones locales, como irradiación previa o compromiso linfático, limitan otras opciones reconstructivas más complejas o microquirúrgicas.

El diseño bilateral del colgajo en V-Y permite aprovechar la elasticidad y vascularización de los tejidos glúteos inferiores y femorales posteriores,^(6,8) basándose en perforantes de la arteria glútea inferior o ramas terminales de la arteria femoral profunda. Este tipo de colgajo se moviliza en sentido medial y anterior mediante despegamiento subfasial, con una transferencia en avance que permite cerrar el defecto sin tensión, preservando la simetría perineal y evitando zonas de tensión en la línea media, tradicionalmente propensas a dehiscencia.

En este caso clínico, el defecto quirúrgico generado tras la resección oncológica abarcaba el complejo labial mayor, la región perineal anterior y el introito vaginal, con exposición de planos profundos. El cierre de la región media se realizó sin tensión, y se obtuvieron buenos resultados reconstructivos y funcionales, con adecuada reintegración de la paciente a su vida cotidiana luego del cumplimiento de un plan de ejercicios y rehabilitación.

La elección del colgajo fasciocutáneo en V-Y bilateral respondió a varios factores:

- Cobertura volumétrica tridimensional para restaurar la convexidad anatómica y permitir reconstrucción del canal vaginal.
- Precondicionamiento tisular por radioterapia, contraindicando colgajos locales más delgados, y exigiendo tejidos vascularizados.
- Simplicidad técnica frente a alternativas microquirúrgicas: tiempo quirúrgico, morbilidad del sitio donante y necesidad de cuidados postoperatorios especializados.

Ventajas de su empleo desde el punto de vista reconstructivo:^(6,8,9,12)

1. Estabilidad vascular: permite una cicatrización confiable, incluso en campos irradiados.
2. Morfología adaptable: su espesor y elasticidad permiten conformar cavidades y recrear estructuras funcionales.
3. Donación bilateral: permite balancear tensiones y mejorar la estética perineal.
4. Mínima morbilidad: el sitio donante puede cerrarse primariamente sin dejar secuelas funcionales relevantes.
5. Posibilidad de incluir fascia: reforzar la base del colgajo brindando soporte adicional en zonas expuestas a presión y humedad constante.

CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide vulvo-perineal avanzado presenta desafíos terapéuticos significativos, especialmente cuando existe fracaso del tratamiento sistémico. El caso ilustra la importancia del equipo multidisciplinario y el abordaje integral completo con rol específico de la cirugía reparadora para lograr una cobertura eficaz y mejor calidad de vida en pacientes con tumores ginecológicos localmente avanzados.

La resección quirúrgica radical con reconstrucción inmediata representa una opción viable en pacientes seleccionadas, permitiendo control locorregional de la enfermedad, una oportunidad de mejoría funcional y un incremento de la calidad de vida.

El empleo de los colgajos V-Y para la reconstrucción de defectos quirúrgicos complejos constituyen una opción confiable al permitir elasticidad y vascularización de los tejidos implicados, cerrar el defecto conservando la simetría y la funcionalidad de la zona e integrando a los pacientes lo más rápido posible a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallegos Hernández JF. Cáncer de vulva. Neoplasia poco frecuente con tratamiento evolutivo, recomendaciones para su abordaje diagnóstico-terapéutico en etapas iniciales. Acta Méd Grupo Ángeles [Internet]. 2019 Sep [Citado 26/06/2025];17(3):305-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000300305&lng=es
2. Abalos MO, Arellano ND, La Torre Vizcarra J. Reconstrucción vulvoperineal con colgajos locales. Rev Argent Cir Plást [Internet]. 2020 Ene-Mar [Citado 26/06/2025];26(1):45-8. Disponible en: <https://www.sacper.org.ar/revista/2020-001.pdf>
3. Vacacela B. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma vulvar en etapa inicial [tesis]. Cuenca (Ecuador): Universidad Católica de Cuenca; 2024 [Citado 26/06/2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/19838>
4. Blanco-Álvarez A, Benito-Duque P, Alcázar-Montero JA. Reconstrucción perineal con colgajo fasciocutáneo de glúteo mayor en V-Y: experiencia de 5 años. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2016 Mar [Citado 26/06/2025];42(1):29-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000100006&lng=es
5. Moreno Lekue K. Cáncer Escamoso de Vulva: revisión de nuestra experiencia (2010-2021) [tesis]. Santander (España): Universidad de Cantabria; 2022 [Citado 23/06/2025]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25870/2022_MorenoLekueK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Carvajal-Betancur L, Vélez-Arroyave C, Londoño-García AM, Lozano-Gómez S. Usos de colgajo V-Y para la reconstrucción de defectos faciales. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2021 [Citado 26/06/2025];65(4):548-55. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/usos-de-colgajo-v-y-para-la-reconstruccion-de-defectos-faciales/>
7. Maciel-Miranda A, Miranda-Dévora G, Isla-Ortiz D, Barquet-Muñoz SA, Montalvo-Esquivel G, Herrera-Gómez A, et al. Reconstrucción vulvoperineal en cáncer vulvar. Ginecol Obstet Méx [Internet]. 2017 [Citado 26/06/2025];85(3):152-63. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000300152&lng=es
8. Hernández Álvarez M, Oliu Lambert H, de la Cruz de Oliu NA, Cabrera Martínez JE. Reconstrucción perianal con colgajo V-Y por tumor de Büschke-Löwenstein. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2023 Ene 1 [Citado 14/06/2025];52(1):e02302218. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2218>
9. Ibañez N, Abrisqueta J, Luján J, Hernández Q, Parrilla P. El colgajo V-Y como método de reparación de defectos perianales extensos. Cir Esp [Internet]. 2016 Nov [Citado 14/04/2025];94(9):525-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X16301002>
10. Blaya Peña L. Tratamiento quirúrgico reconstructivo en el cáncer de vulva. Nuestra experiencia [tesis]. Santander (España): Universidad de Cantabria; 2019 [Citado 23/06/2025]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16549>
11. Sanz-Medrano S, Iniesta-Lima B, Asensio-Ramos S, de Toro-González S, Nieto-Ramos H, Buendía-Pérez J. Colgajo musculocutáneo de dorsal ancho en diseño V-Y en reconstrucción de cáncer de mama localmente avanzado y sarcoma. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2024 Sep [Citado 26/06/2025];50(3):271-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922024000300006&lng=es
12. Tchienkam LW, Titchew F, Mbonda A, Kamto T, Nwaha AM, Kamla IJ, et al. Colgajo de avance VY del glúteo mayor para la reconstrucción de una pérdida extensa de tejido blando tras una úlcera por presión sacra avanzada. Reporte de un caso y una minirrevisión. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2020 [Citado 21/06/2025];73:15-21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7334543/>
13. Kreisel SI, Sparenberg S, Sharabiany S, Hompes R, Lapid O, van der Horst CMAM, et al. Gluteal Fasciocutaneous Flap Reconstruction After Salvage Surgery for Pelvic Sepsis. Dis Colon Rectum [Internet]. 2023 Dec 1;66(12):1570-7. Disponible en: <http://www.doi.org/10.1097/DCR.0000000000002648>

Financiamiento:

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con la investigación.

Contribución de autoría

Amauris Martínez Fernández: Conceptualización, adquisición de fondos, supervisión.

Freddy Jacobo Cruz Reyes: Investigación, metodología, redacción del borrador original.

Edgardo de Jesús Maestre González: Investigación, metodología, redacción del borrador original.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.