

Doble colgajo de avance como opción terapéutica en corrección de defectos de labio inferior. Reporte de un caso.

JUAN M. FAMILIA

Médico residente de 4to año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

ROSSY NÚÑEZ

Médico residente de 4to año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

MARISA VÓLQUEZ

Médico residente 1er año de cirugía dermatológica, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

ÁNGEL TAVERAS

Médico cirujano-oncólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

FÉLIX PADILLA

Médico Patólogo del IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana

Correspondencia a: doctorjuanfamilia@gmail.com

Resumen. El labio es una estructura que cumple importantes funciones tales como, constituir la puerta de entrada al organismo de todos los alimentos, protección de las estructuras bucales y participación en la fonación. Conservar todos estos principios supone un desafío para el cirujano dermatólogo cuando se enfrenta a una reconstrucción en esta área anatómica. La reconstrucción de los defectos localizados en el labio inferior es un reto quirúrgico al que debe enfrentarse el cirujano dermatólogo a menudo en la práctica diaria. Existen numerosas técnicas en función del tamaño del defecto originado tras la extirpación que intentan preservar la funcionalidad del labio, así como obtener un resultado estético aceptable; dentro de estas tenemos, la extirpación en cuña y cierre directo, colgajo de Karapandzic o el colgajo de Camille Bernard, entre otros. Presentamos el caso de un masculino de 38 años de edad con un carcinoma epidermoide de labio inferior, el cual fue intervenido quirúrgicamente dejando un defecto de 40 % del labio inferior, donde se utilizó doble colgajo de avance para su reparación, con buenos resultados funcionales y estéticos. En este artículo proponemos una técnica sencilla, que no requiere grandes movilizaciones de tejido, proporciona la ventaja de que se logra en un solo acto quirúrgico, es de rápida realización y que preserva una buena movilidad, sensibilidad y funcionalidad.

Palabras claves: *doble colgajo de avance, carcinoma epidermoide, labio inferior.*

Double advancement flap as a therapeutic option for correction of lower lip's defects. Case Report.

Abstract. Lips is a structure that perform important functions such as form the gateway to the body of all food, protection of the oral structures and participation in phonation. Save all these principles is a challenge for the dermatologist surgeon when faced with a reconstruction in this anatomical area. The reconstruction of defects located on the lower lip is a surgical challenge is faced dermatologist surgeon often in daily practice. There are numerous techniques depending on the size of the defects that after removal, seeking to preserve the functionality of the lip, and an acceptable cosmetic result; within these have, wedge excision and direct closure, Karapandzic flap or Camille Bernard flap, among others. We report the case of a male 38 years of age with a squamous cell carcinoma of the lower lip, which was operated leaving a defect of 40 % of the lower lip, where double advancement flap for repair was used, with good functional and esthetic results. We propose a simple technique that does not require large tissue mobilizations, provides the advantage that is achieved in one surgical procedure, is rapid implementation and preserve good mobility, sensitivity and functionality. **Keywords:** *double advancement flap, epidermoid carcinoma, lower lip*

INTRODUCCIÓN

Los labios son estructuras que cumplen importantes funciones tales como, constituir la puerta de entrada al organismo de todos los alimentos, protección de las estructuras bucales y participación en la fonación.^{1,2} Conservar todos estos principios supone un desafío para el cirujano dermatólogo cuando se enfrenta a una reconstrucción en esta área anatómica.²

Los labios son de gran importancia estético-funcional y pueden ser

afectados por diferentes noxas como traumatismos, quemaduras o neoplasias. Su reconstrucción es objeto de muchas publicaciones, sin embargo no se encuentra fácilmente en la literatura una sistematización de técnicas que guíen al cirujano en su manejo.³

De entre los tumores malignos de los labios, el más común es el carcinoma epidermoide. Se trata de un tumor agresivo, invasor, que puede dar metástasis si no es tratado precoz y radicalmente.⁴ Es el tumor más frecuente de cabeza y cuello, localizándose en el 95 % de

los casos en el labio inferior.⁵ Su epidemiología nos habla de que este tumor es 10 veces más frecuente en hombres que en mujeres.⁴

La reconstrucción de los defectos localizados en el labio inferior supone un reto quirúrgico al que debe enfrentarse el cirujano dermatólogo a menudo en la actividad diaria. Existen numerosas técnicas en función del tamaño del defecto originado tras la extirpación que intentan preservar la funcionalidad del labio, así como obtener un resultado estético aceptable, como son la extirpación en cuña y cierre directo, el colgajo de Karapandzic o el colgajo de Camille Bernard, entre otros. Algunas de estas opciones requieren movilizaciones importantes de tejido, siendo técnicas, en ocasiones, complicadas de realizar.²

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 38 años de edad, soltero, carpintero, fototipo Fitzpatrick IV, procedente y residente de Santo Domingo, Rep. Dom., con antecedente personales patológico, alérgicos y heredofamiliares, no contributorios para patología en cuestión; quien acude a consulta por dermatosis que afecta labio inferior, de 5 años de evolución, asintomática.

El examen físico muestra dermatosis constituida por neoformación redondeada, bien limitada, eritematosa, infiltrada, de superficie irregular, verrugosa, de dimensiones comprendidas entre 1,5 por 1 cm de diámetro. *Figura No. 1.* No se palparon adenopatías regionales.



Figura No. 1. Neoformación correspondiente a carcinoma epidermoide de labio inferior.

Se solicitan analíticas de laboratorio: hemograma, glucemia, examen general de orina, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), anti VIH, antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg), antígeno de hepatitis c (anti HVC), prueba serológica para sífilis (VDRL), dentro de límites de referencia, negativos y no reactivo, respectivamente.

Se realiza biopsia incisional y se envía muestra para estudio histopatológico que reporta extirpación biopsia de neoplasia epitelial

maligna, caracterizada por la proliferación de células escamosas con abundantes perlas de queratina, que se disponen formando nidos, abundantes células disqueratóticas con atipia marcada y pleomorfismo celular con figuras de mitosis. *Figuras 2 - 5.*

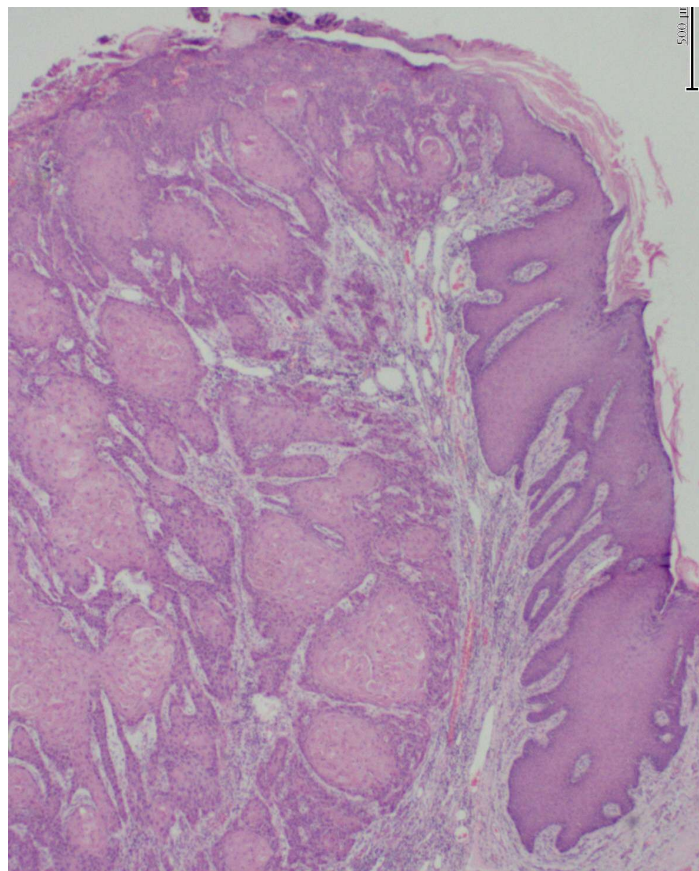


Figura No. 2. Extirpación biopsia, zona transicional, denotando, a la derecha, epitelio íntegro y, a la izquierda, neoplasia de células escamosas con abundantes perlas de queratina. HE 10X.

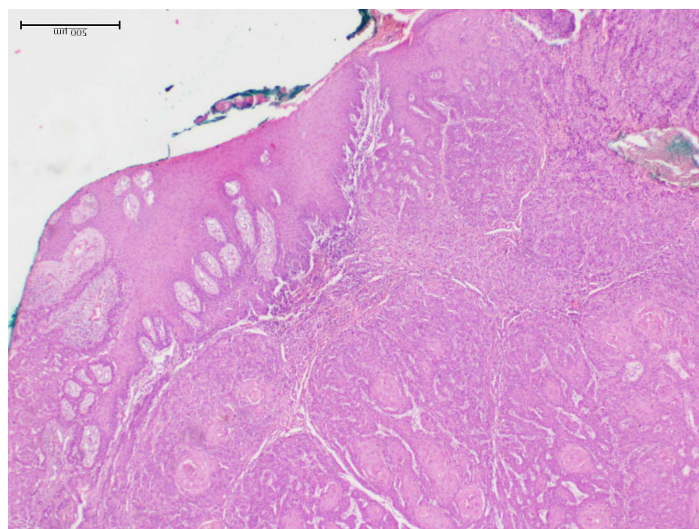


Figura No. 3. Proliferación de células escamosas que se disponen formando nidos y abundantes perlas de queratina. HE 40X.

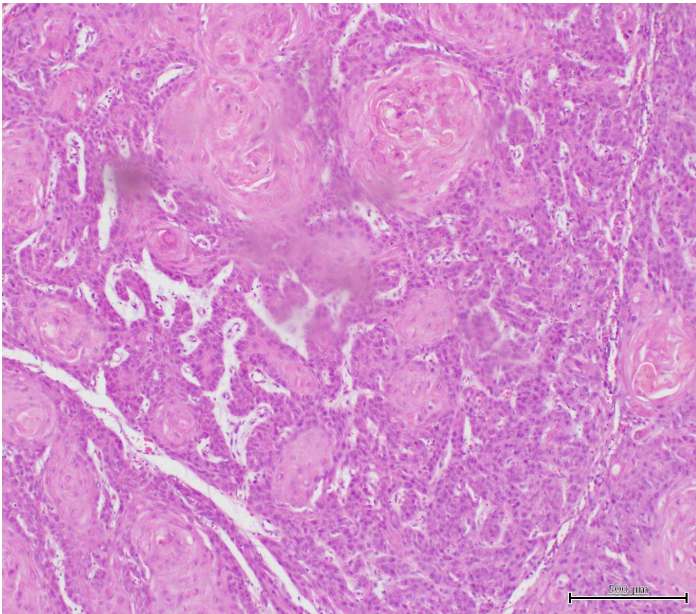


Figura No. 4. Abundantes células escamosas disqueratóicas, formando perlas de queratina, y atipia marcada. HE 100X.

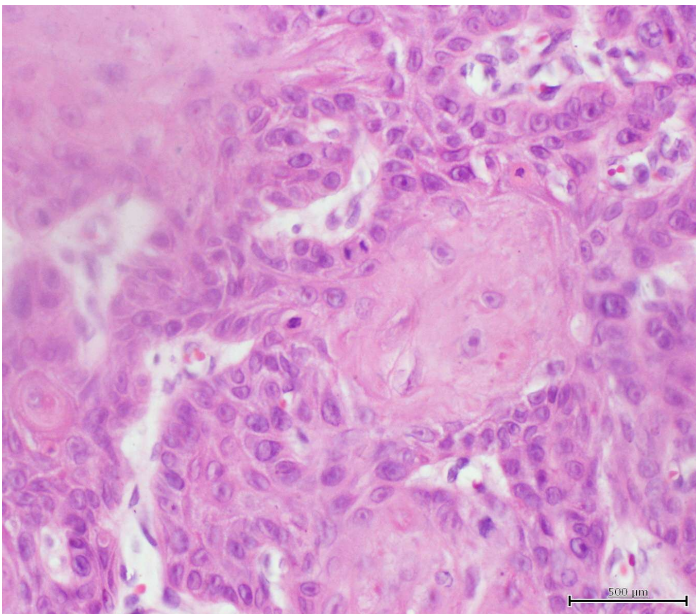


Figura No. 5. Mayor detalle de atipia celular, pleomorfismo celular y figuras de mitosis. HE 100X.

Se refiere paciente al departamento de cirugía dermatológica de nuestra institución en donde se realiza procedimiento quirúrgico.

Descripción de procedimiento quirúrgico: previa asepsia y antisepsia, se delimita lesión, se infiltra lidocaína 1 % con epinefrina, se incide piel y se extirpa lesión en bloque con margen de seguridad de un centímetro, dejando un defecto de 40 % del labio inferior. Se diseña doble colgajo de avance para cierre del defecto primario, se realiza hemostasia, se utiliza sutura interrumpida con crómico 2-0 y vicryl 4-0 para unir extremos de ambos colgajos, se utiliza nylon 5-0 para cerrar resto del defecto con sutura corrida. Figuras 6 - 9.



Figura No. 6. Lesión delimitada con márgenes de seguridad de 1 cm.



Figura No. 7. Resección completa de la lesión y diseño de doble colgajo de avance.



Figura No. 8. Cierre de defecto empleando sutura interrumpida con crómico 2-0 y vicryl 4-0 para unir extremos de ambos colgajos y nylon 5-0 para cerrar resto del defecto con sutura corrida.



Figura No. 9. Defecto primario cerrado con doble colgajo de avance.

Se realiza retiro parcial de suturas a la semana posquirúrgico y el resto de la sutura se retira a las dos semanas posquirúrgico. Se indica como tratamiento de mantenimiento: aceite de rosa de mosqueta, filtro solar gel y barra labial humectante y se cita al mes posquirúrgico. Figuras 10 -12.



Figura No. 10. Retiro de parcial de suturas a los 7 días posquirúrgico.



Figura No. 11. Retiro total de suturas a los 14 días posquirúrgicos.



Figura No. 12. Foto control al mes posquirúrgico, se observa buen resultado estético y funcional.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular o epidermoide es un tumor maligno constituido por proliferación atípica de las células espinosas, de carácter invasivo, pudiendo dar metástasis locorregionales y a distancia. Este tumor es responsable del 15 % de las neoplasias epiteliales malignas, presentando elevada incidencia en la cara (64 %); en el labio inferior representa el 27,04 % y en el superior el 2,91 %.

Debido a su carácter invasivo y a la posibilidad de producir metástasis, el tratamiento quirúrgico es la primera elección. La resección debe respetar un margen de 0,5 a 1 cm de seguridad, tanto en lateralidad como en profundidad.⁶

En la cirugía de resección tumoral es imprescindible una buena indicación quirúrgica que permita la extirpación y, por lo tanto, erradicación del proceso tumoral junto con la óptima reconstrucción.³ No existe un método ideal para la reconstrucción de los labios. Si la lesión ocupa hasta un tercio del borde del labio, el cierre puede ser realizado de forma directa o se puede recurrir a plastia en W. Cuando la lesión ocupa más del 35 % del labio, se precisa, para el cierre, reconstrucción con colgajos. La mayoría de ellos utilizan piel de las zonas próximas, como son, el labio no afectado (tipo Abbe), de la mejilla (tipo Guillies o Estlander), del mentón (tipo Bernad), etc.

La principal complicación descrita en el empleo de colgajos como el de Karapandzic es la microstomía. Existe un porcentaje que oscila entre 12 y 15 % de reintervenciones para mejorar la misma, lo que se realiza mediante comisuroplastia.⁴

CONCLUSIÓN

En este artículo proponemos una técnica sencilla, que no requiere grandes movilizaciones de tejido, que proporciona, para lesiones importantes, la ventaja de que se logra en un solo acto quirúrgico, que es de rápida realización y que preserva una buena movilidad, sensibilidad y funcionalidad del labio inferior.

No existen publicaciones actuales en donde se aplique la técnica de doble colgajo de avance para reparar defectos de labio inferior. Sin embargo, en este caso decidimos emplearla; no así otras, como la de Karapandzic, en las cuales se presenta la microstomía como principal complicación. Obteniendo con la técnica empleada en este caso, buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salem C, Gorrón R, Del Valle M. Reconstrucción labial: principios y técnicas. Cuad. Cir. 2004; 18 (1):98-105.
2. Usero Bárcena T, Yuste Chaves M, Romo Melgar A, Blanco Barrios S, Alfonso San Pablo M, et al. Colgajo de pedículo subcutáneo de mentón para reconstrucción de labio interior. Piel (Barc). 2014; 29(2):114-118
3. Cerda J, Domínguez M, Mangione A, et al. Colgajo de Bernad-Webster para la reconstrucción de labio inferior. Rev. Arg. Res. Cir. 2013; 18(1):50-54.
4. Matos da Fonseca A, Gómez García F. Reconstrucción de labio con técnica de Karapandzic. Cir. plást. Iberolatinoam. 2007; 33(1):57-62
5. Muñoz Romero F, Ramón Faba P, Ruiz M, Lorda E. Colgajo de Karapandzic en reconstrucción de labio inferior y superior. Actas Dermatosifilogr. 2001; 92(S3):133.
6. Goleman B, Goleman R. Cirugía y reconstrucción de los labios. Dermatol. Per. 2001; 11(S1): 20-25.