

# Reconstrucción con colgajo supraclavicular en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Experiencia en el Hospital Carlos Van Buren

## Supraclavicular flap reconstruction in patients with head and neck cancer. Experience at Carlos Van Buren Hospital

Francisco Vielma O.<sup>1,2</sup>, Vanessa Ampuero E.<sup>1,2</sup>, Francisca Fernández A.<sup>1,2</sup>

### Resumen

**Introducción:** El colgajo supraclavicular es una alternativa altamente versátil en la reconstrucción oncológica en cabeza y cuello. **Objetivo:** Describir los resultados postquirúrgicos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello del Hospital Carlos Van Buren en que se utilizó la técnica de colgajo supraclavicular, entre los años 2022-2024. **Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo, serie de casos. Revisión de fichas clínicas. 7 pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía oncológica y reconstrucción con colgajo supraclavicular. **Resultados:** La muestra incluyó 4 mujeres y 3 hombres con edad promedio de  $70 \pm 8$  años. La localización más frecuente del cáncer en pacientes que se utilizó esta técnica fueron: cavidad oral (5/7), laringe (1/7) y glándula salival (1/7). 2 pacientes habían recibido radioterapia previa a la cirugía, 5 pacientes recibieron radioterapia adyuvante postoperatorio. Se registraron 3 complicaciones menores: 2 dehiscencias del sitio donante resueltas en menos de 5 semanas y 1 caso de dehiscencia del colgajo por una fistula faringocutánea asociada, manteniendo su vitalidad. No existieron complicaciones mayores. A los 3 meses postoperatorio el colgajo se encontró vital en todos los casos. **Conclusión:** En nuestra experiencia, la técnica de colgajo supraclavicular es una técnica reconstructiva versátil y eficaz en cirugías oncológicas de cabeza y cuello, con tasas de éxito elevadas. Debido a su gran versatilidad puede ser ocupado en diferentes escenarios reconstructivos, siendo una buena alternativa al colgajo libre microvascular. La simplicidad técnica y reducido tiempo quirúrgico lo hacen una elección adecuada para hospitales públicos de alta complejidad. **Palabras Clave:** colgajo supraclavicular, reconstrucción oncológica de cabeza y cuello, cáncer de cabeza y cuello, técnica quirúrgica reconstructiva, serie de casos.

### Abstract

**Introduction:** The supraclavicular flap is a highly versatile option for oncologic reconstruction in the head and neck region. **Objective:** To describe postoperative outcomes in head and neck cancer patients treated at Carlos Van Buren Hospital with supraclavicular flap reconstruction between 2022 and 2024. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive case series study based on medical record review. 7 patients diagnosed with head and neck cancer underwent oncologic surgery and reconstruction with a supraclavicular flap. **Results:** The sample included 4 women and 3 men with a mean age of  $70 \pm 8$  years. The most common cancer sites in patients who underwent this technique were: oral cavity (5/7), larynx (1/7) and salivary gland (1/7). 2 patients had received prior radiotherapy, and 5 patients received adjuvant postoperative radiotherapy. 3 minor complications were recorded: 2 donor site dehiscence resolved in less than 5 weeks and 1 case of flap dehiscence thickness due to an associated pharyngocutaneous fistula. At 3 months post operation, the flap was found vital in all cases. **Conclusion:** In our experience, the supraclavicular flap is a versatile and effective reconstructive in head and neck oncologic surgery, with high success rates. Due to its great versatility, it can be employed in various reconstructive scenarios and represents an excellent alternative to microvascular free flaps. Its technical simplicity and short surgical time make it a appropriate choice for high complexity public hospitals. **Keywords:** supraclavicular flap; head and neck oncologic reconstruction; head and neck cancer; reconstructive surgical technique; case series.

<sup>1</sup>Departamento de Especialidades, Cátedra de Otorrinolaringología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

<sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 09 de septiembre de 2025. Aceptado el 05 de febrero de 2026.

Correspondencia:  
Francisco Vielma O.  
Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar, Chile.  
Email: francisco.vielma@postgrado.uv.cl

## Introducción

La cabeza y el cuello constituyen una región anatómica de alta visibilidad y relevancia funcional, estrechamente vinculada a la auto-percepción, interacción social y autoestima de los individuos<sup>1</sup>. Lo anterior, hace que los procedimientos reconstructivos en esta área sean un desafío para todos los profesionales que trabajan en relación con esta zona<sup>1</sup>.

Las cirugías oncológicas de cabeza y cuello pueden implicar amplias resecciones, generando defectos complejos, por lo que la reconstrucción significa un verdadero desafío para quien la realiza, ya que implica mejorar la cobertura tisular, disminuir la morbilidad de la zona donante, restaurar la función<sup>2</sup> y, en lo posible, conservar la apariencia estética<sup>3</sup>. Para lograr estos objetivos, se necesita un colgajo delgado, flexible y que presente una adecuada correspondencia de color y textura con la zona receptora<sup>1</sup>.

En 1979, Lamberty<sup>4</sup> describió un colgajo fasciocutáneo de patrón axial en la fosa supraclavicular, que denominó "colgajo en isla de la arteria supraclavicular (CIAS)". Este corresponde a un colgajo regional fasciocutáneo con pedículo vascular<sup>5,6</sup> basado en la arteria supraclavicular, rama superficial de la arteria cervical transversa que a su vez se origina del tronco tirocervical en aproximadamente el 60-95% de los casos<sup>4</sup>. El diámetro promedio de esta arteria oscila entre 1 a 1.5 milímetros<sup>7</sup> y permite una perfusión distal confiable a través de vasos perforantes subdérmicos<sup>9</sup>.

Investigaciones posteriores, como la realizada el año 2000 por Pallua y cols., definió la técnica de tunelización del colgajo supraclavicular para la cirugía reconstructiva en cabeza y cuello, mostrando los beneficios reconstructivos y estéticos, favoreciendo la masificación y consolidación de esta técnica en la práctica quirúrgica<sup>1</sup>.

Anatómicamente, este colgajo se origina aproximadamente entre 2,5 a 4 cm por sobre la clavícula, 2 cm posterior al músculo esternocleidomastoideo y en el tercio medio clavicular<sup>10</sup>. Sus cualidades le permite ser una fuente confiable de tejido viable para la cobertura de defectos en cabeza y cuello<sup>11</sup>: se caracteriza por ser un colgajo delgado, flexible y con un amplio arco de rotación, un largo pedículo subcutáneo

que puede llegar hasta los 20 cm con punto de pivote en la región supraclavicular, permitiendo cobertura en la región facial, cervical, auricular, orofaríngea, parotídea, cavidad oral y en la reconstrucción de faringostomas en laringectomías totales. Asimismo, permite un cierre primario de la zona donante con una baja morbilidad asociada<sup>8,12</sup>. Además de lo anterior, este colgajo permite su tunelización, lo que lo hace extremadamente versátil en defectos tridimensionales de pequeño volumen, convirtiéndose en una importante opción reconstructiva en defectos de cabeza y cuello<sup>5</sup>.

A continuación, se describen los resultados postquirúrgicos en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que fueron sometidos a cirugía oncológica y reconstrucción con colgajo supraclavicular, entre los años 2022-2024.

## Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, serie de casos. Se analizaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, mayores de 18 años, en los que se utilizó el colgajo supraclavicular como técnica reconstructiva del defecto originado por la escisión quirúrgica de la patología oncológica, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre los años 2022-2024. Este estudio fue aprobado por el comité ético científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, bajo resolución N° 1102 con fecha 24 de junio de 2025. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 18 años, operados fuera del período 2022-2024 o sometidos a reconstrucción con colgajo supraclavicular en otro centro asistencial. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva.

### Técnica quirúrgica empleada

1. Previo al inicio de la cirugía se diseñó un colgajo en isla dependiente de la arteria supraclavicular. Mediante el uso de ecografía Doppler se identificó esta arteria en el triángulo delimitado por el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, el reborde clavicular y la vena yugular externa<sup>7</sup>. Se marcaron los límites quirúrgicos del colgajo (**Figura 1A**).

2. Se confeccionó un colgajo fasciocutáneo de aproximadamente 10 por 5 centímetros (**Figuras 1B, 2B**), manteniendo la integridad de la arteria supraclavicular.
3. Se realiza la disección del colgajo por planos hasta identificar el plano subfascial y las fibras musculares del músculo deltoides.
4. Una vez levantado el colgajo, se desepitelizó la mitad proximal de la cara superior colgajo con la finalidad de realizar su tunelización a través de un plano subplatismal a nivel del cuello y así alcanzar la zona objetivo a reconstruir (**Figuras 1C, 2C**).
5. La zona reconstruida fue suturada con material reabsorbible (**Figura 2C**).
6. Por último, se realizó el cierre primario de la zona donante (**Figura 1C**).

## Resultados

En el período estudiado se intervinieron quirúrgicamente 7 pacientes con neoplasia maligna de cabeza y cuello, en quienes se utilizó el colgajo supraclavicular como técnica reconstructiva. Todos los pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno fue excluido del estudio.

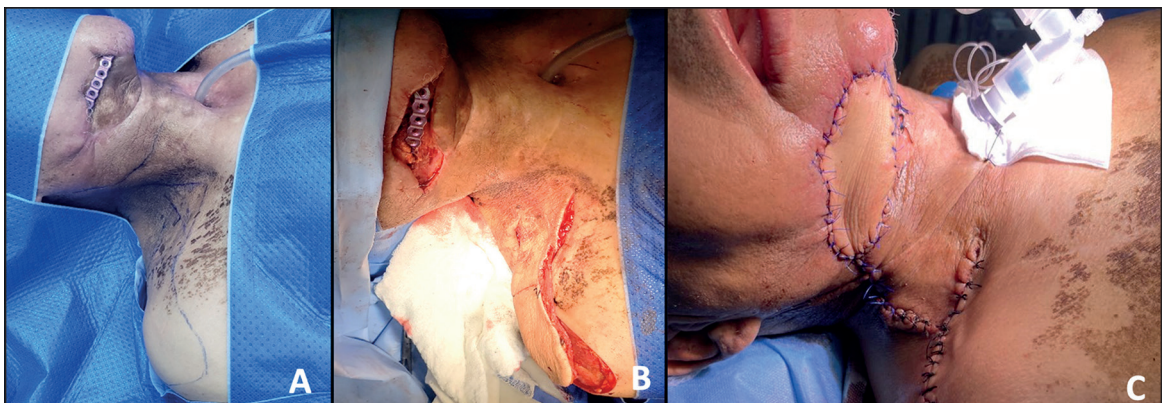
La muestra está compuesta por 3 sujetos de sexo masculino y 4 de sexo femenino. La edad promedio de los sujetos fue de 70 años, con un rango entre los 61 a los 83 años y una mediana de 66 años.

Respecto al año en que se realizó la cirugía,

dos procedimientos se realizaron en 2022, uno en 2023 y cuatro en 2024, siendo este último el año con mayor número de cirugías oncológicas con reconstrucción de colgajo supraclavicular realizadas. (**Tabla 1**).

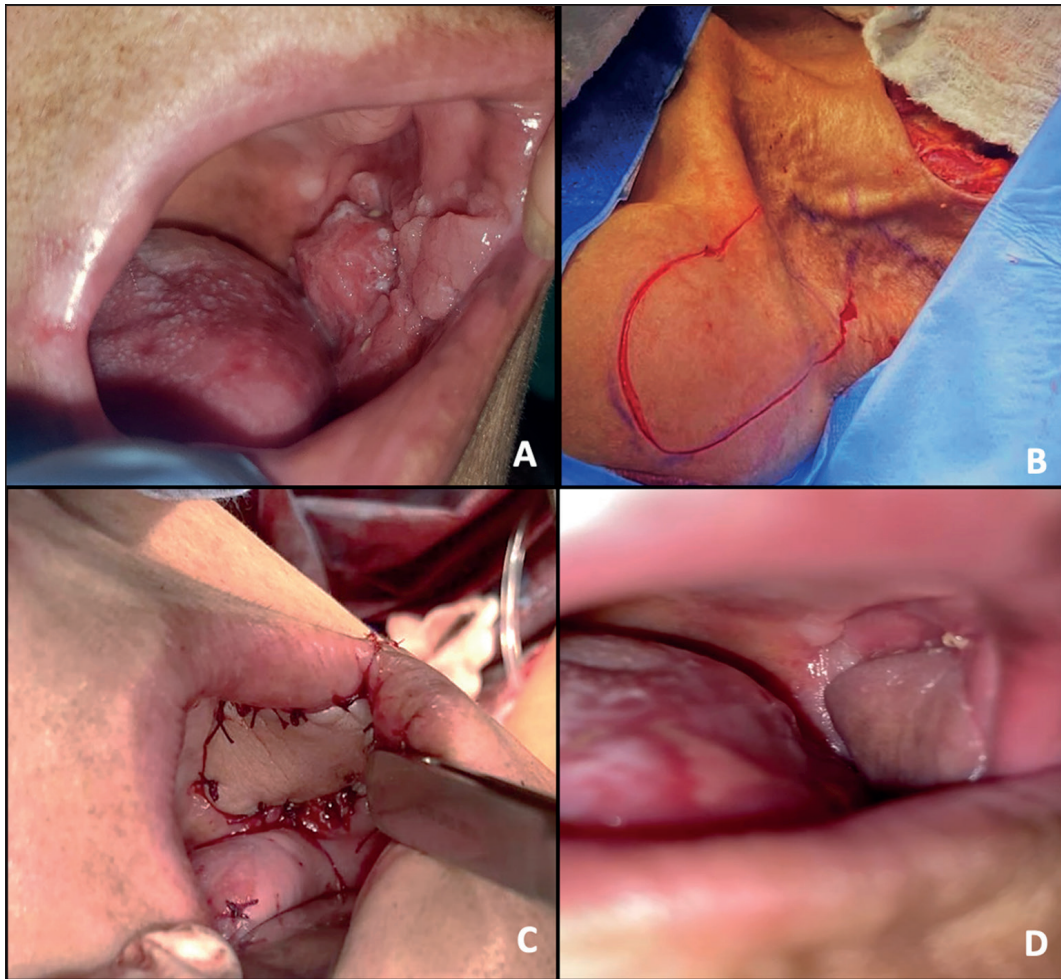
En relación al sitio y subtipo tumoral de los pacientes incluidos en este estudio, y su posterior reconstrucción se destaca (**Tabla 2**):

- 5 de los 7 sujetos, presentó cáncer de cavidad oral. De estos, 4 casos correspondieron a cáncer de lengua móvil, utilizando el colgajo supraclavicular para reconstruir la hemiglosectomía realizada; mientras que 1 caso correspondió a cáncer de mucosa yugal, utilizando el colgajo para cubrir el sitio de mucosa extirpado.
- 1 de los 7 individuos presentó cáncer de laringe, glótico, utilizando el colgajo para realizar una cobertura a la faringorrafia post laringectomía.
- Por último, 1 de los 7 sujetos en que se realizó esta técnica tenía diagnóstico de cáncer de glándula salival. En este caso, al momento de la resección quirúrgica oncológica se realizó una mandibulectomía segmentaria con reconstrucción de una placa de titanio y cobertura del defecto con un colgajo de rotación pectoral. Sin embargo, un año posterior a la cirugía, se evidenció una exposición cutánea de esta placa, por lo que, en un segundo tiempo quirúrgico se diseñó y levantó un colgajo supraclavicular con el fin de dar cobertura al material expuesto.



**Figura 1.** Paciente con Carcinoma escamoso de glándula submandibular y exposición de placa de reconstrucción mandibular **A.** Diseño de colgajo supraclavicular; **B.** Confección de colgajo supraclavicular y retiro de piel circundante de placa; **C.** Zona reconstruida y cierre primario de sitio donante.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN



**Figura 2.** Paciente con cáncer de mucosa yugal. **A.** Tumor primario; **B.** Confección de colgajo supraclavicular; **C.** Reconstrucción de defecto con colgajo supraclavicular, cierre con material reabsorbible; **D.** Control a los 6 meses.

**Tabla 1. Datos demográficos y características tumorales de los sujetos sometidos a reconstrucción oncológica con la técnica de colgajo supraclavicular**

Paciente	Sexo	Edad	Sitio de cáncer	Subsitio de cáncer	Tipo Histológico	T	N	M	Etapa
1	F	65	Cavidad oral	Mucosa yugal	Carcinoma escamoso	2	1	0	II
2	M	64	Glándula salival	Glándula submandibular	Carcinoma escamoso	4b	3	0	IV B
3	F	80	Cavidad oral	Lengua móvil	Carcinoma escamoso	2	2b	0	IV A
4	F	71	Cavidad oral	Lengua móvil	Carcinoma escamoso	3	2b	0	IV A
5	M	66	Cavidad oral	Lengua móvil	Carcinoma escamoso	3	1	0	III
6	F	83	Cavidad oral	Lengua móvil	Carcinoma escamoso	3	0	0	III
7	M	61	Laringe	Glótico	Carcinoma escamoso	3	0	0	III

**Tabla 2. Defecto oncológico-quirúrgico corregido con el colgajo supraclavicular**

Paciente	Sitio de cáncer	Subsitio de cáncer	Característica del defecto	Corrección quirúrgica del colgajo supraclavicular
1	Cavidad oral	Mucosa yugal	Resección de lesión exofítica de mucosa yugal 3 x 4 cm	Cubre resección mucosa yugal
2	Glándula salival	Glándula submandibular	Exposición de placa de reconstrucción mandibular	Cobertura del defecto cutáneo
3	Cavidad oral	Lengua móvil	Hemiglosectomía. Resección tumoral 3 x 2,5 cm	Reconstrucción lingual
4	Cavidad oral	Lengua móvil	Hemiglosectomía. Resección tumoral 3 x 2,5 cm	Reconstrucción lingual
5	Cavidad oral	Lengua móvil	Hemiglosectomía. Resección tumoral 3 x 3 cm	Reconstrucción lingual
6	Cavidad oral	Lengua móvil	Hemiglosectomía. Resección tumoral 3 x 3,5 cm	Reconstrucción lingual
7	Laringe	Glótico	Laringectomía total	Prevención de fistula salival

De acuerdo con el informe anatómico-patológico los 7 casos corresponden al tipo histológico de carcinoma escamoso (**Tabla 1**). Con respecto al tamaño tumoral en que se realizó la cirugía reconstructiva, 2/7 casos corresponde a cánceres tipo T2, 4/7 casos a T3 y 1/7 casos a T4b.

Respecto a la etapificación del cáncer al momento de la cirugía, sólo 1/7 se encontraba en Etapa II, mientras que, 3/7 se encontraba en Etapa III, 2/7 en etapa IV A y 1/7 en etapa IV B. Ningún paciente presentó metástasis a distancia al momento quirúrgico (**Tabla 1**).

### Complicaciones

Respecto a las complicaciones descritas para este tipo de técnica quirúrgica, éstas se presentaron sólo en 3 de los 7 casos, de los cuales todos corresponden a complicaciones temprana o menores (**Figura 3 y Tabla 3**):

- En 2/7 sujetos se evidenció dehiscencia de las suturas del colgajo en la zona donante. Ambos pacientes tuvieron un alta post quirúrgica menor a 7 días y las complicaciones se resolvieron a las tres y cinco semanas post quirúrgicas respectivamente, con manejo conservador, consistente en curaciones de forma ambulatoria.

- 1/7 sujetos evolucionó con una fistula faringocutánea a nivel de la faringorrafia post laringectomía, lo que provocó una complicación vascular de la vena yugular interna izquierda y complicaciones del tejido circundante a la fistula. En este contexto se identificó la dehiscencia del colgajo, manteniendo su vitalidad, y se volvió a posicionar para cubrir la fistula salival, logrando generar el cierre de la fistula gracias al colgajo supraclavicular y a un colgajo fasciocutáneo pectoral confeccionado posteriormente. Evoluciona favorablemente y es dado de alta 82 días posterior a la laringectomía total.

### Radioterapia

5/7 pacientes recibieron radioterapia adyuvante posterior a la cirugía oncológica primaria y reconstrucción con colgajo supraclavicular, mientras que 2/7 pacientes recibieron radioterapia previo a la confección de este colgajo: el paciente N° 2 cuyo colgajo se utilizó para cubrir el material de osteosíntesis expuesto y el paciente N°7 cuyo colgajo se diseñó en contexto quirúrgico por recidiva tumoral. (**Tabla 2**).

Los 2 sujetos que recibieron radioterapia previo a la cirugía desarrollaron complicacio-

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Tabla 3. Complicaciones<sup>1,6,7,14,15</sup>

Tempranas	Tardías
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seroma.</li> <li>• Infección del sitio operatorio.</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Fístulas</li> <li>• Dehiscencia de la herida operatoria.</li> <li>• Necrosis del colgajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatrices hipertróficas o atróficas.</li> <li>• Sensación referida al hombro al tocar la isla cutánea del colgajo</li> <li>• Diferencias pigmentarios en relación a estructuras circundantes.</li> </ul>

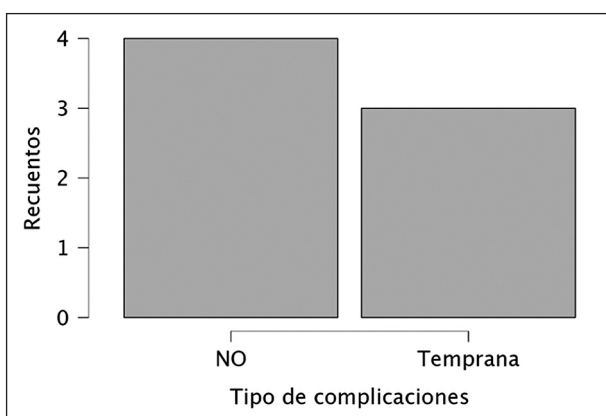


Figura 3. Tipo de complicaciones.



Figura 4. Paciente con Cáncer de lengua móvil. Control a los 6 meses.

nes postoperatorias, un paciente en relación al colgajo y otro paciente en relación a una fístula faringocutánea. Por otra parte, 1/5 de los sujetos que recibieron radioterapia postoperatoria evolucionó con complicaciones, siendo ésta previo al inicio de la radioterapia.

**Seguimiento**

En contexto de seguimiento oncológico continuo, a los 3 meses postoperatorios se constató que los 7/7 colgajos supraclaviculares confeccionados se encontraban vitales (Figura 4).

**Discusión**

Dentro de las opciones reconstructivas en la cirugía oncológica de cabeza y cuello se encuentran los colgajos libres microvasculares y los colgajos pediculados<sup>6</sup>. Los primeros clásicamente se han desarrollado en esta área y han supuesto un punto de calidad en reconstrucción oncológica<sup>8,17</sup>, sin embargo, requiere de un entrenamiento quirúrgico elevado y características técnicas en cuanto a recursos físicos y humanos que no todos los centros asistenciales pueden cumplir<sup>8</sup>. Por otra parte, las ventajas y los beneficios descritos del colgajo en isla de la arteria supraclavicular permiten tener una menor curva de aprendizaje para emplear esta técnica, lo que a su vez permite una disminución de costos, tiempo quirúrgico, necesidad

camente se han desarrollado en esta área y han supuesto un punto de calidad en reconstrucción oncológica<sup>8,17</sup>, sin embargo, requiere de un entrenamiento quirúrgico elevado y características técnicas en cuanto a recursos físicos y humanos que no todos los centros asistenciales pueden cumplir<sup>8</sup>. Por otra parte, las ventajas y los beneficios descritos del colgajo en isla de la arteria supraclavicular permiten tener una menor curva de aprendizaje para emplear esta técnica, lo que a su vez permite una disminución de costos, tiempo quirúrgico, necesidad

de monitorización postoperatoria y riesgo de pérdida del colgajo en sitios previamente irradiados<sup>12</sup>. Sin embargo, la selección adecuada de los pacientes es un elemento fundamental para medir el éxito de la técnica quirúrgica<sup>8</sup>.

Una ventaja anatómica de este colgajo es que el pedículo está rodeado de fascia y tejido conectivo, facilitando la identificación de la arteria supraclavicular a través de ecografía Doppler y permite una confección segura y prolifa del colgajo sin necesidad de exponer la arteria supraclavicular<sup>14</sup>, acción que se realizó en los 7 pacientes en que se realizó este colgajo.

Por otra parte, las características del colgajo supraclavicular: versatilidad, largo, grosor, ausencia de pelo, entre otras, permite que sea un injerto adecuado cuando se piensa en reconstruir zonas con alta movilidad como cuello y cavidad oral, contribuyendo además con mejores resultados estéticos<sup>14</sup>. Lo anterior, concuerda con las características de nuestra muestra, de la cual 5/7 sujetos presentaron cáncer de cavidad oral y de éstos en 4 casos correspondió a un cáncer de lengua móvil. Las características mencionadas anteriormente, así como lo descrito por Zhang y cols. en 2015<sup>15</sup>, quienes muestran los buenos resultados específicos de este tipo de colgajo en la reconstrucción de hemiglosectomía, hicieron que el colgajo supraclavicular fuese la técnica quirúrgica escogida en los pacientes descritos, con una variedad del sitio a reconstruir.

Respecto a las complicaciones, éstas se pueden clasificar de acuerdo con su tiempo de aparición en tempranas y tardías, aunque no existe una definición exacta respecto a cuál es el tiempo exacto dividirá ambas categorías. La **Tabla 3** ejemplifica la definición empleada en este estudio.

Estas complicaciones se presentaron en 3 de los 7 casos. En 2 casos se trató de complicaciones menores relacionada con la dehiscencia del sitio donante, con buena evolución clínica, mientras que 1 caso correspondió a una dehiscencia del colgajo supraclavicular producto del daño provocado por una fistula faringocutánea, el que debió ser reforzado quirúrgicamente y no por una complicación del colgajo en sí. De estos pacientes 2/3 habían recibido radioterapia previamente a la cirugía, marcando una tendencia entre estas 2 variables en concordancia con la literatura, en la que se

describe que las complicaciones se presentan en mayor número en este grupo de pacientes<sup>7</sup>, pero sin poder establecer una significancia estadística debido al tamaño muestral. Los datos obtenidos en relación a las complicaciones de esta técnica están en plena concordancia con lo reportado por casuísticas internacionales, las que destacan al colgajo supraclavicular por la baja tasa de complicaciones<sup>6,8,16-18</sup>.

Este estudio constituye la primera publicación de experiencia en efectividad del colgajo supraclavicular en cirugía oncológica en nuestro país. En nuestra experiencia, a pesar de contar con una muestra pequeña, vemos que la utilización del colgajo supraclavicular tuvo éxito en los 7 casos realizados, permitiendo reconstruir de manera eficaz las secuelas tumorales de los distintos cánceres de cabeza y cuello que presentaban los pacientes intervenidos.

### Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos. Si bien, nuestro hospital es un hospital de referencia, la patología oncológica de cabeza y cuello es baja con una incidencia en Estados Unidos en 2020 del 3% en relación a todos los cánceres<sup>19</sup>. Según los registros de GLOBOCAN, el año 2022 Chile registró una incidencia de 0,58% para cáncer de cavidad oral, 0,41% para cáncer de laringe, 0,21% para cáncer de orofaringe, 0,20% para cáncer de glándulas salivales y un 0,10% para cáncer de hipofaringe<sup>20</sup>. Otro aspecto limitante a considerar, es el período de evaluación se encuentra acotado a un seguimiento de corto plazo, lo que impide extraer conclusiones respecto a resultados funcionales y reconstructivos a largo plazo. No obstante, los resultados observados aportan evidencia preliminar relevante sobre la factibilidad y seguridad del colgajo supraclavicular en el contexto de la reconstrucción en cáncer de cabeza y cuello.

### Conclusión

La reconstrucción oncológica en cabeza y cuello está constituida por diferentes desafíos no solo anatómicos y funcionales, sino que

también estéticos que deben hacer pensar al cirujano cuál es la mejor técnica quirúrgica para enfrentarlos. La técnica de colgajo en isla de la arteria supraclavicular ofrece ventajas quirúrgicas en tiempo, recursos, funcionalidad y curva de aprendizaje del cirujano en comparación con las técnicas de colgajos libres microvasculares que lo hacen un excelente candidato al momento de escoger que técnica utilizar. Esto es relevante tanto para cada uno de los pacientes intervenidos como en términos de salud pública, constituyendo una alternativa viable y eficiente para muchos centros de salud. En esta serie de casos se analizó y evidenció la factibilidad quirúrgica de esta técnica, con un resultado exitoso en todos los casos revisados. La planificación y correcta selección de pacientes es crucial para obtener estos resultados.

## Bibliografía

- Pallua N, Magnus N. The tunneled supraclavicular island flap: an optimized technique for head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Mar;105(3):842-51;discussion 852-4. doi: 10.1097/00006534-200003000-00003
- Kozin E, Sethi R, Herr M, Shrimme M, Rocco J, Lin D, Deschler D, Emerick K. Comparison of perioperative outcomes between the supraclavicular artery island flap and fasciocutaneous free flap. *Otolaryngology-Head and Neck surgery* 2016, Vol. 154(1):66-72. doi: 10.1177/0194599815607345
- González-García J, Chiesa C, Sistiaga-Suarez J, Larruscain E, Urzan-Murcia J, Altuna X. Pedicled supraclavicular artery island flap versus free radial forearm flap: perioperative outcomes in head and neck reconstruction. *Cureus* 2021 13(2) e13212 doi: 10.7759/cureus.13213
- Lamberty B. The supra-clavicular axial patterned flap. *Br J Plast Surg*. 1979 Jul;32(3):207-12. doi: 10.1016/s0007-1226(79)90033-x
- Kokot N, Kim J, West J, Zhang P. Supraclavicular artery island flap: critical appraisal and comparison to alternate reconstruction. *Laryngoscope* 2022 Feb;132 suppl 3:1-14. doi: 10.1002/lary.28706
- Morales C, Moreno M. Reconstrucción en cabeza y cuello: Un desafío en oncología. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2018, 78: 439-450. Doi 10.4067/s0717-75262018000400439
- Vinh V, Van Anh T, Ogawa R, Hyakusoku H. Anatomical and clinical studies of the supraclavicular flap: analysis of 103 flaps used to reconstruct neck scar contractures. *Plast Reconstr Surg*. 2009;123:1471-1480. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181a2055a
- González-García J, Chiesa-Estomba C, Sistiaga J, Larruscain E, Alvarez L, Altuna X. Utilidad y versatilidad del colgajo en isla de la arteria supraclavicular en reconstrucción de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2017.03.004>
- Teymoortash A, Mandapathil M, Hoch S. Indications for reconstruction of mucosal defects in oropharyngeal cancer using a supraclavicular island flap. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014;43(9),1054-1058. doi:10.1016/j.ijom.2014.04.012
- Chan J, Wong C, Ward K, Saint-Cyr M, Chiu E. Three-and four-dimensional computed tomographic angiography studies of the supraclavicular artery island flap. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Feb;125(2): 525-531. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181c82e37
- Chiu E, Liu P, Frielander P. Supraclavicular artery island flap for head and neck oncologic reconstruction: indications, complications and outcomes. *Plast Reconstr surg* 2009 Jul;124(1):115-123. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181aa0e5d
- Correia C, Wang W, Vincent A, Chan D, Ducic Y. Regional salvage flap options in head and neck reconstruction. *Semin Plast Surg* 2020 Dec 24;34(4):293-298. Doi: 10.1055/s-0040-1721767
- Gabrysz-Forget F, Tabet P, Rahal A, Bissada E, Christopoulos A, Ayad T. Free versus pedicled flaps for reconstruction of head and neck cancer defects: a systematic review. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;48:13. doi 10.1186/s40463-019-0334-y
- Granzow J, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd J. The supraclavicular artery island flap (SCAIF) for head and neck reconstruction: surgical technique and refinements. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 148: 933-40. doi: 10.1177/0194599813484288.
- Zhang S, Chen W, Cao, G, Dong Z. Pedicled Supraclavicular Artery Island Flap Versus Free Radial Forearm Flap for Tongue Reconstruction Following Hemiglossectomy. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2015; 26(6), e527-e530. doi:10.1097/scs.0000000000002031
- Pabiszczak M, Banaszewski J, Pastusiak T, Szyfter W. Supraclavicular artery pedicled flap in reconstruction of pharyngocutaneous fistulas after total laryngectomy. *Otolaryngol Pol*. 2015; 69: 9-13. doi: 10.5604/00306657.1147032.
- Nasr H, Friedlander P, Chiu E. Supraclavicular Artery Island Flap for Head and Neck Oncologic Reconstruction: 15-year Experience, Past, Present, Future. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023 Jun 19;11(6):e5052. doi: 10.1097/GOX.0000000000005052.
- Emerick K, Herr M, Deschler D. Supraclavicular flap reconstruction following total laryngectomy. *The Laryngoscope*, 2014;124(8), 1777-1782. doi:10.1002/lary.24530.

19. Castro S, Cardemil F. Carcinoma escamoso de cabeza y cuello: prevalencia, incidencia y trascendencia. *Rev. Cir.* 2025;77(1):73-78 Doi: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920250012315>
20. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [27 Enero 2026].