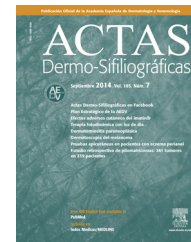




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



E-CASOS CLÍNICOS

Reconstrucción de defectos quirúrgicos en la comisura oral



M.M. Otero-Rivas*, T. Alonso-Alonso, A. Pérez-Bustillo y M.Á. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Recibido el 26 de septiembre de 2014; aceptado el 18 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Comisura oral;
Cáncer cutáneo;
Colgajos quirúrgicos;
Procedimientos
quirúrgicos
reconstructivos

KEYWORDS

Labial commissure;
Skin cancer;
Surgical flaps;
Reconstructive
surgical procedures

Resumen La misión principal de la cirugía dermatológica oncológica es la extirpación completa del tumor cutáneo. Tras ello se procederá a la reconstrucción del defecto intentando preservar la funcionalidad y la estética. Al nivel de las comisuras se entrecruzan las fibras del músculo orbicular de los labios superior e inferior, y el bermellón se inserta en el modiolo, una compleja estructura con forma de cono. La reconstrucción de la comisura oral supone un reto quirúrgico, ya que hemos de respetar la función esfinteriana y la simetría. Presentamos varios casos de defectos quirúrgicos situados en la comisura bucal y la solución reconstructiva por la que optamos, así como una propuesta de algoritmo reconstructivo.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Reconstruction of Surgical Defects of the Labial Commissure

Abstract The main objective of oncologic dermatologic surgery is the complete excision of skin tumors. During reconstruction of the defect, we must attempt to preserve function and cosmetic appearance. At the labial commissure, fibers from the superior and inferior portions of the orbicularis oris muscle intersect and the vermillion inserts onto the modiolus, a complex, cone-shaped structure at the angle of the mouth. Surgical reconstruction of the labial commissure is challenging because of the need to preserve sphincter function and cosmetic symmetry. We present a number of cases of surgical defects at the labial commissure and describe the reconstruction techniques used. We also propose an algorithm to help determine the most suitable technique for different cases.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

Los labios son una estructura tricapa: mucosa, muscular y cutáneo-mucosa que cumplen un importante papel como esfínter oral y entrada del aparato digestivo con función

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: motero@aedv.es (M.M. Otero-Rivas).

Tabla 1 Serie de casos de pacientes intervenidos quirúrgicamente con defectos en la comisura oral

	Edad	Sexo	Tumor	Cirugía	Anestesia	Características del defecto	Opción reconstructiva	Complicaciones posquirúrgicas
Paciente 1	88	H	CEC	Convencional	L	Espesor total, 1,5 × 0,8 cm	Cuña de espesor total	Ninguna
Paciente 2	77	M	CBC	Mohs	L	Espesor parcial, 1,2 × 1,5 cm	Avance de labio cutáneo + sutura directa modificada	Ninguna
Paciente 3	74	M	CEC	Convencional	L	Espesor total, 4 × 2 cm	Avance en bloque labio inferior	Microstomía relativa, funcionalidad plena
Paciente 4	90	H	CEC	Convencional	L	Espesor total, 5 × 2 cm	Colgajo de Estlander	Microstomía evidente, funcionalidad plena
Paciente 5	68	M	CBC	Convencional	L	Espesor parcial, 6 × 4 cm	Colgajo de transposición mentoniano	Drenaje quirúrgico durante 48 h
Paciente 6	79	H	CBC	Mohs	L + G	Espesor total, 5,5 × 5 cm	Colgajo de transposición melolabial	Ninguna
Paciente 7	74	M	CEC	Mohs	L + G	Espesor total, 5 × 4 cm	Doble colgajo de rotación romboidal	Efecto trampilla, asimetría de la comisura. Funcionalidad plena

CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma epidermoide; G: anestesia general; H: hombre; L: anestesia local/troncular; M: mujer.

deglutoria y masticatoria, además de desempeñar un papel en la fonación.

Topográficamente los labios se dividen en subunidad inferior, que comprende todo el labio inferior, y subunidad superior que se divide en 2 subunidades laterales y una central o *filtrum*. En los extremos de ambos labios existe una compleja estructura en forma de cono, el *modiolo*, donde se entrecruzan fibras musculares de los haces superior e inferior del músculo orbicular con fibras de músculos extrínsecos (zigomático mayor y menor, buccinador, risorio o depresor del labio inferior)¹. Es el músculo orbicular el que realiza la función de esfínter, mientras que los músculos adyacentes intervienen en la mímica facial².

La reconstrucción de defectos comisurales en cirugía dermatológica será siempre secundaria a la exéresis de neoplasias cutáneas. Su reconstrucción es compleja, ya que no existen muchas opciones que permitan mantener la funcionalidad y estética de la zona. En general, intentaremos ceñirnos a la regla de subunidades anatómicas, reconstruyéndolas en su totalidad para un mejor resultado estético.

Casos clínicos

Presentamos una serie de casos clínicos en los que la comisura oral se ve afectada en mayor o menor medida tras la exéresis de carcinomas cutáneos en esta localización y

la solución reconstructiva empleada (tabla 1). En el primer caso descrito, el tumor estaba situado en el *bermellón* inferior, adyacente a la comisura, sin afectar su ángulo. Es por ello que se decidió realizar una *cuña* de espesor total con orientación inferolateral, coincidiendo con el pliegue labio-melo-mentoniano, que se suturó por planos con ácido poliglicólico de 4/0 y seda de 4/0. Es una solución quirúrgica sencilla con muy buen resultado funcional y estético que se pudo realizar, ya que el tumor ocupaba menos de 1/3 de la longitud total del labio.

En el segundo caso el defecto afectaba al 1/3 externo del labio inferior y a toda la comisura (fig. 1 A). Se trataba de un defecto circular cutáneo-semimucoso, por lo que se decidió aportar tejido similar avanzando el labio cutáneo, extirpando 2 pequeños triángulos a nivel del pliegue labio-mentoniano, uno mucoso y otro cutáneo, para adaptar el colgajo (figs. 1 B y C). La sutura se realizó con seda y poliglactina de 4/0 para formar la nueva comisura. El resultado tanto funcional como estético fue altamente satisfactorio (fig. 1 D).

Otro tipo de colgajo de avance labial es el de espesor total, como en el tercer caso presentado. Se extirpó, de forma cuadrangular y con espesor total, algo menos de la mitad del hemilabio inferior derecho, incluyendo la comisura. Desde su borde medial se realizó una incisión de espesor total en el surco labio-mentoniano, hasta aproximadamente 2 cm por fuera de la comisura contralateral. Aquí se extirpó un triángulo de descarga para permitir el avance

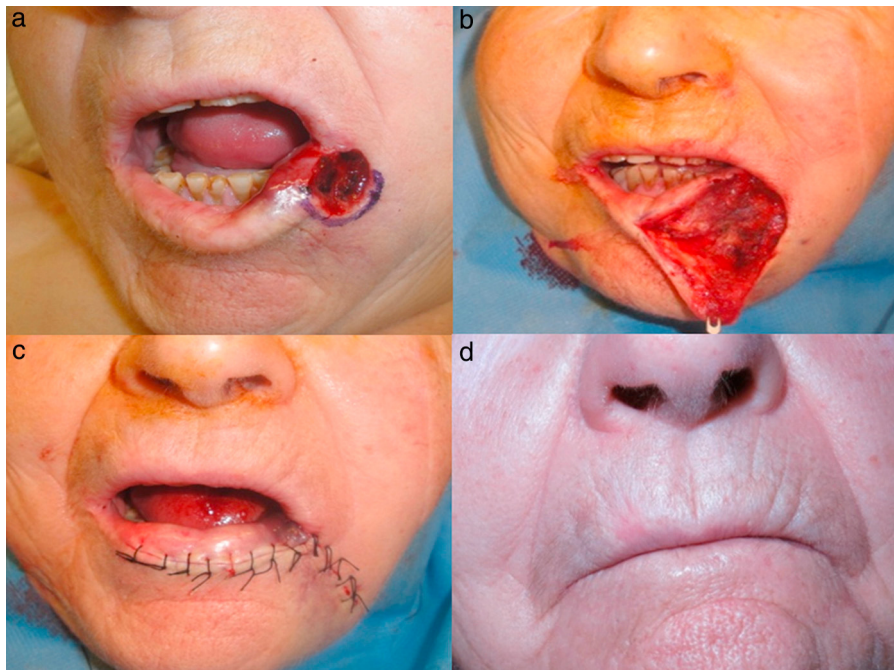


Figura 1 A. Defecto de espesor parcial tras 2 pases de cirugía de Mohs. B. Tras el marcaje preanestésico de la línea de Klein, clave para evitar su posterior distorsión, se despegó el labio cutáneo, modificando con un triángulo inferior el defecto original para adaptarlo a las líneas de expresión. C. Postoperatorio inmediato. D. Postoperatorio a los 9 meses.

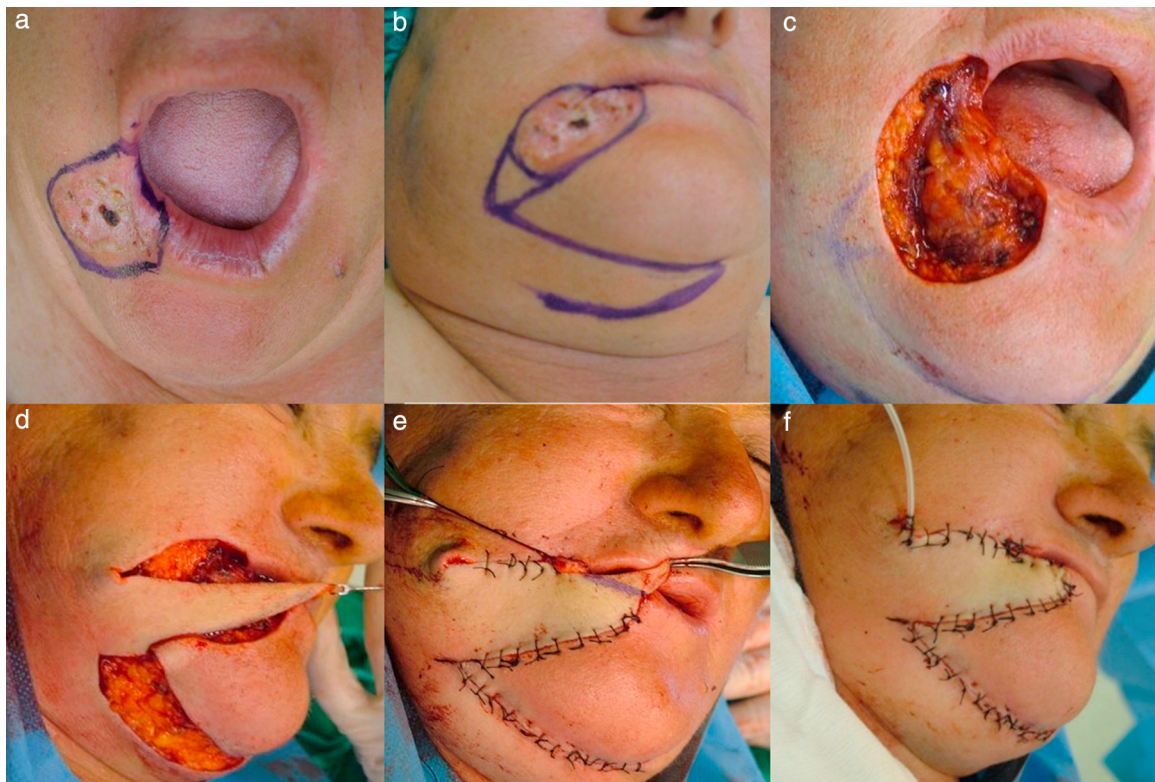


Figura 2 A. Carcinoma basocelular que afecta al pliegue melo-labio-mentoniano y al bermellón comisural. B. Diseño del colgajo de transposición de base inferior. C. Defecto cutáneo y mucoso de espesor parcial creado tras la exéresis con margen del tumor. D. Incisión del colgajo en el mismo plano y trasposición. E. Sutura y exéresis de la piel sobrante. Se realizó un avance de mucosa, que no se aprecia en la imagen, para la reconstrucción del bermellón. F. Postoperatorio inmediato.



Figura 3 A. Defecto de espesor total tras cirugía de Mohs. Diseño de un doble colgajo romboidal. B. Incisión de ambos colgajos en el plano subcutáneo. C. Postoperatorio inmediato; se aprecia que el avance de mucosa ha resultado insuficiente. D. Postoperatorio a los 24 meses. Fallo leve de competencia oral.

del colgajo hasta el neomodiollo. Se suturó con ácido poliglicólico de 4/0 y seda de 4/0. La funcionalidad y la estética fueron aceptables, ya que las cicatrices se escondieron en el pliegue submentoniano.

El colgajo de Abbé-Estlander, o colgajo de Estlander, no es más que un colgajo de Abbé, o de transposición labial, modificado para localizaciones comisurales. Tras realizar una exéresis del tumor mediante una cuña de espesor total

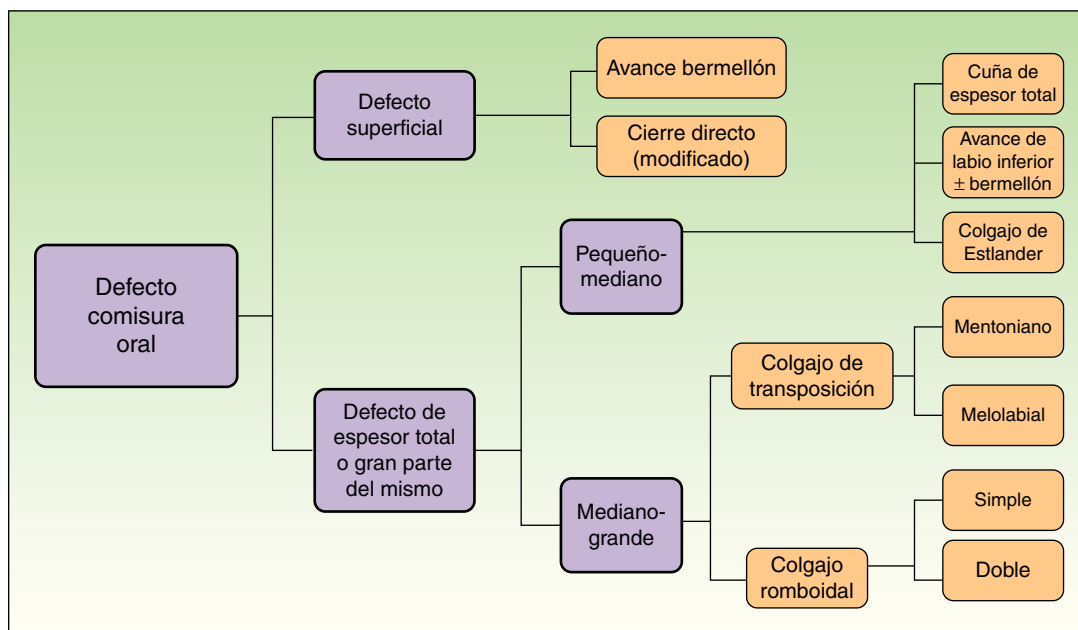


Figura 4 Propuesta de algoritmo reconstructivo.

en W se incidió y disecó una cuña triangular de igual espesor en el labio superior de tamaño discretamente inferior, respetando la arteria orbicular a nivel medial en el pedículo. Se traspuso y suturó (ácido poliglicólico y seda de 4/0) por planos con los bordes del primer defecto. El defecto secundario se suturó por planos mediante sutura directa.

En los pacientes 5 y 6 (tabla 1) se emplearon colgajos de transposición. En el primero el defecto, de espesor parcial, incluía la piel y el tejido subcutáneo del surco melo-labio-mentoniano, así como los bermellones comisurales de ambos labios (figs. 2 A-C). A nuestro juicio la mejor zona dadora era la piel submentoniana, que además nos permitía esconder la cicatriz en el pliegue, por lo que se eligió un colgajo de transposición de base inferior (figs. 2 D-F). Un pequeño colgajo de avance de la mucosa oral nos permitió reconstruir el bermellón. La textura y el color de la piel y la existencia de pelo de la barba, en el caso de los varones, hace de esta región una buena candidata como zona dadora.

Un colgajo de transposición, pero de base superior, fue el utilizado para cerrar un defecto de espesor total que desbordaba ampliamente el pliegue melo-labio-mentoniano y exponía el tejido alveolar desde el primer molar hasta el canino, pero que respetaba gran parte del bermellón salvo en la comisura. Bajo anestesia general se realizó un colgajo de transposición melolabial de espesor total y vértice inferior, que se colocó y ajustó al defecto, suturándose su margen superior al bermellón sano y a partir de ahí suturándose por planos con ácido poliglicólico de 4/0 y seda de 4/0³. La reconstrucción del defecto mucoso se realizó mediante un avance de la mucosa sana del labio inferior suturándose con puntos simples de ácido poliglicólico 4/0 a la mucosa del colgajo melolabial.

Por último se empleó un colgajo romboidal doble como solución reconstructiva para el séptimo de los casos. Se trataba de un amplio defecto redondeado mucoso, muscular y cutáneo, que exponía parte de la arcada dentaria superior e inferior (fig. 3 A). Dicho defecto comprometía del todo la función esfinteriana al destruir totalmente la comisura y el 1/3 externo del músculo orbicular. Se realizó un doble colgajo romboidal de espesor parcial, superior de la zona melolabial e inferior de la zona mentoniana, y un avance bilateral de mucosa para reconstruir los bermellones (figs. 3 B y C). El defecto mucoso era de escasa entidad, si lo comparamos con el defecto miocutáneo, por este motivo se pudo reconstruir con un avance bilateral de la mucosa oral superior e inferior. En nuestro caso se produjo una excesiva retracción cicatricial del tejido, lo que motivó un leve fallo de competencia oral, que no impedía la realización de las funciones básicas (fig. 3 D).

Discusión

En la reconstrucción de la comisura oral los objetivos fundamentales son el mantenimiento de su funcionalidad y, secundariamente, preservar la simetría y estética local. El conocimiento de la anatomía labial, en concreto del modiollo, y los músculos que en él se insertan nos proporcionarán seguridad a la hora de plantear la reconstrucción. Además, es fundamental una buena exploración prequirúrgica del defecto y las subunidades adyacentes. El espesor del defecto, su orientación, la elasticidad tisular y

la pérdida de función son aspectos básicos para individualizar las opciones reconstructivas. Sin embargo, la edad, la comorbilidad o las aspiraciones estéticas del paciente han de ser tenidas en cuenta.

De acuerdo con los casos presentados proponemos un algoritmo reconstructivo en defectos que afecten a la comisura en función de su espesor y tamaño (fig. 4).

Puntualizar, en cuanto al colgajo de avance en bloque de labio inferior, que es importante una disección roma y cuidadosa para no comprometer el nervio mentoniano, rama del nervio maxilar que inerva al labio inferior y al mentón y sale a la superficie por el agujero del mismo nombre. Este colgajo resulta muy útil, es sencillo, tiene una mínima morbimortalidad y con escasa microstomía. Numerosos autores han probado su idoneidad en defectos de comisura y labio inferior de hasta 2/3 de la longitud total del mismo⁴.

El colgajo de Estlander es un colgajo bien vascularizado, gracias a la arteria labial superior⁵, que aporta tanto labio cutáneo como bermellón. El principal inconveniente de este colgajo es la microstomía y la desaparición de la comisura, que se podría reconstruir en un segundo tiempo⁵.

Los colgajos nasolabiales de base inferior se nutrirán a través de la arteria facial o sus ramas principales, mientras que aquellos de base superior se nutrirán a través de la arteria infraorbitaria o la arteria facial transversa⁶. Numerosos autores proponen el uso de Z plastias en la zona dadora del colgajo con el fin de evitar contracturas secundarias^{7,8}, aunque en nuestro caso no fue necesario, ya que no se cruzó el pliegue submentoniano.

El colgajo romboidal permite reparar defectos grandes en un solo tiempo, aportando mucho tejido, lo que disminuye la tensión de la cicatriz⁹. Sin embargo, no asegura una competencia esfinteriana total, ya que no sustituye el músculo orbicular a nivel de la comisura.

Como conclusión, queremos resaltar 2 puntos fundamentales para la reconstrucción de la comisura: la necesidad de un conocimiento anatómico de la zona a la hora de plantear opciones reconstructivas viables en cuanto a funcionalidad del esfínter oral y la necesidad de una exploración prequirúrgica para localizar el área dadora más adecuada.

Con nuestra propuesta de algoritmo terapéutico pretendemos dotar al cirujano dermatológico de un esquema claro, con un enfoque eminentemente práctico, que le resulte útil en su actividad quirúrgica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zufferey JA. Importance of the modiolus in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110:331–4.
2. Bradley C, Leake JE. Compensatory reconstruction of the lips and mouth after major tissue loss. *Clin Plast Surg.* 1984;11:637.
3. Pérez-Bustillo A, Rodríguez-Prieto MA, Alonso-Alonso T, Sánchez-Sambucety P. Reconstruction of a full-thickness defect of the melolabiomental area. *Dermatol Surg.* 2010;36:1747–51.
4. Bektas G, Cinpolat A, Biçici P, Seyhan T, Koray Cosunfirat O. Reconstruction of lateral lower lip defects with transverse lip advancement flap. *J Craniofac Surg.* 2013;24:984–6.
5. Álvarez GS, Siqueira EJ, de Oliveira MP. A new technique for reconstruction of lower-lip and labial commissure defects: A proposal for the association of Abbe–Estlander and vermilion myomucosal flap techniques. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;115:724–30.
6. Chitlangia P, Kumuran E, Sabitha KS. Use of nasolabial flap in intra and extraoral reconstruction: Our experience with 40 cases. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012;11:451–4.
7. Jeong SH, Lee B. Versatile use of submental tissue for reconstruction of perioral soft tissue defects. *J Craniofac Surg.* 2012;23:934–8.
8. Pérez-Bustillo A, González-Sixto B, Rodríguez-Prieto MÁ. Fundamentos quirúrgicos para la obtención de una cicatriz funcional y estética. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:17–28.
9. Andrade P, Brinca A, Vieira R, Figueiredo A. Double rhomboidal flap for reconstruction of large surgical defect of the labial commissure. *Ann Bras Dermatol.* 2012;87:456–8.