



Octubre - Diciembre 2022  
Vol. 2, núm. 4 / pp. 167-171

# Colgajo de Abbé en queiloplastia secundaria, revisión de literatura y presentación de tres casos

*Abbé flap in secondary cheiloplasty, literature review and presentation of three cases*

Agustín Alejandro Vallejo Rodas,\* Jerem Cruz Aliphat,† Cesia González‡

**Palabras clave:**  
colgajo de Abbé,  
queiloplastia,  
hendidura labial,  
colgajos de  
reconstrucción,  
reconstrucción labial.

**Keywords:**  
*Abbé flap,  
cheiloplasty, cleft lip,  
reconstruction flaps,  
lip reconstruction.*

## RESUMEN

Se han propuesto varios colgajos para la reconstrucción de la deformidad del labio fisurado secundario; de éstos, el colgajo de Abbé es de gran utilidad que se puede utilizar para defectos de tamaño moderado de los labios superior e inferior con gran resultado estético. El objetivo de este estudio es describir al colgajo de Abbé como alternativa de tratamiento en hendidura labial secundaria, para lo cual presentamos tres casos distintos manejados con este colgajo y realizamos una breve revisión de literatura. El colgajo Abbé consiste en una alternativa eficaz y útil en la queiloplastia secundaria para reconstruir el contorno del tubérculo bermellón y el arco de cupido, haciendo que los labios tengan una apariencia natural.

## ABSTRACT

Various flaps have been proposed for the reconstruction of secondary cleft lip deformity; Of these, the Abbé flap is a very useful flap that can be used for moderately sized defects of the upper and lower lips with great cosmetic results. The objective of this study is to describe the Abbé flap as an alternative treatment for secondary cleft lip, for which we present 3 different cases managed with this flap and carry out a brief review of the literature. The Abbé flap is an effective and useful alternative to secondary cheiloplasty to reconstruct the contour of the vermillion tubercle and cupid's bow, giving the lips a natural appearance.

## INTRODUCCIÓN

El labio superior e inferior son unidades anatómicas claramente prominentes del tercio inferior de la cara. La reconstitución de estas estructuras es de importancia crítica en la competencia oral, la articulación y la forma facial. No es raro ver pacientes con secuelas como deformidades nasales como labio superior con tensión, prolabio corto y/o ancho con falta de definición de arco de Cupido y *filtrum*, insuficiencia bermellón central, punta nasal depri-mida, ala ancha, fosas nasales grandes y columela corta; estos defectos pueden provocar alteraciones importantes en la función y apariencia de la zona afectada, y son responsables de la calidad de vida potsquirúrgica de los pacientes. Por estas razones, la reconstrucción funcional con restauración estética, de los defectos del labio presenta un desafío importante para el cirujano reconstructivo.<sup>1,2</sup>

Aunque este procedimiento parece haber sido realizado inicialmente por el cirujano italiano Pietro Sabattini en 1837 para reconstrucción labial a causa de una lesión traumática en el labio superior. En 1898, Robert Abbé empleó este procedimiento quirúrgico para reparar un labio fisurado bilateral, el trabajo de Abbé fue el primero en publicarse en inglés, como resultado, el colgajo continúa hoy en día llevando su nombre.<sup>3</sup>

El colgajo, está diseñado con la mitad del ancho del defecto para que la deficiencia de tejido se comparta por igual entre el labio superior e inferior y debe colocarse de manera que el ancho del bermellón del sitio donante coincida con el segmento del labio que se está reemplazando.<sup>1,4</sup> Si se reemplaza una unidad estética discreta, se debe delinear el tamaño exacto correspondiente al del colgajo; la división del colgajo se produce a las dos o tres semanas.<sup>1</sup>

\* Residente de tercer año de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

† Coordinadora académica división de estudios de postgrado e investigación de la Facultad de Odontología.

‡ Cirujana Oral y Maxilofacial de práctica privada.

División de Estudios de Postgrado e Investigación (DEPeI) Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 20/09/2022

Aceptado: 17/10/2022

doi: 10.35366/110018

**Citar como:** Vallejo RAA, Cruz AJ, González C. Colgajo de Abbé en queiloplastia secundaria, revisión de literatura y presentación de tres casos. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2022; 2 (4): 167-171. <https://dx.doi.org/10.35366/110018>



El colgajo de Abbé se puede utilizar para defectos de tamaño moderado de los labios superior e inferior.<sup>5</sup>

El objetivo de esta revisión de literatura y serie de casos consiste en describir y analizar al colgajo de Abbé como una alternativa para reparación secundaria de labio fisurado.

## REVISIÓN DE CASOS Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Esta revisión de literatura y serie de casos se realizó por medio de un análisis de bibliografía con referencia al colgajo de Abbé y su uso, para ello, se procedió con la búsqueda de «Abbé's flap», «lip reconstruction», «colgajo de Abbé»; en PubMed, Scopus, Cochrane y Sciencedirect; sumado a una revisión de tres casos en distintos pacientes, proporcionados por la doctora Cesia González.

Los pacientes o sus representantes firmaron un consentimiento informado para el uso de sus datos y donde aceptaban la realización del procedimiento. Presentamos tres pacientes, cuyas edades variaban entre los 14 y 18 años con un promedio de 16.5 años de edad. No se registraron antecedentes de cirugía ortognática previa. Se les realizó reconstrucción simultánea del defecto secundario de labio fisurado más corrección de defecto nasal bajo anestesia general.

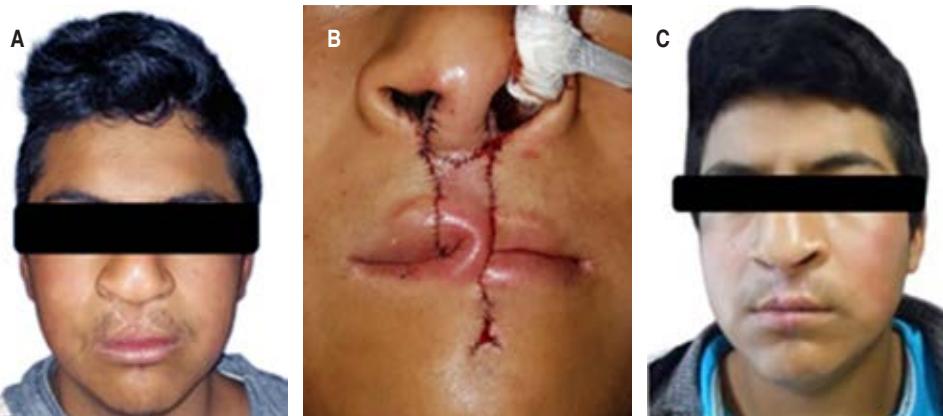
**Caso 1:** paciente masculino de 18 años de iniciales CSM (*Figura 1*).

**Caso 2:** paciente masculino de 15 años de iniciales JMS (*Figura 2*).

**Caso 3:** paciente femenino de 14 años de iniciales FCS (*Figura 3*).

Los pacientes se encontraban bajo anestesia general con intubación endotraqueal. Antes de la infiltración de anestesia local con vasoconstrictor, se realizó el marcaje de manera precisa y consistente en los labios, de tal manera que se identifiquen los puntos de referencia anatómicos existentes y áreas que requieren resección; se marcaron los bordes cicatrizaes del *filtrum* labial, posteriormente se marcaron las comisuras para determinar distancia de las futuras columnelas (*Figura 4*). Se realizó el marcaje en el labio inferior, estableciendo el tamaño del colgajo y la posición adecuada para la rotación.

Para la deformidad del labio fisurado bilateral, el colgajo de Abbé se centra en la mitad del labio inferior, y el colgajo se diseña de modo que la longitud del colgajo se aproxime a la mitad de longitud del defecto, se volteó 180 grados, para suturar por planos, reemplazando toda la unidad estética con tejido nuevo y sano.<sup>6,7</sup>



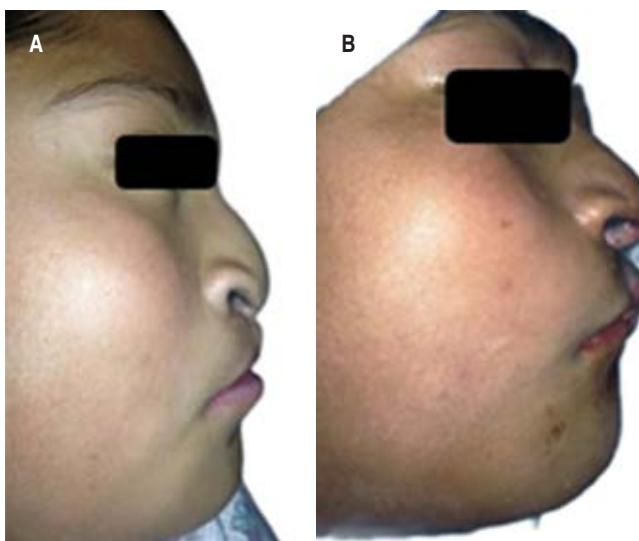
*Figura 1:*

- A) Fotografía preoperatoria.
- B) Fotografía transoperatoria.
- C) Fotografía postoperatoria.



*Figura 2:*

- A) Fotografía preoperatoria.
- B) Fotografía transoperatoria.
- C) Fotografía postoperatoria.



**Figura 3:** A) Fotografía preoperatoria. B) Fotografía postoperatoria.

En los casos en que el labio superior central sea corto, la longitud del colgajo puede diseñarse desde la base de la columna hasta la unión central del bermellón húmedo y seco del labio inferior. El ancho del colgajo está diseñado para ser más pequeño que el defecto del labio superior y suele terminar entre 1.2 y 1.5 cm.<sup>6-9</sup>

El manejo postoperatorio después de la etapa inicial de transferencia del colgajo de Abbé puede ser difícil para el paciente. Podría ser recomendable el manejo conjunto con psicología previo a la intervención debido a que los pacientes se encontrarán con los labios unidos durante dos semanas. La ingesta oral se realiza a través de una pajilla y el puente de piel conecta los labios superior e inferior.<sup>2</sup> Se advierte al paciente y a su representantes sobre los cuidados del colgajo (vigilar coloración y temperatura), limitaciones en cuanto a movimiento, manejos de la herida y detalles de alarma para el manejo postoperatorio en casa.

Los pacientes comienzan con analgésicos líquidos y antibióticos, aunque el uso de pastillas trituradas es otra opción, la vaselina se aplica a las incisiones diariamente hasta la segunda operación, y los casos pueden comenzar la limpieza diaria de las incisiones con peróxido de hidrógeno y agua en una solución 50:50 a partir del día cuatro del postoperatorio.<sup>4,6</sup>

La división se realiza a las dos semanas del postoperatorio, inicialmente con anestesia local, puede ir acompañada de una sedación ligera, para evitar una intubación transnasal y con la ventaja de que el paciente se encuentra despierto. Una vez dividida, la arteria labial se liga. Después de la división exitosa del colgajo, la inserción del labio superior implica la disección del músculo orbicular y la reaproximación de las fibras musculares, suturándolas.<sup>4</sup> Se aconseja a los pacientes aplicar cinta adhesiva y realizar masajes locales en las cicatrices

por un periodo de seis meses y regresar a la clínica cada seis meses para seguimiento.<sup>10</sup>

## DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del labio fisurado y paladar hendido es una tarea difícil y compleja. La OMS recomienda un manejo multidisciplinario, que involucra un equipo conformado por los cirujanos, psicólogos, pediatras, genetistas, etc.<sup>11</sup> Varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento de esta deformidad han sido descritas alrededor del mundo; cada una, brinda resultados aceptables y predecibles la mayoría de las veces, dichos resultados están relacionados con la experiencia del cirujano. Sin embargo, el hecho de que existan tantas técnicas hace que no exista un procedimiento universal que proporcione siempre grandes resultados estéticos y funcionales.<sup>1,6,8,12</sup>

Estéticamente, el labio superior debe estar ligeramente adelantado al labio inferior, debe sobresalir en sus márgenes y debe volverse progresivamente más estrecho a medida que se acerca al área de la base nasal. El ángulo nasolabial usualmente tiene una medida de 95-100 grados en mujeres y de 90-98 grados en hombres; al trazar la línea E, propuesta por Ricketts para el análisis facial, el labio superior se debe encontrar a 2 mm y el inferior a 4 mm de ésta. Funcionalmente, los labios deben estar coordinados y simétricos.<sup>8,13-15</sup> Se ha establecido que la estética labial y nasal es de particular importancia en pacientes con fisuras y se ha demostrado que una proyección adecuada de los labios se interrelaciona fuertemente con la percepción general de la armonía facial.<sup>16</sup> La alineación asimétrica del tejido y un desequilibrio entre la altura del bermellón



**Figura 4:** Marcaje quirúrgico.

del labio superior e inferior son a menudo el foco del paciente en la vista frontal, mientras que la proyección defectuosa de los labios es la preocupación más evidente en el perfil facial del paciente.<sup>3,17,18</sup>

Las deformidades secundarias del labio fisurado se pueden clasificar como superficiales o relacionadas con los músculos. Los problemas superficiales requieren tratamientos relativamente menores, como láser, pequeños colgajos locales, escisión de la mucosa o injertos de grasa. Las deformidades musculares generalmente requieren una revisión total de los labios y una nueva reparación como primer paso para lograr mejoras duraderas en la función y la estética de los labios.<sup>2</sup>

Se han propuesto varios colgajos para la reconstrucción de la deformidad del labio fisurado secundario, las técnicas involucran la transferencia compuesta de piel, músculo y mucosa basada en vasos labiales inferiores.<sup>5,16,19</sup> Yamamoto y colaboradores señalaron en su estudio que la arteria labial superior penetra el músculo orbicular de los labios y discurre a la altura de la mucosa para en la línea media anastomosarse con la del lado contrario y ascender formando la arteria del subtabique; por su parte la vena labial superior discurre a 15 mm aproximadamente en la zona correspondiente a la piel, para finalmente drenar en la vena facial; la importancia de esto radica en que se propone que la reconstrucción de la vena en el lado cutáneo y de la arteria en el lado de la mucosa en pacientes con labio fisurado podría conducir a una mejor cicatrización.<sup>20</sup>

El colgajo de Abbé, está basado en los vasos labiales inferiores y ha gozado de una amplia aplicación en la reconstrucción secundaria del labio fisurado y la reparación de defecto en la nariz, incluso en otros defectos. La técnica incluye:<sup>10,21</sup>

1. Recrear el defecto original de los labios recuperando su anchura natural.
2. El colgajo se dibuja en el labio inferior y en general es del mismo ancho que el defecto.
3. Cortar y trasladar el colgajo al labio superior.
4. Cerrar el defecto del labio inferior mediante cierre en línea recta o plastia en Z.

Varios autores han informado sobre el uso simultáneo de colgajo de Abbé y rinoplastia para la deformidad nasal secundaria del labio fisurado bilateral; este método debe estar estrictamente indicado para casos con elementos del labio central significativamente cortos o con cicatrices y protrusión relativa del labio inferior.<sup>10</sup>

En un estudio, Schwaiger y colaboradores compararon el uso de colgajo de Abbé con injertos dérmicos e implantes labiales para determinar cuál de todas estas alternativas producían mejoría en la proyección labial, determinaron que en pacientes con labio fisurado, el colgajo de Abbé conduce a la mayor mejora en la proyección del labio superior.<sup>12</sup>

Lun jou concluyó en su estudio que el colgajo de Abbé con rinoplastia simultánea es seguro y efectivo en pacientes selectos con deformidad de labio fisurado bilateral caracterizada por labio corto y apretado, falta de definición del arco de Cupido y *filtrum*, cicatrices labiales antiestéticas, deficiencia de bermellón central, labio inferior protuberante y deformidad nasal asociada.<sup>10</sup>

Es obvio suponer que el colgajo de Abbé involucra una cicatriz en el labio inferior posterior a la cirugía; sin embargo, a pesar de ello proporciona un beneficio que suele ser mayor, al re establecer la estética labial de manera armónica disimulando de gran manera la malformación. Razón por la cual este colgajo es ampliamente recomendado e indicado para la reparación secundaria de labio fisurado.<sup>22</sup>

## CONCLUSIÓN

Los resultados de la reparación del labio fisurado bilateral a menudo son deficientes debido al uso inapropiado del tejido prolabil hipoplásico, la falta de unión anatómica del músculo orbicular y la cicatrización. El colgajo Abbé consiste en una alternativa eficaz y útil en la queiloplastia secundaria para reconstruir el contorno del tubérculo bermellón, el arco de cupido y sobre todo en pacientes cuyo prolabio es demasiado corto, haciendo que los labios tengan una apariencia natural; sin embargo, la técnica empleada siempre va a ir ligada a la experiencia y elección del cirujano.

## REFERENCIAS

1. Garland K, Matic D. Current approaches to cleft lip revision. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2019; 27 (4): 287-293.
2. Kinnebrew MC. Use of the Abbé flap in revision of the bilateral cleft lip-nose deformity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1983; 56 (1): 12-19.
3. Steinberg JP, Brady CM, Burstein FD. Primary abbe flap for median cleft lip deformity: new trends on an old concept. J Craniofac Surg. 2016; 27 (2): 480-483.
4. Larsson J, Becker M, Svensson H. The Abbé flap in cleft lip and palate repair. J Plast Surg Hand Surg. 2013; 47 (6): 524-527.
5. Comini LV, Spinelli G, Mannelli G. Algorithm for the treatment of oral and peri-oral defects through local flaps. J Cranio-Maxillofacial Surg [Internet]. 2018; 46 (12): 2127-2137. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.09.023>
6. Koshy JC, Ellsworth WA, Sharabi SE, Hatef DA, Hollier LH, Stal S. Bilateral cleft lip revisions: the Abbe flap. Plast Reconstr Surg. 2010; 126 (1): 221-227.
7. McGregor I. The Abbe flap its use in single and double lip clefts. Br J Plast Surg. 1963; 1226 (63).
8. Ramanathan M, Dadwal H, Anantanarayanan P, Murugan S, Sailer H. Comparative aesthetic evaluation of lip reconstruction using abbe's flap in secondary cleft lip deformities: a retrospective study. J Maxillofac Oral Surg. 2021; 20 (1): 13-18. Available in: <https://doi.org/10.1007/s12663-019-01279-w>
9. Chaput B, Meresse T, de Bonnecaze G, Eburdery H, Vairel B, Sadeler A, et al. Cirugía reparadora de los labios. EMC-Cirugía Plástica Reparadora y Estética. 2018; 26 (2): 1-17.

10. Lo LJ, Kane AA, Chen YR. Simultaneous reconstruction of the secondary bilateral cleft lip and nasal deformity: Abbé flap revisited. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112 (5): 1219-1227.
11. Monlleó IL, de Barros AGR, Fontes MIB, de Andrade AKM, de M. Brito G, do Nascimento DLL, et al. Diagnostic implications of associated defects in patients with typical orofacial clefts. *J Pediatr (Rio J).* 2015; 91 (5): 485-492. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.07.002>
12. Schwaiger M, Edmondson SJ, Wallner J, Mischak I, Echlin K, Paddle A, et al. Influence of different techniques of secondary cleft lip revision surgery on upper lip projection. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020; 49 (6): 726-733. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.10.010>
13. Ruiz-Rodríguez R, López-Noriega JC. Reoperations in cleft lip and cleft palate treatment. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011; 23 (1): 169-176. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2010.12.002>
14. Carranza-Valadez HA, Pérez-Porras S, García-Pérez MM, Chacón-Martínez H, Chacón-Moreno H, Montemayor-Jáuregui M del C, et al. Definiendo el perfil nasal ideal en la mujer latina. *Med Univ.* 2013; 15 (61): 152-158.
15. Duarte GGR, Alejandro J, Anaya S, Duarte GGR, Alejandro J, Anaya S. Manejo del ángulo nasolabial en rinoplastia. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.* 2013; 19: 49-54.
16. Cohn JE, Nyirjesy S, Davis WJ. Repair of a secondary cleft lip deformity with the abbé flap in a pediatric patient. *Ear Nose Throat J.* 2019; 98 (5): 265-267.
17. McConnell MP, Evans GRD. Local flaps of the head and neck. In: *Plastic Surgery Secrets.* 2010. p. 363-72.
18. Mantsopoulos K, Iro H, Constantinidis J. Complex midfacial defects: Is the extended Abbé flap the ideal solution to a tough problem? *Oral Oncol.* 2020; 100: 104470.
19. López F, Vásquez O, Ocampo-Candiani J. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. *Dermatología Cosmética y Quir.* 2015; 13 (1): 24-32.
20. Yamamoto M, Chen HK, Hidetomo H, Watanabe A, Sakiyama K, Kim HJ, et al. Superior labial artery and vein anastomosis configuration to be considered in lip augmentation. *Ann Anat.* 2022; 239: 151808. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2021.151808>
21. Nadeau C, Kerr AR. Evaluation and management of oral potentially malignant disorders. *Dent Clin North Am.* 2018; 62 (1): 1-27. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.08.001>
22. Talmant J-C, Talmant J-C, Lumineau J-P. Tratamiento quirúrgico secundario de las hendiduras labio-alveolo-palatinas. *EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética.* 2012; 20 (2): 1-25.

**Conflictos de intereses:** ninguno.

**Financiamiento:** investigación autofinanciada.

**Correspondencia:**

**Agustín Alejandro Vallejo Rodas**

**E-mail:** agustinvarod@gmail.com