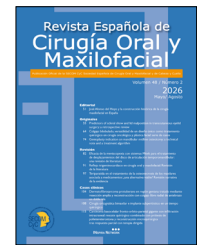




Revista Española de
Cirugía Oral y
Maxilofacial

www.revistacirugiaoralmxilofacial.es



Original

Colgajo bilobulado, versatilidad de un diseño único como tratamiento quirúrgico en cirugía oncológica y plástica facial: serie de casos

Mario Gutiérrez Acevedo^{*1,2}, Diego Vásquez Aravena², Matías Huichacura Medina²
y Estefanía Gutiérrez Inostroza²

¹Servicio de Otorrinolaringología y Cabeza y Cuello. Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile. ²Departamento de Cirugía Maxilofacial, Universidad San Sebastián. Concepción, Chile

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received 30-12-2025

Accepted: 16-06-2026

Palabras clave:

Colgajos quirúrgicos, colgajos cutáneos, colgajo bilobulado, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, neoplasias nasales.

R E S U M E N

Introducción: El colgajo bilobulado es un colgajo de doble transposición formado por dos lóbulos que comparten un mismo pedículo vascular y rotan desde un punto común. La nariz, por su prominencia y variaciones anatómicas, es el sitio más frecuente de carcinoma basocelular, cuya incidencia ha aumentado por el envejecimiento y la mayor exposición solar. La reconstrucción nasal depende del tamaño y la localización del defecto: los pequeños suelen cerrarse de forma primaria, los medianos se abordan con colgajos locales y los defectos mayores requieren colgajos regionales, decisión que debe basarse en las características del tejido vecino y del paciente. El propósito de este trabajo es presentar la técnica quirúrgica clásica del colgajo bilobulado descrita por Esser en la resección de carcinomas basocelular y espinocelular, modificada por Zitelli y que el autor vuelve a modificar en el tamaño de los lóbulos y la dirección y angulación de los flaps, basada en una revisión retrospectiva de diez casos, extraídos de una serie de más de 100 casos operados con este colgajo, realizados en el Hospital Regional de Concepción, Concepción, entre los años 2016 y 2022 y realizados por el mismo cirujano. Además, busca actualizar el tema mediante una revisión de la literatura narrativa y aportar una variante quirúrgica en la orientación y tamaño de los lóbulos que entrega un igual resultado estético.

Materiales y métodos: Todos los casos fueron abordados utilizando la técnica de colgajo bilobulado incluyendo los casos que muestran la modificación realizada.

Resultados: Factores como la laxitud tisular, edad, la prominencia de la zona nasal y espesor tegumentario, variaron entre los individuos y constituyen los principales determinantes del plan de tratamiento.

Discusión y conclusión: El colgajo bilobulado destaca como una técnica reconstructiva de excelencia para defectos nasales de hasta 2 centímetros, gracias a su capacidad de aportar

*Correspondence:

E-mail: mario.gutierrez@uss.cl (Mario Gutiérrez Acevedo).

<http://dx.doi.org/10.20986/recom.2026.1711/2025>

1130-0558/© 2026 SECOM CyC. Publicado por Inspira Network. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

tejido local con similitud estética, con excelente irrigación, distribuir de manera eficiente las tensiones y minimizar la distorsión de las estructuras vecinas. Su diseño geométrico preciso permite resultados altamente predecibles, tanto funcionales como cosméticos. Por su versatilidad, estabilidad y bajo índice de complicaciones, se posiciona como una de las opciones más confiables y efectivas en la reconstrucción nasal moderna.

Bilobed flap: versatility of a unique design in oncologic and facial plastic surgery. A case series

A B S T R A C T

Keywords:

Flaps surgical, skin flaps, bilobed flap, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, nasal neoplasms.

Introduction: The bilobed flap is a double-transposition flap, composed of two lobes that share a common vascular pedicle and rotate around a single pivot point. The nose, due to its prominence and anatomical variations, is the most frequent site of basal cell carcinoma (BCC), whose incidence has increased with population aging and greater sun exposure. Although multiple therapeutic options exist, surgery remains the treatment of choice. Nasal reconstruction depends on the size and location of the defect: small defects can typically be closed primarily, medium-sized defects are managed with local flaps, and larger defects generally require regional flaps. This decision must be based on the characteristics of the adjacent tissue and the individual patient. The purpose of this study is to present the classic bilobed flap surgical technique described by Esser for the resection of basal cell and squamous cell carcinoma, as modified by Zitelli and further modified by the author in terms of lobe size and flap direction and angulation. This modification is based on a retrospective review of ten cases, drawn from a series of over 100 cases operated on with this flap at the Regional Hospital of Concepción, between 2016 and 2022, all performed by the same surgeon. Furthermore, this study aims to clarify the topic through a literature review and to offer a surgical variant in the orientation and size of the lobes that achieve the same aesthetic result.

Materials and methods: All cases were managed using the bilobed flap technique, including cases that show the modification made

Results: Factors such as tissue laxity, age, nasal prominence, and skin thickness varied among individuals and served as the primary determinants of the treatment plan.

Discussion and conclusion: The bilobed flap stands out as an excellent reconstructive technique for nasal defects up to 2 centimeters nasal defects, due to its ability to provide local tissue with strong aesthetic, good irrigation, similarity, efficiently redistribute tension, and minimize distortion of adjacent structures. Its precise geometric design allows for highly predictable functional and cosmetic outcomes. Owing to its versatility, stability, and low complication rate, it remains one of the most reliable and effective options in modern nasal reconstruction.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cutáneo es una neoplasia maligna que deriva de las células de la epidermis (queratinocitos o melanocitos)¹. Es la neoplasia maligna más frecuente de la raza blanca². El cáncer de la piel puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en la piel expuesta a la luz solar³. De cada 100 cánceres, 4-5 son carcinomas de piel y de cada 10 cánceres de piel, 7 son carcinomas basocelular (CBC) y con alta incidencia en la población adulta mayor^{4,5}.

El tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma contempla diversas modalidades terapéuticas, incluyendo la escisión quirúrgica, la crioterapia, la terapia fotodinámica, la quimioterapia tópica, el láser y la radioterapia¹, mediante técnicas de cierre directo o diferido y a los colgajos cutáneos que son segmentos de piel que se traspan, rotan o avanzan desde zonas vecinas.

Estos últimos son la opción primaria, ya que tienen características propias que garantizan un paciente R0 o sin recidivas neoplásicas.

En general las resecciones de lesiones superficiales de una sola subunidad estética (mejilla, mentón, paredes nasales laterales y frente) requerirán uso de colgajos locales como colgajos bilobulados, rotaciones y avances simples amplios o el uso de colgajos romboidales o de Limberg^{6,7}.

Los colgajos cutáneos más comunes son los de avance, los de rotación y los de transposición, que son de fácil diseño y tallado, y que pueden realizarse en el paciente bajo anestesia local en la mayoría de los casos y con apoyo de anestesta para la eventual sedación o monitoreo⁸.

Las ventajas de los colgajos cutáneos locales son: similitud de color, igual textura, mínima distorsión, buena irrigación y estética.

El colgajo bilobulado es un colgajo de transposición que combina movimientos de rotación con avance⁹. El colgajo alcanza el defecto primario saltando piel sana; es un colgajo de dimensión igual o discretamente inferior al defecto. Su mayor ventaja es que utiliza tejido que procede distante al defecto, por ejemplo, para reconstruir defectos en el dorso, punta y ala de la nariz^{10,11}.

El diseño original del colgajo bilobulado se atribuye a Esser, quien lo describió en 1918 para la reconstrucción de defectos situados en la punta nasal. En 1989, Zitelli publicó su experiencia usando el colgajo bilobulado para la reconstrucción nasal, empleando ángulos de 45° entre cada lóbulo, de modo que la rotación total del tejido ocurra en no más de 90 a 100°; este amplió su uso para reconstruir defectos situados en el tronco y las plantas de los pies⁹. Actualmente se utiliza fundamentalmente en la región facial, sobre todo en la nariz. Los colgajos se describen más comúnmente según el método de transferencia (acción sobre el pedículo nutricional) y el diseño¹² (Figura 1).

En términos generales, para defectos pequeños (hasta 5 mm), es posible el cierre primario. Defectos medianos (6 a 20 mm) pueden repararse con colgajos locales. Defectos mayores (> 20 mm) requieren habitualmente colgajos regionales¹³. El autor ilustra los resultados con la técnica descrita por Zitelli inicialmente y luego muestra los resultados clínicos al realizar la variante de dos lóbulos en igual orientación y de tamaño variable, que permite abarcar áreas mayores con excelente resultado estético. Se describe en este estudio, el comportamiento clínico del colgajo bilobulado en la reconstrucción de

defectos generados en la cirugía de carcinomas de piel, particularmente del CBC en diferentes sitios de la región nasal, una de las más afectadas, por su ubicación a la exposición directa de la radiación UV^{3,13}.

Técnica quirúrgica clásica

El diseño del bilobulado comienza dibujando dos arcos. Un arco es igual a dos veces el radio (r) del defecto con el arco pasando por el punto central del sitio del defecto (arco punteado fino). El segundo arco es igual a tres veces el radio (r) pasando a lo largo del borde exterior del defecto (arco punteado grueso)¹⁴. Ambos arcos se originan en el mismo punto. El bilobulado se dibuja con el primer lóbulo igualando el mismo ancho del defecto y extendiendo sus bordes hasta el borde del segundo arco (Figura 1).

El segundo lóbulo se dibuja en forma de cono con el diámetro menor que el primer lóbulo y la altura el doble de la longitud del primer lóbulo; B: el eje del defecto y los dos lóbulos del colgajo están separados por 45°¹⁵; C: el colgajo bilobulado se transpone al sitio del defecto. El defecto del segundo lóbulo se cierra primero, seguido de la aproximación de los bordes del colgajo bilobulado al sitio del defecto¹⁶. En tercer lugar, se puede extirpar la deformidad de cono vertical creada en la base del primer lóbulo bilateral y, por último, se puede recortar el exceso de tejido en la punta del segundo lóbulo bilateral¹⁷; D: incisiones residuales que quedan después del cierre del defecto (Figuras 2 y 3).

El círculo sólido (AD) representa el defecto que se pretende reconstruir. Las líneas punteadas (AC) representan incisiones más profundas. Las líneas rojas (AD) son los bordes del colgajo que se están transponiendo. La flecha verde (D) muestra la fuerza direccional de la restricción pivotal sobre el colgajo, es la zona de mayor tensión para el flap (Figura 3).

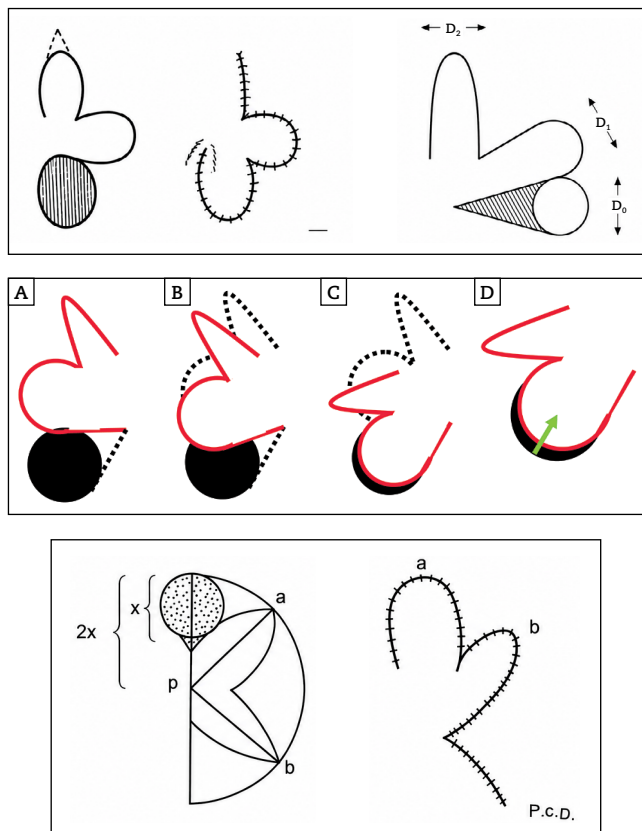


Figura 1. Orientación del diseño estándar del colgajo bilobulado de Zitelli⁹.

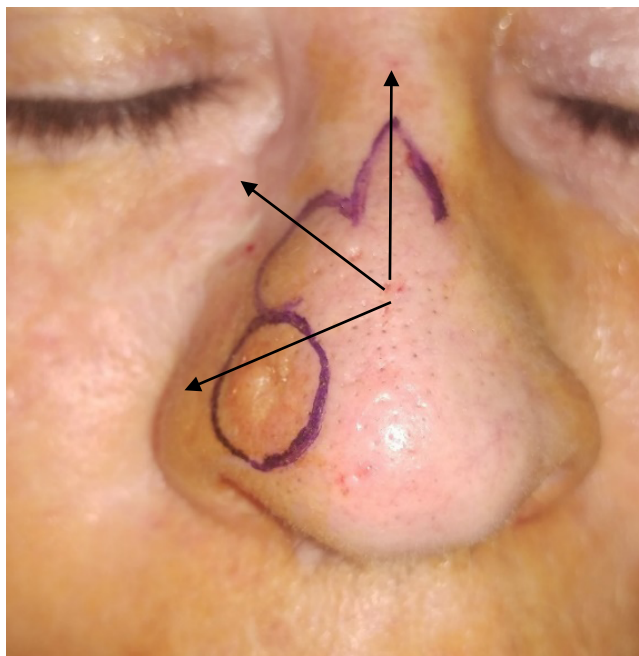


Figura 2. Diseño del colgajo bilobulado en la paciente.

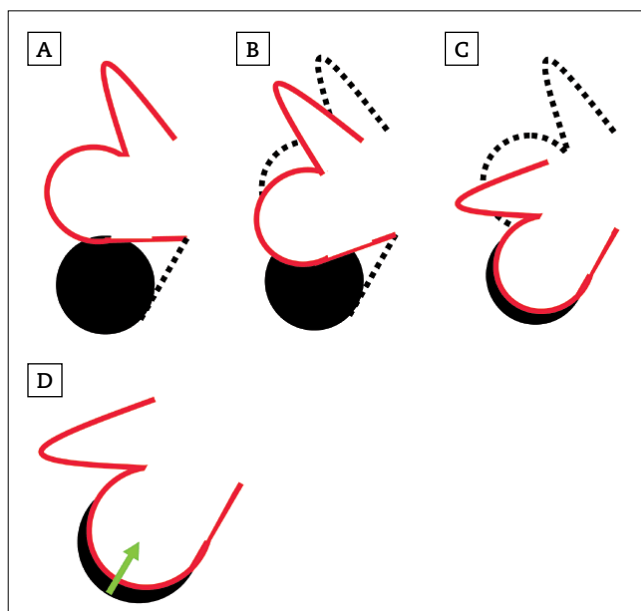


Figura 3. Esquema de un colgajo bilobulado de Zitelli[®].

METODOLOGÍA

Los criterios de inclusión son:

1. Carcinoma espinocelular y/o basocelular confirmado histopatológicamente (con biopsia, dermatoscopia o evolución clínica).
2. No mayor a 2 cm, susceptible de ser resecados y reconstruidos con colgajos locales, principalmente con el bilobulado por su ubicación.
3. Que demuestren la versatilidad, viabilidad del colgajo y la variante propuesta.
4. Operados e intervenidos entre 2016 al 2022 y representativos de la serie.
5. Casos que evidencia la versatilidad de la modificación propuesta por el autor, fundamentalmente en zonas complejas o críticas de la región facial.

Los criterios de exclusión son:

1. Todos aquellos casos superiores a 3 cm resecados y reconstruidos con otro tipo de colgajo local (Limberg, avance y doble avance que serán motivo de otra presentación).
2. Lesiones neoplásicas de menor tamaño compatibles con melanoma.
3. Neoplasias ubicadas en zonas con discrepancias con las líneas de tensión facial y/o críticas para la estética final (mejilla, mentón, labios).
4. Ubicadas en zonas en que la reconstrucción no garantiza un pronóstico funcional y estético favorable.

De una serie total de más de 100 casos intervenidos con esta técnica, se seleccionaron los 8 casos más representativos por el resultado funcional y estético obtenido, a un año de realizadas, 2 con la técnica de Zitelli y 6 con la modificación propuesta por el autor, comprobando clínicamente la efectividad de esta variante en el tallado de los lóbulos, en angulación y dirección de los colgajos, propuesta por el autor vs. el colgajo original de Zitelli.

REPORTE DE CASOS

Se presentan en esta serie de casos a pacientes portadores de carcinomas de piel no melanoma, de diferente tamaño y localización en el área facial, que fueron evaluados en un comité oncológico (cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, dermatólogos, patólogos, enfermeras, psicólogos) que determinó la mejor opción terapéutica, considerando el estatus médico del paciente, que en estos casos fue la cirugía y en otros la quimioterapia tópica o la braquiterapia.

Factores como el tiempo de evolución, el aspecto clínico de la lesión neoplásica, la dermatoscopia, los cuellos negativos o un eventual TAC, son considerados para realizar una hipótesis diagnóstica inicial de CBC o de un carcinoma escamoso.

Previo a la cirugía, el cirujano debe planificar la zona desde donde va a crear el colgajo bilobulado, considerando el tamaño del defecto quirúrgico y la calidad de la piel vecina. Todos los pacientes, con un rango etario entre 81 y 30 años, fueron estabilizados en su morbilidad crónica e ingresados a pabellón para ser intervenidos bajo anestesia local asistida (apoyo y monitoreo por médico anestesista). Las lesiones una vez resecadas, con margen de seguridad, son enviadas de inmediato a un patólogo que las procesa y examina, y en 30-45 minutos entrega el diagnóstico más probable y el estado de los márgenes resecados. Ahí se sutura el colgajo o se amplía el margen, en caso de persistencia tumoral.

Reporte de casos con técnica tradicional de Zitelli, intervenidos por el autor

A continuación, se ilustran dos casos de carcinomas de la región facial intervenidos con la técnica de Zitelli en pacientes adultos mayores con pocas co-morbilidades y con buenos resultados estéticos y funcionales (Figura 4 y 5).

Reporte de casos con la modificación del autor a la técnica de Zitelli

Desde los casos clínicos 1 al 6, se describe la variación del auto, que ilustra el excelente desempeño del colgajo diseñado con dos lóbulos simétricos y casi paralelos al defecto, representado esquemáticamente en la Figura 6, en la que la transposición a 45° o menos de 45°, o con vectores paralelos y con el desbridamiento adecuado de los bordes receptores, permite un cierre sin tensión, sin comprometer la irrigación y con igual resultado en cuanto a color, textura y estética final. Complementariamente, se incorpora un modelado tridimensional referencial tipo Slicer y una fotografía clínica que ilustra el diseño y la transposición del colgajo bilobulado en la región frontal, facilitando la descripción de la técnica, la movilización y distribución de vectores de tensión del tejido durante su ejecución. Es importante realizar una adecuada debridación de los bordes del lecho receptor, lo que facilita la correcta ubicación de los flaps (Figura 7).

Reporte de caso clínico 1

Paciente varón de 77 años, hipertenso y diabético, usuario de metformina, que consulta por lesión melánica en ala nasal derecha de 5 mm, ulcerada y costrosa de un año de evolución, indolora y ocasionalmente sangrante. La dermatoscopia

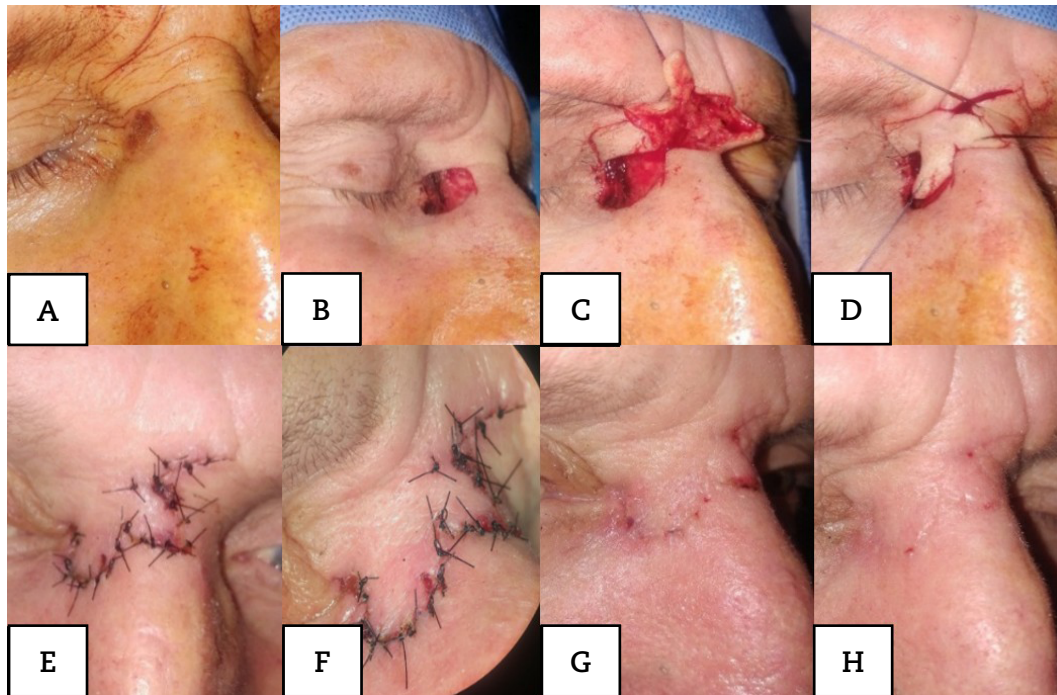


Figura 4. A: lesión cantal derecha. B: resección con margen. C: levantamiento del colgajo. D: trasplante del colgajo. E: colgajo suturado. F: visión bajo microscopía. G: retiro de puntos a los 7 días. H: resultado a 20 días.

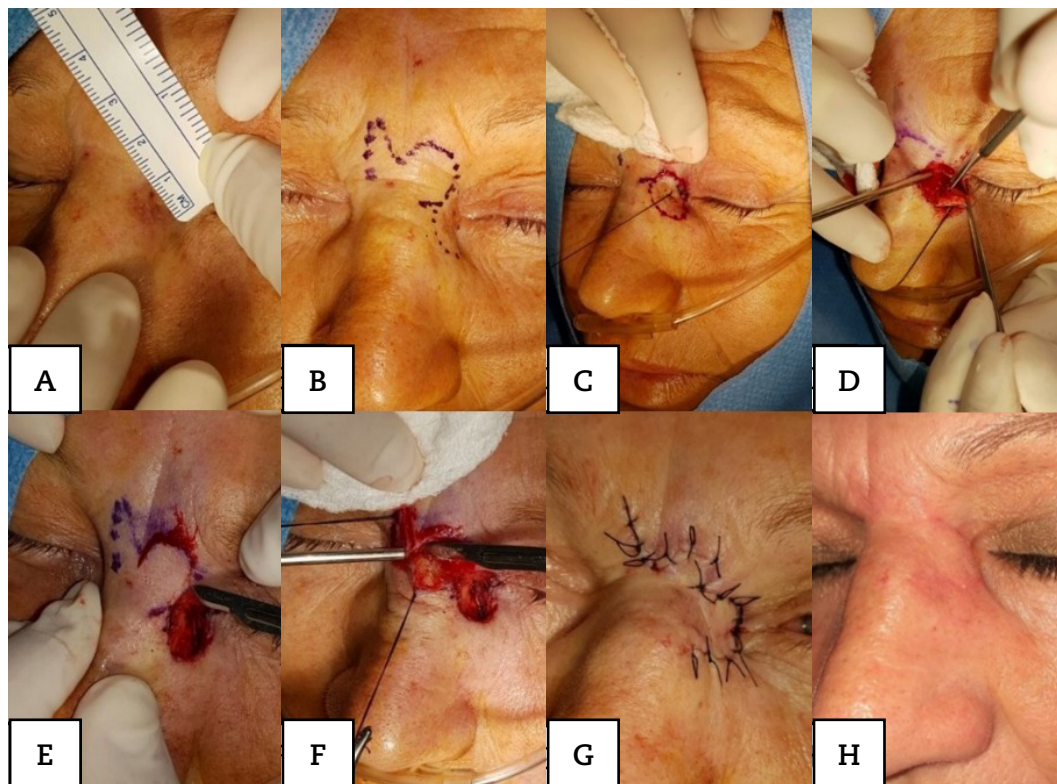


Figura 5. A: medición de lesión. B: diseño del flap y de la resección. C: resección tumoral. D: hemostasia controlada. E: tallado de los lóbulos. F: disección en bordes del lecho receptor. G: sutura en piel. H: evolución a 30 días.

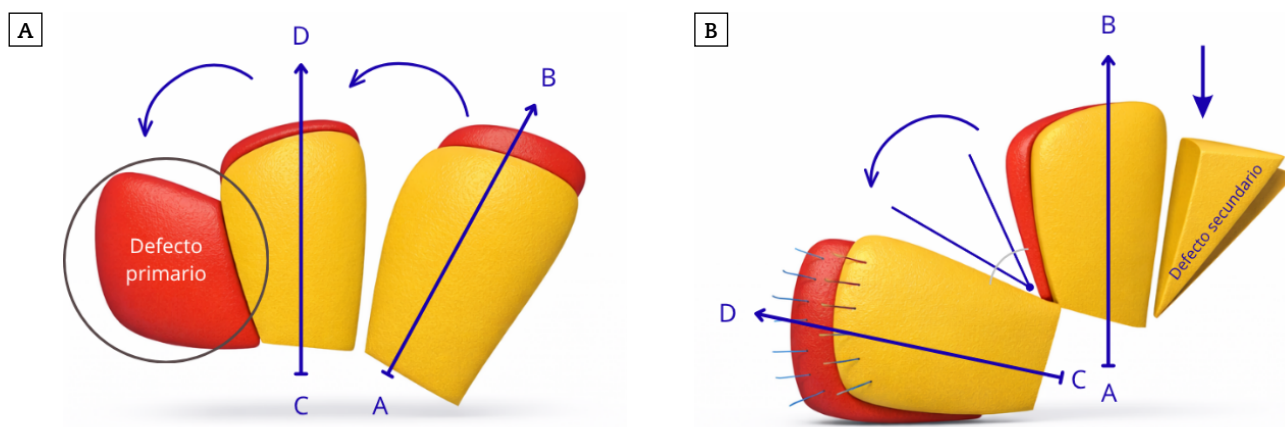


Figura 6.A: esquema del diseño modificado del colgajo bilobulado. B: esquema de la transposición de los lóbulos y cierre del defecto.

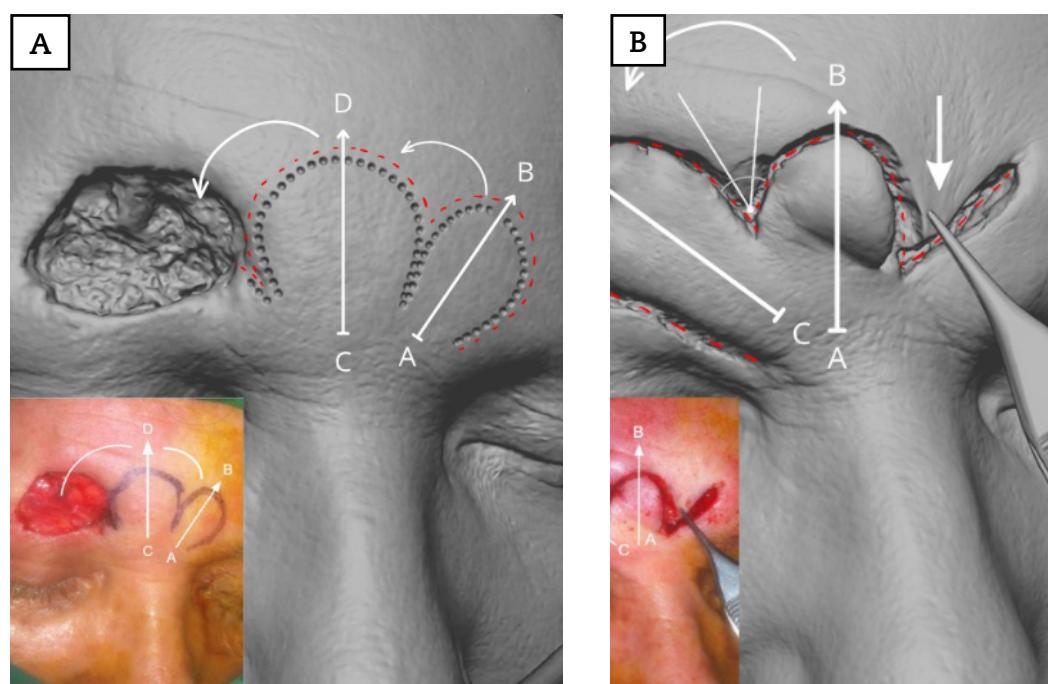


Figura 7. A: modelado 3D y fotografía clínica de la variante propuesta para el colgajo bilobulado original. B: modelado 3D de la transposición.

muestra un CBC y el comité oncológico determina cirugía, considerando la presencia de cartílago alar bajo piel, que con radioterapia podría generar una condro-necrosis posterior. Se programa la cirugía en pabellón bajo anestesia local asistida, realizando un diseño del colgajo y considerando la piel de la pared nasal lateral para el tallado de los lóbulos. En este paciente se diseñaron y tallaron 2 lóbulos idénticos, con una transposición sin tensión al debridar el lecho receptor, obteniendo un resultado similar al de la técnica original (Figura 8).

Reporte de caso clínico 2

Paciente mujer de 60 años, que consulta por lesión en dorso nasal de más de un año de evolución, de aspecto nodular,

costrosa y con extensión circular de más de un centímetro. Sin antecedentes mórbidos de importancia, es derivada de su centro de salud familiar para evaluación por especialista. Con exámenes normales y sin focos de extensión tumoral, es presentada al comité oncológico que determina cirugía y reconstrucción con colgajos por diagnóstico dermatoscópico de un CBC.

En pabellón se procede a medir la lesión, se diseña la resección y los lóbulos, uno mayor, más cercano a la resección, y otro de menor diámetro para cubrir el primer defecto. Se infiltra la zona con vasoconstrictor. Luego se reseca con margen, se envía la muestra a biopsia rápida y, mientras, se levanta el colgajo diseñado para su transposición. El patólogo informa CBC con bordes libres y se procede al cierre por planos (Figura 9).



Figura 8 A: lesión alar nasal. B: diseño flap y resección. C: resección tumoral. D: liberación de la piel. E: transposición de la piel. F: sutura plano profundo. G: sutura en piel. H: control a 8 días.

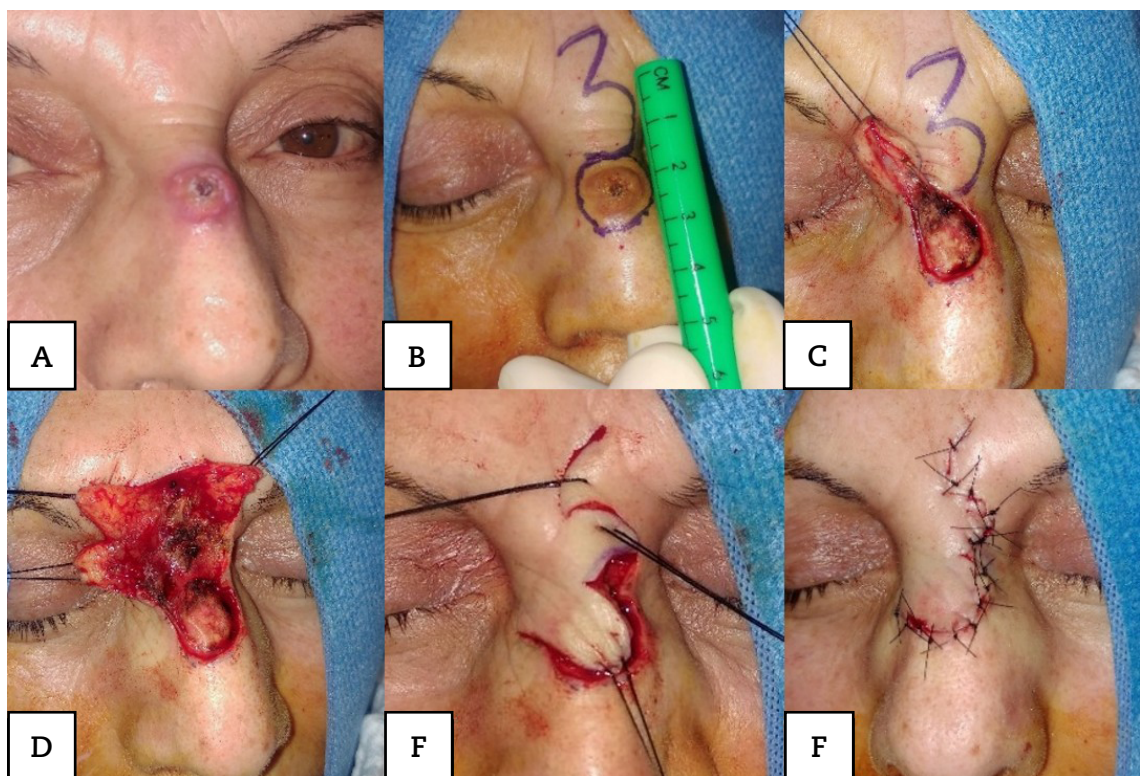


Figura 9. A: lesión en dorso. B: medición y diseño del colgajo. C: resección tumoral. D: tallado y abertura del colgajo. E: transposición. F: sutura final.

Reporte de caso clínico 3

Paciente mujer de 30 años, que consulta en su consultorio por lesión nodular de 1 cm en la punta nasal de 2 años de evolución, iniciándose como una vesícula puntiforme. La evaluación con dermatoscopia indica CBC nodular. Se decide en comité resección quirúrgica. En pabellón se diseña el marco de resecado y los lóbulos de reconstrucción, de igual tamaño que el defecto, es nuestra modificación al diseño de Zitelli, con lóbulos iguales y en igual dirección. La cirugía se realiza sin incidentes, con muy buen postoperatorio y un resultado final óptimo (Figura 10).

Reporte de caso clínico 4

Paciente varón de 79 años, que presenta lesión en la punta nasal de 8 mm y con trazos lineales tumorales. El comité oncológico determina resección quirúrgica. Con hipertensión controlada y una enfermedad renal crónica en etapa 3.^a, se planifica su cirugía con reconstrucción con colgajo bilobulado modificado, bajo anestesia local infiltrativa. La cirugía se realiza sin inconvenientes; una biopsia rápida informa CBC con bordes libres. La buena laxitud de la piel permite tallar y desplazar los dos lóbulos idénticos hacia la punta nasal, con desbridamiento del lecho receptor y tracción sin tensión o riesgo de isquemia.

El paciente evoluciona favorablemente con un resultado a los 6 meses muy estético (Figura 11).

Reporte de caso clínico 5

Paciente varón de 74 años, consulta por lesión de 9 meses de evolución, en la punta nasal, costrosa no ulcerada y solavantada de 10 mm de diámetro. Portador de hipertensión arterial bajo tratamiento, es presentado al comité oncológico, que determina cirugía y reconstrucción con colgajo local. Con anestesia local asistida, se resecta la lesión, se envía a biopsia rápida, que informa como CBC nodular con bordes libres. Se tallan los lóbulos de igual tamaño y dirección, se transponen sin tensión y se suturan por planos. El resultado a los 6 meses es muy favorable (Figura 12).

Reporte caso clínico 6

Paciente varón de 80 años con lesión neoplásica de 7 meses de evolución en la punta nasal. Diabético controlado y con enfermedad pulmonar obstructiva, es visto por especialista derivado de su consultorio urbano. En el comité oncológico se sugiere un CBC nodular y se indica cirugía de la lesión. Se planifica una resección con margen y una reconstrucción con

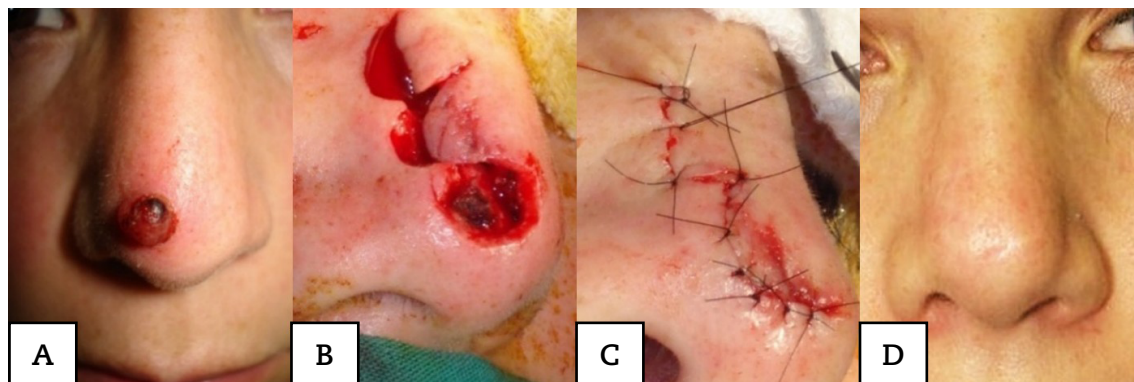


Figura 10 A: lesión neoplásica. B: tumor resecado y lóbulos tallados. C: colgajo transpuesto y suturado. D: resultado a los 3 meses.

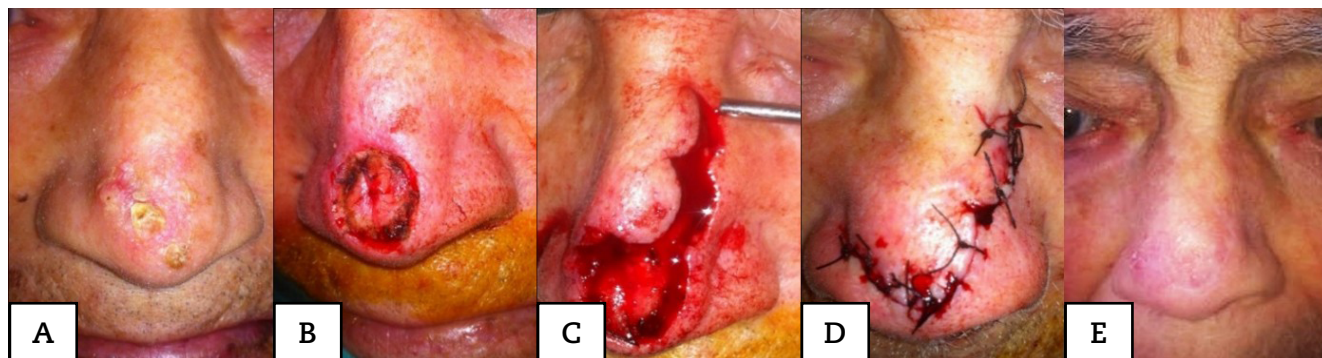


Figura 11. A: tumor en punta nasal. B: resección. C: tallado del colgajo. D: sutura. E: control 6 meses.

colgajo bilobulado modificado. Sin incidentes en su cirugía, la biopsia rápida informa un CBC con bordes libres. Evoluciona sin complicaciones (Figura 13).

DISCUSIÓN

La alta incidencia del cáncer de piel en la región facial hace necesario contar con técnicas quirúrgicas que logren erradicar la lesión neoplásica y al mismo tiempo entreguen una buena

respuesta estética en los pacientes, considerando lo expuesta de esta zona anatómica.

Los colgajos cutáneos son una excelente opción en manos de cirujanos entrenados que deben manejar la oncología y la plástica facial. En este contexto, el colgajo bilobulado se constituye en una excelente alternativa para reconstruir los defectos generados en la cirugía de neoplasias nasales principalmente por ser de fácil realización y tallado, alcanza el defecto con rotación y avance, tracción con mínima tensión, sin deformidad residual y con textura y color óptimo, lo que sumado a la

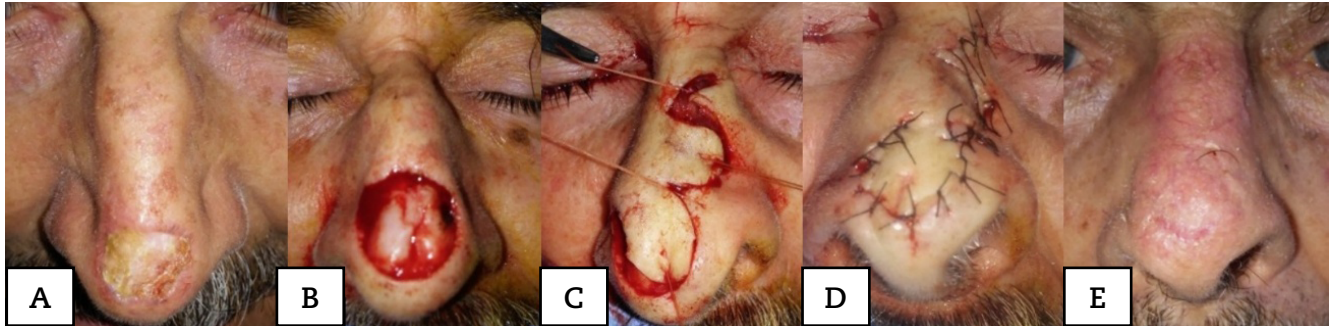


Figura 12. A: tumor en punta nasal. B: resección. C: tallado y transposición de lóbulos. D: sutura por planos. E: aspecto a 8 meses de su cirugía.

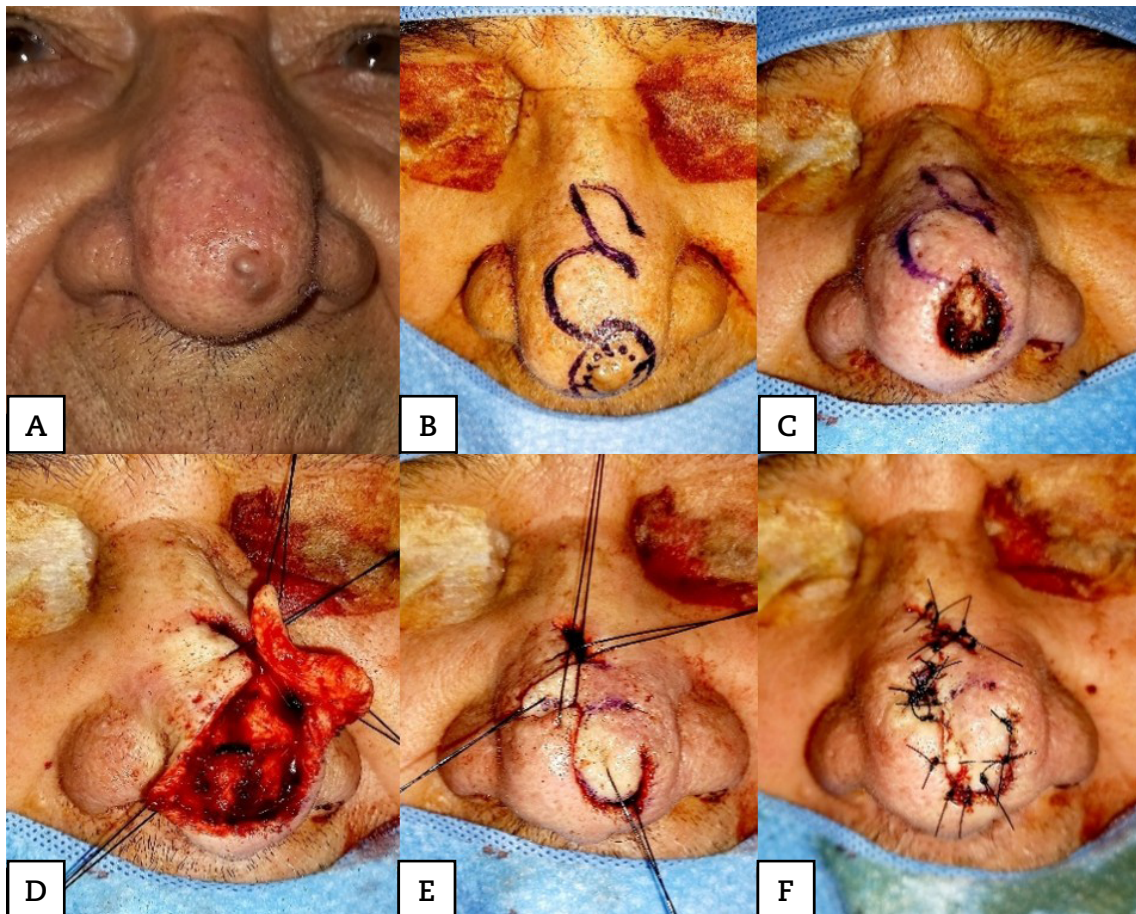


Figura 13. A: neoplasia en punta nasal. B: diseño del colgajo. C: resección tumor. D: tallado. E: transposición. F: cierre por planos.

exquisita vascularización de la nariz, permite gran vitalidad y es muy difícil la necrosis por isquemia de estos colgajos y es casi nula la observancia de infecciones postoperatorias.

Hemos descrito e ilustrado en esta pequeña serie de casos, la utilización de la técnica tradicional que expuso Zitelli y luego las modificaciones al diseño realizadas por el autor que considera dos lóbulos casi idénticos en tamaño y dirección, que rotan 45° o menos, para alcanzar el lecho receptor sin comprometer la irrigación del colgajo al limitar su tracción.

Los resultados obtenidos con este colgajo en su versión original y en la variante propuesta fueron altamente satisfactorios para la mayoría de los pacientes y reflejan aún más la versatilidad de los dos lóbulos para reconstruir los defectos quirúrgicos generados postexéresis de neoplasias cutáneas faciales o en cirugía plástica ante pérdida tisular por trauma.

CONCLUSIÓN

El colgajo bilobulado ha demostrado ser una alternativa reconstructiva segura, confiable y estéticamente favorable en el manejo de defectos faciales quirúrgicos. En la presente serie de diez casos clínicos, esta técnica permitió un adecuado manejo tisular, con resultados funcionales y estéticos satisfactorios, minimizando la tensión, asegurando la viabilidad del colgajo y las distorsiones del contorno. Si bien su ejecución es técnicamente sencilla, su diseño requiere una planificación preoperatoria cuidadosa, considerando el tamaño del defecto, la localización anatómica, la unidad estética afectada, la laxitud cutánea y la orientación de los vectores de tensión. Se requieren estudios adicionales con un mayor número de pacientes para corroborar estos hallazgos y definir con mayor precisión sus indicaciones y limitaciones. La variante descrita en este trabajo, que modifica la dirección y tamaño de los lóbulos, es factible, viable y entrega resultados estéticos igualmente satisfactorios.

AGRADECIMIENTOS

Al comité Oncológico de Cabeza y Cuello, a los Servicios de Dermatología y Otorrinolaringología y de Cabeza y Cuello, donde los pacientes de esta serie fueron evaluados, diagnosticados y manejados quirúrgicamente en el Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha contado con ninguna fuente de financiación.

ÉTICA DE PUBLICACIÓN

Este artículo no incluye estudios experimentales en animales. Todos los pacientes fueron intervenidos y documentados por el autor y otorgaron su consentimiento informado para fines académicos y científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
2. Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2016.
3. Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
4. Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R, editors. WHO Classification of Skin Tumours. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2018. (WHO Classification of Tumours; Vol. 11).
5. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
6. Dagnino B, Cifuentes I, Salisbury C. Reconstrucción de cabeza y cuello. Rev Med Clin Las Condes. 2016;27(1):29-37. DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.01.005.
7. Perez IJB, Morales UAG, Robles EP. Facial reconstruction using a bilobed flap following extensive resection of right hemifacial squamous cell carcinoma. Cureus. 2025;17(7):e89126. DOI: 10.7759/cureus.89126.
8. Robinson JK, Sengelmann RD, Hanke CW, Siegel DM. Cirugía dermatológica. 2.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2010.
9. Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction. Arch Dermatol. 1989;125:957-9.
10. Cho M, Kim DW. Modification of the Zitelli bilobed flap. Arch Facial Plast Surg. 2006;8(6):404-9. DOI: 10.1001/archfaci.8.6.404.
11. Shay A, Zaniletti I, Coffman H, Mehta S, Richter G. Comparing feedback techniques in bilobe flap simulation using 3D-printed facial models. OTO Open. 2023;7(4):e90. DOI: 10.1002/oto.2.90.
12. Patel KG, Sykes JM. Concepts in local flap design and classification. Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;22(1):13-23. DOI: 10.1016/j.otot.2010.09.002.
13. Castillo DP, Yagnam DM, Troncoso RA, Fuentes FP, Feres WM, Coronel FD. Colgajo bilobulado en epitelomas basocelulares nasales. Rev Chil Cir. 2014;66(3):215-9. DOI: 10.4067/S0718-40262014000300004.
14. Menick FJ. Nasal reconstruction. In: Grabb WC, Smith JW, Aston SJ, Beasley RW, Thorne CH, editors. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 389-402.
15. Weerda H. Reconstructive Facial Plastic Surgery. Stuttgart: Thieme; 2001. p. 28-40.
16. Donald PJ, editor. Facial Plastic Reconstructive and Trauma Surgery. 1st ed. New York: Thieme; 2003. p. 77-90.
17. Prado A, Andrade P, Sepúlveda S, Benítez S. Colgajos. En: Andrade P, Sepúlveda S, eds. Cirugía Plástica Esencial. Santiago: Hospital Clínico Universidad de Chile; 2005. p. 65-78.