

Colgajo tubulado: propuesta de reconstrucción de un defecto posquirúrgico en labio inferior

Tubular flap: proposal of reconstruction of a postsurgical defect in the lower lip

Al. Kevin Correa Cruz^{1*}

Al. Laura Ivis Mentado Figueroa¹

Dr. Alberto Jorge Díaz²

Dr. Blas Jorge Gonzales Manso²

¹Facultad de estomatología, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos, Cuba.

²Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: kevincorrea@nauta.cu

RESUMEN

Se presenta una propuesta para la reconstrucción del defecto posquirúrgico de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de labio inferior con colgajo tubular de la región pectoral en un paciente de 36 años de edad. Dicha lesión ocupaba parte del labio inferior y superior, así como la comisura derecha con un diámetro aproximado de 5 cm e infiltraba el bermellón, la línea mucocutánea de Klein y se extendía a la piel adyacente, estadificado como un T4_a N0 M0 con un período de evolución de la lesión de más menos 8 meses. Se realizó vaciamiento selectivo cervical supraomohioideo profiláctico y fue negativo el estudio histopatológico para metástasis cervical. En la etapa posquirúrgica sufrió una dehiscencia de la herida por una sepsis atribuible a la retirada de la sonda nasogástrica tipo Levine, lo que provocó un defecto ulterior.

Palabras clave: carcinoma epidermoide; labio inferior; colgajo; reconstrucción quirúrgica.

ABSTRACT

A proposal is presented for the reconstruction of the post-surgical defect of a moderately differentiated squamous cell carcinoma of the lower lip with tubular flap of the pectoral region. This lesion occupied part of the lower and upper lip as well as the right corner with an approximate diameter of 5 cm infiltrating the vermilion, Klein's mucocutaneous line and extending to the adjacent skin, staged as a T4a N0 M0 in a 36-year-old patient with a period of evolution of the lesion of plus or minus 8 months. Prophylactic supraomohyoid cervical selective emptying was performed; the histopathological study for cervical metastases was negative. In the post-surgical stage, he suffered a dehiscence of the wound due to a sepsis attributable to the withdrawal of the Levine-type nasogastric tube, which caused a further defect.

Key words: epidermoid carcinoma; lower lip; flap; surgical reconstruction.

Recibido: 29/02/2020

Aprobado: 02/03/2020

Introducción

El carcinoma epidermoide es un tumor consistente en nidos o columnas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo del epitelio (membrana basal). Puede existir una considerable variación histológica, aunque normalmente es una neoplasia de moderadamente a bien diferenciada que presenta alguna queratinización. El signo o síntoma de presentación del carcinoma en el labio es una costra, ampolla o úlcera recurrente, con o sin una masa.^(1,2)

El carcinoma epidermoide de labio suele ser asintomático durante los primeros meses, cuando la lesión se ulcera puede aparecer dolor y sangrado. El síntoma más frecuente es

una molestia o irritación en la cavidad bucal, así como escozor o picazón en la región, además de úlceras que no cicatricen en un período de 3 semanas bajo tratamiento, lo cual sugiere una lesión biológicamente irreversible.

En un estadio precoz aparece como una pequeña, área de induración o bien como un cambio erosivo, eritematoso o queratósico localizado, y se manifiesta con una sintomatología muy variada que puede inducir a errores diagnósticos. La frecuencia de un carcinoma epidermoide de la cavidad oral varía de un país a otro y su incidencia es mayor a partir de la sexta década de la vida. Se asocia a conocidos hábitos tóxicos y frecuentemente se originan a partir de lesiones precancerosas.^(3,4)

Se estima que cada año se diagnostican en el mundo más de 575 000 nuevos casos de cáncer oral. Los carcinomas epidermoides bucales constituyen entre 2 a 3 % de las neoplasias malignas de la economía y alcanzan en algunas comunidades incidencias mucho más elevadas. Es más frecuente en poblaciones blancas o poco pigmentadas, se presenta con mayor predisposición en adultos y ancianos, el sexo masculino es el más afectado (10/1) y se presenta en 90 % en el labio inferior.⁽⁵⁾

En Cuba el carcinoma epidermoide de la boca ocupa el sexto lugar de frecuencia, con una tasa cruda de 8,6/100 000 habitantes en el hombre, en la mujer, la tasa es de 2,3 al ocupar el oncenno lugar. Del total de neoplasias malignas, las bucales representan 4,8 % en el hombre y 1,6 % en la mujer.⁽²⁾

Los grandes defectos del labio superior (secundarios a resecciones por patología tumoral) poseen una considerable dificultad para su reconstrucción estética. La reconstrucción del bermellón, músculo orbicular, rollo blanco y surco requiere el uso de tejidos similares. Resulta de mayor complejidad la restauración de los defectos de labio inferior puesto que constituye una subunidad completa; no ocurre así con el superior que se divide en tres por el surco nasal.⁽⁶⁾

El principio más importante en la reconstrucción del labio involucra la conservación de la función normal de los labios e incluye la continencia bucal, la deglución, el lenguaje y la apertura bucal adecuada, las que requieren en esencia la conservación de la función del músculo orbicular.⁽⁶⁾

Hoy en día existe consenso en cuanto a que la disección funcional de cuello es tan efectiva como la disección radical clásica en pacientes con nódulos palpables móviles,

menores de 3 cm, y en los N0 con intención profiláctica.⁽⁷⁾ Bien indicada, la disección selectiva de cuello contribuye con tratamientos quirúrgicos menos invasivos, además de que ofrece ventajas funcionales y una mayor esperanza de vida para el paciente.

Un colgajo es una porción de piel y tejido celular subcutáneo que se trasplanta provisto de un pedículo vascular o punto de unión al organismo. El colgajo tubulado ideado durante la Primera Guerra Mundial por Gillies y Filato ha resultado extremadamente útil en el transporte de tejidos a distancia y, por ello, ampliamente usado. Los retoques quirúrgicos finales de tipo morfológico y estético deben efectuarse tras una espera mínima de 2 a 3 meses, una vez emplazado el colgajo en su asentamiento definitivo en dependencia de la gravedad del defecto, así como las particularidades de cada paciente.^(8,9,10)

Caso clínico

Se describe el caso de un paciente de 36 años de edad, blanco, masculino de procedencia rural, con ocupación de trabajador agrícola y antecedentes salud aparente. Al interrogatorio refiere ser fumador desde hace más menos 20 años de 1 cajetilla diaria. En esta ocasión acude a consultas de cirugía maxilofacial por una lesión en el labio inferior de más menos 8 meses de evolución que no había recibido tratamiento aún.

Fase preoperatoria

Es visto en consulta de cuerpo de guardia donde se decidió indicar los exámenes complementarios encaminados a la realización de una biopsia incisional con fin diagnóstico. Los resultados enviados por el Departamento de Anatomía Patológica revelaron la presencia de un carcinoma epidermoide, moderadamente diferenciado con márgenes positivos. Nuevamente se indicaron estudios complementarios, para ser intervenido quirúrgicamente.

Se estudia clínicamente el tumor y es estadiado como un T4_a N0 M0 que es agrupado en etapa IV según las NCCN (fig. 1). Con este resultado se lleva a la consulta preoperatoria

con la propuesta de vaciamiento cervical selectivo supraomohioideo bilateral y la exéresis de la lesión con plastia o reconstrucción de la zona afectada.



Fig. 1. Carcinoma epidermoide (fase preoperatoria)

Fases quirúrgicas

Primer tiempo quirúrgico (pasos)

- Vaciamiento cervical selectivo supraomohioideo (fig. 2).
- Anestesia general nasotraqueal.
- Posición decúbito supino.
- Asepsia y antisepsia del campo operatorio.
- Incisión de Shobinger bilateral.
- Disección de la grasa correspondiente a los niveles ganglionares I, II y III.
- Hemostasia, cierre por planos y colocación de drenajes tipo Penrose (fig. 3).



Fig. 2. Vaciamiento cervical selectivo supraomohioideo



Fig. 3. Hemostasia y drenajes tipo Penrose

Segundo tiempo quirúrgico (pasos)

- Exéresis de la lesión con márgenes oncológicos (fig. 4).
- Colgajos según técnica de Karapandzic con modificaciones a conveniencia por la magnitud de la lesión (fig. 5).
- Hemostasia y suturas por planos (fig. 6).

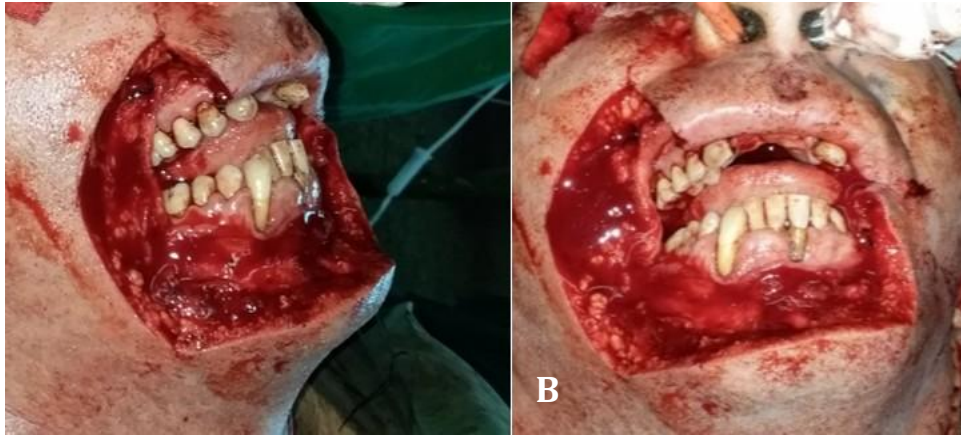


Fig. 4 A-B. Exéresis de la lesión con márgenes oncológicos



Fig. 5. Esbozo del colgajo de Karapanzic



Fig. 6 A-B. Hemostasia y suturas por planos una vez concluida la cirugía

Fase posoperatoria

Una vez finalizada la cirugía, el paciente pasó a una unidad de cuidados intensivos durante 72 horas. Durante la evolución posoperatoria el paciente, a su voluntad, se retiró la sonda nasogástrica de tipo Levine, lo cual garantizaba su alimentación y comenzó a ingerir alimentos por vía oral (contraíndicado durante este periodo), lo cual provocó una sepsis de la herida e incurrió en una dehiscencia parcial de esta.

El paciente es seguido clínicamente en consulta externa donde se le informó que los resultados de la biopsia revelaron la existencia de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con los márgenes de sección quirúrgicos, completamente resecaos y a nivel del cuello los ganglios estudiados de los niveles resecaos se informan negativos para metástasis. Con este resultado se decidió efectuar un seguimiento cada 2 meses sin necesidad de tratamiento oncoespecífico complementario. Durante este periodo el paciente manifestó inconformidad estética que le fue producida por la dehiscencia de la herida (fig. 7), y se propuso la reconstrucción del labio y la zona afectada, pasados 3 meses de la cirugía, mediante un colgajo tubular proveniente de la región pectoral y del trapecio.



Fig. 7. Defecto posquirúrgico provocado por dehiscencia de la herida

Propuesta para la reconstrucción del defecto

Fase de preparación de tubo

- Posición decúbito supino.
- Asepsia y antisepsia del campo quirúrgico.
- Anestesia local por infiltración en la zona dadora (zona del pectoral y del trapecio).
- Incisiones paralelas y tallado de la zona dadora que incluyó piel y tejido celular subcutáneo.
- Sutura de los bordes para crear el tubo.
- Cierre del lecho cruento.
- En esta etapa se debe esperar un mínimo de 21 días, luego de la preparación del tubo, para dar lugar a los procesos de cicatrización-reparación de los tejidos dañados.

Fase de colocación del tubo

- Incisiones en el lecho receptor para retirar fibrosis residual (avivar los bordes).
- Desinserción del borde del tubo a rotar.
- Reposición sobre el defecto.
- Sutura del extremo rotado del tubo en el defecto a reconstruir.
- Al igual que en la anterior etapa, se espera un mínimo de 21 días para realizar el corte del tubo.

Comentarios

No es muy común encontrar un tumor de esta magnitud estadificado como T4 por su tamaño en los labios de un paciente relativamente joven (36 años), con un corto período de evolución, lo que pudiese reflejar un cierto grado de despreocupación por parte de el afectado o bien pudiese ponerse en duda la labor de detección precoz por parte del estomatólogo general integral del área de salud.

Es evidente que existen dificultades en el sistema de salud, pero no carga con el grado de avance de una lesión de tal magnitud. La zona rural de procedencia del paciente ha informado ya otros casos, lo que indica el déficit de atención primaria en estomatología. Por otra parte, una de las tareas del médico o estomatólogo rural es llevar la atención a

cada rincón de la localidad. Se insiste en el examen de PDCB; poderosa arma con la que se cuenta para la detección precoz del cáncer, así como la promoción de salud encaminada a crear cultura en el autoexamen bucal.

La mayoría de los autores consultados refieren que los objetivos de la reconstrucción del labio son los siguientes:^(1,2,3,5)

1. Restaurar la continuidad muscular.
2. Preservar la sensación del labio.
3. Aumentar al máximo la circunferencia de la apertura bucal.
4. Recrear porciones anatómicas normales.
5. Conservar la competencia bucal.

En este caso se coincide con los autores y se plantean los anteriores objetivos en la cirugía, pero no es hasta evolución desfavorable donde el objetivo principal en un segundo tiempo fue de la mejoría estética pedida por el paciente.

Existen una gran variedad de colgajos y técnicas quirúrgicas para restaurar la porción extraída del labio inferior, entre los cuales figuran: ^(3,5,6,11)

- Incisión en forma de cuña
- Incisión en tonel
- Plastia o técnica de Castañón
- Técnica de Bernard
- Técnica de Johansson
- Colgajos rotatorios
- Técnica de Karapandzic

Se procedió con una modificación de la técnica de Karapandzic, que permitió desde un primer momento la plastia del labio inferior. La técnica utilizada permite una mayor movilización de tejidos y fue el principal motivo de su utilización. Además de que permite la realización de la plastia del labio en un solo tiempo quirúrgico no presenta un

gran resultado estético puesto al tamaño de la lesión, lo que resulta casi imposible la restauración de una apertura bucal simétrica bilateralmente.

Los principales colgajos locales y regionales para la cobertura de la zona del labio inferior incluyen:⁽¹¹⁾

- **Esternocleidomastoideo:** Es un músculo tipo II que se utiliza para reconstrucción intraoral y faríngea, cobertura de región cervical superior y mandíbula, protección de vasos mayores a nivel cervical, cierre de fístulas faringocutáneas, cobertura de la región occipital, facial inferior y mediolateral. Como portador de un fragmento de clavícula vascularizada puede utilizarse para reconstrucción mandibular. Este colgajo presenta el inconveniente de una elevada tasa de fallos y complicaciones, por lo que sólo se utiliza en casos seleccionados.
- **Platisma:** Es un músculo de tipo II, delgado y ancho. Sus aplicaciones son la reconstrucción intraoral, labios, tercio inferior facial y región cervical anterior. Utilizado con base distal proporciona cobertura de la región cervical inferior, al ser de gran ayuda en los casos de cierre de traqueostomía. Sus ventajas son la flexibilidad, la delgadez, la textura y el color de la piel y la capacidad de proveer sensibilidad y animación facial.
- **Pectoral mayor:** Es un músculo tipo V, largo y ancho cuyas aplicaciones incluyen la cobertura intraoral, faríngea y externa de cabeza y cuello, y la reconstrucción esofágica. Se utiliza en la reconstrucción mandibular como portador de costilla vascularizada y piel. Es uno de los colgajos más versátiles en la reconstrucción de cabeza y cuello.
- **Trapezio:** Es un músculo tipo II que tiene un amplio arco de rotación anterior. Sus indicaciones principales son la reconstrucción de la región parotídea y auricular, cobertura de la región laterosuperior facial, cuero cabelludo, región cervical anterior y posterior, reconstrucción orbitaria con la utilización de un colgajo extendido y reconstrucción faríngea. También puede ser utilizado como colgajo osteomusculocutáneo al incorporar el extremo lateral de la clavícula o la espina de la escápula para la reconstrucción mandibular.

Se propone la realización de colgajo tubular a partir de la región del músculo pectoral o porción superior del trapecio puesto que localmente ya no existe la posibilidad de movilización de tejido para la zona del defecto. Se tiene en cuenta además otros elementos como la presencia de folículos pilosos y el color de la piel.

Ventajas e inconvenientes de los colgajos tubulares

A la hora de decidir el colgajo más apropiado para este caso, es importante conocer las ventajas e inconvenientes de cada técnica.

Para este caso las principales ventajas de los colgajos tubulares fueron las siguientes:

- Poseen un rico aporte sanguíneo.
- El pedículo vascular suele encontrarse lejos del defecto a reparar debido al arco de rotación y a la longitud del músculo.
- El músculo proporciona volumen en defectos profundos y extensos, así como acolchado de las estructuras vitales (tendones, nervios, vasos, huesos y prótesis).
- El músculo se puede moldear para conseguir la forma o el volumen deseado.
- Debido a la buena vascularización es resistente a la infección bacteriana.
- La reconstrucción suele necesitar sólo un tiempo quirúrgico.
- Se puede lograr la completa función motora y sensorial de la porción a restaurar.

Entre los inconvenientes figuran:⁽¹¹⁾

- El defecto de la zona donante puede causar un déficit funcional.
- Aspecto inestético de la zona donante en algunos casos.
- En ocasiones, el colgajo aporta demasiado volumen, y deja un resultado estéticamente inaceptable.
- Los colgajos musculares y musculocutáneos pueden atrofiarse y dejar de dar una cobertura fiable.
- La pérdida de estos colgajos produce grandes deformidades.

Las técnicas de implantación del extremo del tubo a la zona a reconstruir pueden agruparse entre las siguientes, y son de igual utilidad práctica:⁽¹¹⁾

- La implantación en pico de flauta (Herlyn).
- La disección de una semicircunferencia que, abierta a modo de hoja de libro recibe el tubular.
- Un intermedio entre ambas es la implantación ovoide (Converse, Barsky).
- La implantación en cruz abierta (o estrella que resulta un poco más laboriosa, pero es muy segura y efectiva).

Se propone la disección de semicircunferencia, puesto que es la de mayor conveniencia por la forma del defecto y disminuye la densidad de tejido a retirar a la hora de avivar los bordes del defecto para aceptar el colgajo.

Los retoques quirúrgicos finales de tipo morfológico y estético deben efectuarse tras una espera mínima de 2 a 3 meses, una vez emplazado el colgajo en su asentamiento definitivo en dependencia de la gravedad del defecto, así como las particularidades del paciente.^(6,11)

Por último, existen diferencias entre los autores sobre el vaciamiento profiláctico selectivo cervical supraomohioideo donde la mayoría lo prefiere antes de la realización del vaciamiento radical de cuello. En esta ocasión se conoce el drenaje anatómico linfático de la lesión y durante el primer tiempo quirúrgico se disecan los ganglios linfáticos correspondientes a los niveles I, II y III que permite la conservación de los ganglios de los otros niveles cervicales.^(5,6,7)

El labio es un órgano de complejas relaciones anatómicas, importantes funciones fisiológicas y grandes connotaciones sociales, cosméticas y sexuales. Este subsitio anatómico de la cavidad oral es asiento de tumores malignos como carcinoma epidermoide que presentan un alto grado de metástasis. Para el cirujano maxilofacial el tratamiento quirúrgico de las patologías malignas del labio implica entender su complejidad anatómica y funcional, así como la importancia cosmética y social, que es necesario preservar y restaurar.

En ocasiones, acontecimientos inherentes o relacionados al cirujano impiden la esperada evolución posoperatoria, por lo que no se debe abandonar al paciente, así como el paciente no debe abandonar la consulta. Es de suma importancia que el estomatólogo general tenga conocimientos sobre el cáncer en la cavidad oral y sea capaz de diagnosticar en etapas iniciales las lesiones malignas y premalignas, y poder brindar tratamientos oportunos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. García San Juan Carla, Salas Rodríguez Magalys, Gil Milá José. Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur. 2018 [citado 27/02/2020];16(1):63-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000100010&lng=es
2. Ernesto Carmona Fernández¹, Alexei Pérez Hernández², Aurora Velázquez Martínez³, María del Carmen Giniebra Rodríguez. Reconstrucción de labio inferior. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2017 [citado 27/02/2020];21(2):277-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr18217.pdf>
3. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev Med Electrón. 2017 [citado 27/02/2020];39(2):245-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es
4. Sosa Rosales MC. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 93-113.
5. Castellano Maturell G. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con carcinoma epidermoide. Hospital Clínico-Quirúrgico Juan Bruno Zayas. 16 de Abril. 2019 [citado 27/02/2020];57(270):254-9. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/687

6. Delesma Chumbe AF. Prevalencia del carcinoma epidermoide en el Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2005-2016. Odontol Sanmarquina. 2018 [citado 27/02/2020];21(2):113-8. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1010176/14776-texto-del-articulo-50950-2-10-20180619.pdf>
7. Ferbeyre-Binelfa L. Vaciamiento selectivo supraomohioideo. An Orl Mex. 2004 [citado 27/02/2020];49(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2004/aom044a.pdf>
8. Bolaños Oscar A. Generalidades de colgajos y su importancia en la relación con la reparación del daño corporal. Med. leg. Costa Rica. 2014 [citado 27/02/2020];31(1):49-56. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100005&lng=en
9. Hernandez González T. Tratamiento quirúrgico del Carcinoma Epidermoide de un 40% del labio inferior. Gac Méd Espirit. 2019 [citado 27/02/2020];21(3). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1760>
10. Hasson O. Squamous cell carcinoma of the lower lip. J Oral Maxillofac. Surg. 2008 [citado 27/02/2020];66(6):1259-62. Disponible en: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(08\)00159-6/pdf](https://www.joms.org/article/S0278-2391(08)00159-6/pdf)
11. Cuturello LS. Instrumentación Quirúrgica. En: Cirugía plástica y reparadora. T 2. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 717-8.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).