

Patología del labio

Autores:

Natale Magallanes Abad

Alumna del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Rafael Flores Ruiz

Alumno del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Dr. Daniel Torres Lagares

Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Dra. Pilar Hita Iglesias

Profesora del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Dr. José Luis Gutiérrez Pérez

*Director del Equipo Docente del Equipo de Cirugía Bucal de la
Universidad de Sevilla*

Profesor titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

*Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital
Universitario Virgen del Rocío*



1. INTRODUCCIÓN

Los labios son unos pliegues carnosos que rodean la abertura de la boca. Se trata de una región flexible, móvil, impar y simétrica ubicada en la parte media del tercio inferior de la cara.

1.1. Anatomía de los labios

- Anatomía externa de los labios.

Macroscópicamente se distinguen tres áreas. El *labio blanco* correspondiente al área cutánea queratinizada. En la parte media del labio blanco superior existe una incurvación o depresión, más o menos acentuada, denominada philtrum o arco de cupido.

En el *labio rojo* se distingue una porción interna o "labio húmedo" en continuidad con la mucosa bucal y una porción externa llamada bermellón o "labio seco". El labio húmedo se encuentra en contacto con la dentición y en su parte media se evidencian los frenillos labiales que constituyen una división anatómica simétrica sagital del labio, siendo más acentuado el superior.

La porción cutánea se encuentra limitada superiormente por la línea horizontal que pasa por la raíz de los orificios nasales y la base de la colmuela, inferiormente por el surco labiomentoniano y lateralmente por los surcos nasogenianos.

La porción mucosa se encuentra limitada tanto superior como inferiormente por el fondo de los vestíbulos y lateralmente en los primeros premolares por delante del nervio mentoniano.

Las comisuras labiales es una zona de transición entre el labio superior y el inferior, y constituye una reserva de tejido cutáneo y mucoso que les permite distenderse.

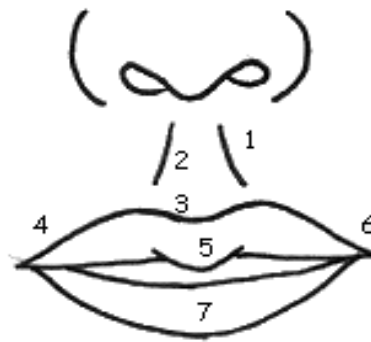


Figura 1

- 1.-Columna del filtrum. 2.- surco del filtrum. 3.- Arco de Cupido. 4.- Línea blanca del labio superior. 5.- tubérculo central. 6.-Comisura. 7.- Bermellón.

- Musculatura labial.

El principal músculo perioral es el orbicular de los labios que se divide en dos porciones, una principal constituida por el orbicular interno (adherido a la mucosa oral) y otra accesoria por el orbicular externo (adherido a la dermis).



El músculo orbicular es constrictor y asegura el cierre de la boca. A este músculo se adjuntan los músculos incisivos que son cuatro y que a su vez también son constrictores.

El resto de músculos labiales se encuentran en un plano superficial e intervienen en la expresión bucal. Los músculos elevadores del labio superior más importantes son: elevador del labio superior, cigomático mayor y elevador del ángulo bucal. En el labio inferior, la elevación y protrusión de la parte central es producida por los músculos mentonianos y la depresión la realizan los músculos cuadrados del mentón.

- Inervación labial.

La inervación *motora* del labio depende exclusivamente de las ramas del nervio facial: ramas bucales superior e inferior, la rama mentoniana y la rama infraorbitaria que inerva los músculos elevadores, cigomáticos y caninos.

La inervación sensitiva del labio depende exclusivamente de las ramas del nervio trigémino. El nervio infraorbitario (sensibilidad cutánea y mucosa del labio superior) y el nervio dentario inferior a través de su rama terminal, o nervio mentoniano (sensibilidad del labio inferior).

- Vascularización labial.

-Labio superior:

+ Ramas colaterales directas de la arteria facial que siguen la dirección de los surcos nasogenianos.



+ Ramas terminales de la arteria esfenopalatina que se anastomosan con las arterias coronarias.

+ Arterias coronarias superiores labiales.

-Labio inferior:

+ Ramas colaterales directas de la arteria facial.

+ Arteria mentoniana que vasculariza al músculo borla del mentón.

+ Arterias coronarias inferiores.

- Embriología de los labios.

La región perioral se forma gracias al desarrollo de cinco mamelones: dos maxilares, dos mandibulares y uno frontonasal. El labio superior se forma a partir de un proceso central frontonasal que se une lateralmente a dos procesos maxilares. El labio inferior se forma a partir de dos procesos laterales mandibulares que se unen en la línea media. Esto es de gran importancia para comprender la diseminación de procesos tumorales en esta localización, ya que respeta las líneas de unión de los cinco mamelones por lo que penetra en profundidad en lugar de cruzarlas.



1.2. Exploración y diagnóstico

- Exploración clínica.

La exploración debe ser sistemática y debe incluir la palpación de todas las áreas sospechosas. Es esencial que esta palpación sea bimanual para descartar la presencia de induraciones que no son visibles.

- Diagnóstico por la imagen.

Indicado en caso de traumatismos para descartar la presencia de cuerpos extraños, y ante la eventualidad de una litiasis de glándula salivar menor.

- Diagnóstico histológico.

+ PAAF.

+ Biopsia.

PAAF: este procedimiento se basa en el estudio del material obtenido del interior de la lesión aspirando con una aguja fina. Se trata de una técnica sencilla, incruento, de bajo coste y que en muchas ocasiones no requiere anestesia. Entre las limitaciones encontramos las diátesis hemorrágicas y las lesiones muy pequeñas, así como la falta de colaboración del paciente.

Biopsia: técnica consistente en la extirpación total o parcial de una muestra de tejido vivo con el fin de examinarlo histológicamente para efectuar un diagnóstico.



2. ENTIDADES CLÍNICAS

2.1. Malformaciones Congénitas

- Labio leporino (labio hendido)

Es una anomalía del desarrollo derivada del primer arco branquial, que se manifiesta con una hendidura labial por hipoplasia de los elementos anatómicos del labio, pudiéndose manifestar junto con una *fisura velopalatina* (paladar hendido). El grado de afectación puede ser desde ligeros estigmas a grandes lesiones, que impiden el normal funcionamiento de las estructuras.

Existen diversas teorías respecto a su etiología, siendo la de mayor vigencia en la actualidad, la Teoría de la Penetración Mesodérmica: "durante el segundo mes de vida intrauterina no se produce el desarrollo embrionario completo del proceso nasomedial con el proceso medial colocado en forma medial" afectando también a nariz, cartílagos nasales, septo nasal y proceso alveolar de forma secundaria.

La hendidura está localizada debajo de una fosa nasal, pudiendo presentarse con un tamaño variado, desde una pequeña hendidura supralabial hasta alcanzar la fosa nasal, que se hunde, se aplana y dirige la punta de la nariz hacia el lado sano.

Suele presentarse en uno de cada mil recién nacidos, siendo más frecuente en el varón. El 85% de los labios hendidos bilaterales y el 70% de los casos unilaterales se asocian con paladar hendido (2).



Se reconoce la importancia genética que puede llegar a tener en casos concretos. El Síndrome de Van der Woude es autonómico dominante, cursando con labio o paladar hendido en diferentes grados en función de la afectación genética, dentro de sus diferentes grados existe ausencia de dentición y un amplio grado de afectación de hendidura sobre labio o paladar. Existe una amplia relación con la herencia familiar.

Clasificación (2):

- Labio Leporino Cicatricial. Ligera depresión del borde mucoso asociada a un surco vertical en el labio cutáneo.
- Labio Leporino Simple. Ligera muesca en el labio de profundidad variable, según su grado de afectación.
- Labio Leporino Total. Afecta a la totalidad del labio y paladar primario. Existe una división de la arcada alveolar. La nariz se presenta como ensanchada y alargada, por afectación del aleta nasal. Puede ser uni o bilateral.
- Formas Asimétricas.

Se pueden Clasificar en función de las localizaciones afectadas:

- Labio Leporino Unilateral. Existe hipoplasia de las estructuras próximas a la lesión. Todos los elementos centrales está implicados en la misma, el músculo subyacente está mal desarrollado y músculo orbicular de los labios está retraído. La aleta nasal del lado afecto está aplanada e hipertrofiada, la punta

de la nariz es más ancha y deprimida. La base de la columela está desviada hacia el lado sano.

- o Labio Leporino Bilateral. El Arco de Cupido no es reconocible, mientras que el músculo orbicular de los labios y el filtro no están desarrollados. La columela corta y casi inexistente.

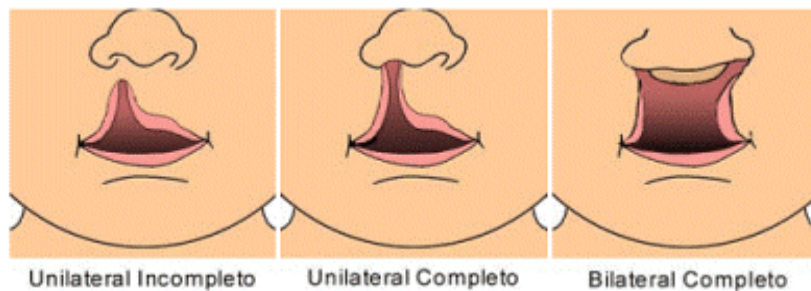


Figura 2

Tipos de labios leporinos

TRATAMIENTO

Prolongado, debiendo tener siempre como objetivos principales el aspecto del paciente, junto con el desarrollo de una correcta fonación, masticación, deglución y audición.

En la actualidad, la pauta debe ser:

- Intervención quirúrgica de la fisura labial a los seis meses.
- Intervención quirúrgica de la fisura palatina en el defecto de los tejidos blandos.



- Intervención quirúrgica del defecto del paladar duro a los cuatro o cinco años.
- Defecto alveolar se debe corregir antes de la erupción del canino.
- Posteriormente las deformidades esqueléticas secundarias, siguiendo una cronología igual que los pacientes no fisurados.

- Fístulas Labiales Inferiores

Las glándulas salivales vierten su contenido al exterior, mediante conductos ciegos que se abren de forma simétrica a ambos lados de la línea media.

Su desarrollo se debe por la persistencia de surcos laterales del arco mandibular embrionario. El 2% de los pacientes con fisura labiopalatina presentan fístulas labiales, correspondiendo a las características del Síndrome de Van der Woude.

Tratamiento quirúrgico se realizará en función del defecto estético y las inflamaciones recidivantes.

- Doble Labio Congénito

Repliegue que sobrepasa el borde libre del labio superior. Congénito, aunque se manifiesta con la dentición temporal. No presenta ningún tipo de clínica. Es una característica del conocido Síndrome de Ascher, junto con



blefacalasia y bocio. Tratamiento, debe ser quirúrgico realizando la escisión elíptica o una plastia en W.

- Fisura Labial comisural

Pequeñas invaginaciones mucosas q aparecen en la comisura labial y viene producidas por una falta de fusión de los procesos embrionarios maxilar y mandibular. Frecuentes en varones adultos.

2.2. Lesiones Inflamatorias e Infecciosas de los Labios

Las lesiones inflamatorias propias de los labios, con morfología común y un cuadro histológico inespecífico, se conoce como *Queilitis*.

Existen diversas clasificaciones de sus tipos y de los factores de riesgo que intervendrán en su desarrollo. La mayoría se desarrollan en la semimucosa del labio inferior, por la ausencia de glándulas salivales, queratinización.

- Queilitis Glandular

Lesión inflamatoria de las glándulas menores del labio, originada a nivel de unión de la semimucosa con la mucosa. Forma común y propia de la edad adulta.

Formas clínicas que presenta son, simple, superficial supurada (enfermedad de Baelz) y supurada profunda (queilitis glandular apostematosa)



La forma simple puede derivar en supurada, caracterizándose por el drenaje de contenido purulento, pudiendo producir defectos cicatriciales. La queilitis glandular supurada profunda suele ocasionar macroquelia, eversión labial, secreción purulenta y abscesos con fístulas mucosas o cutáneas con drenaje. Presenta una incidencia considerable de carcinoma espinocelular. En ocasiones, suelen verse en bocas sépticas y enfermedad periodontal, siendo un proceso casi limitado al labio inferior y prácticamente limitada al labio inferior.

TRATAMIENTO

Basado en tratamiento antibiótico y en la eliminación de los factores predisponentes. Sólo está indicada la cirugía en casos muy concretos, con episodios muy repetidos y con larga evolución.

- Queilitis No Glandulares

Etiología multifactorial, predominando irritantes primarios de contacto como cosméticos, prótesis, dentífricos. Se clasifican en subaguda, aguda y crónica. Afectación es superficial, extendiéndose a ambos labios y piel de alrededor. Se presentan los labios edematosos, rojos calientes y dolorosos, con lesiones vesiculoampollosas.

Tratamiento, bastará eliminación de causa desencadenante acompañado de la administración de antiinflamatorios tópicos y sistémicos.



- Queilitis Actínica

Es una degeneración tisular de los labios secundaria a la exposición continuada y prolongada a la luz solar. Se presentan labios pálidos, brillantes y fisurados en la región comisural y en la interfase cutaneomucosa.. Puede evolucionar a una leucoplasia y carcinoma. Histología, atrofia del epitelio escamoso estratificado con una notable producción de queratina

Su localización más habitual es en el labio inferior, siendo en una relación de 9 a 1 mas común en el varón mayor de 40 años y sobre todo, en sujetos con profesión al aire libre. Debemos realizar un control periódico por su potencial de malignización.

- Queilitis Crónica

Responden a causas mecánicas, estados carenciales, infecciones, alergias.

Queilitis crónica comisural. (perleche o boquera). Se observa frecuentemente en relación con la candidiasis atrófica crónica. Situación clínica resultante de la incidencia de varios factores como disminución de la dimensión vertical, estados carenciales (diabetes, inmunodepresión deficiencia nutricional), candidiasis y piodermatitis. Caracterizado por sensibilidad, el eritema y lesión fisurada a nivel comisural, si esta producido por una infección por candida se caracteriza por la presencia de un color blanquecino.



TRATAMIENTO

Condicionado al factor desencadenante, basado en antimicóticos y antibióticos tópicos. Puede contemplar la exéresis quirúrgica y comisurotomía reconstructiva. Muy habitual que tras el tratamiento de la candidiasis subyacente suele ser suficiente para la resolución de la lesión

2.3. Lesiones Traumáticas de los labios

- Heridas Labiales.

Se conocen como las heridas faciales de los tejidos blandos. Se debe valorar en su conjunto el territorio facial, los edemas y hematomas obstaculizarnos la localización de cuerpos extraños. Hemos de conocer muy bien su anatomía, localización de arterias para una posible ligadura, ya que suelen producir importantes hemorragias.

Siempre que no exista contraindicación por su etiología ni pérdida de sustancia superior a un tercio, el cierre primario se hará de inmediato.

TRATAMIENTO

Debemos limpiar muy bien la herida y reparar anatómicamente el defecto, que debe llevar consigo:

- reajuste anatómico del borde rojo
- sutura de la mucosa
- reconstrucción muscular precisa



Debemos comenzar la reconstrucción con un punto de aproximación de nylon en el borde del bermellón, para ajustar la unión mucocutánea. El cierre se comenzará por el plano más profundo hasta la piel, plano más superficial. Sutura de plano muscular y mucoso se realiza con material reabsorbible. Piel con nylon de 6/0.

2.4. Quistes y Tumores de los labios

- Lesiones de Origen salival

Mucocele. Se denomina indistintamente se trate de un quiste mucoso por extravasación o por retención, siendo el más frecuente el primero de ellos.

Los Quistes por extravasación se van a caracterizar por el "Acúmulo de moco entre tejido conectivo y submucosa, no estando revestido por epitelio aunque si por un tejido de granulación". Se relaciona con la secreción traumática de un conducto que lleva a la extravasación de líquido a los tejidos circundantes". Tumoración bien delimitada, blanda, fluctuante, de color variable desde rosa hasta azul translúcido y tamaño variable. Algunos autores consideran que se trata de pseudoquiste.



Figura 3

Imagen Preoperatorio de Mucocele en Labio Inferior

Predominan en glándulas salivales menores, siendo con mayor frecuencia en el labio inferior. Únicamente el 2% ocurre en el labio superior y también puede localizarse en suelo de boca, lengua, mucosa oral y paladar.

Los Quistes de Retención Mucosa, se presenta como consecuencia de la retención parcial de un conducto, produciendo su dilatación. Masa de crecimiento lento, indolora, circunscrita y fluctuante. Aspecto semejante a los quistes por extravasación.

La mayoría de los estudios demuestran la relación entre las edades más jóvenes-los quistes por extravasación y edad avanzada-quistes por retención.

La lesión quística puede estar en profundidad o superficial. La lesión superficial se suele presentar como lesión desde varios milímetros a 1 ó 2 centímetros, de color azulado. Los que se presentan en profundidad, también se manifiesta una elevación pero el color no las va a caracterizar, debido al espesor de los tejidos.

Si su localización es la glándula sublingual se denominan ránula, por la forma que adquieren.

TRATAMIENTO

Consta de exéresis de la lesión mediante incisión elipsoidales, incluyendo la glándula salival en los casos de menor tamaño. Si la lesión tiene un diámetro mayor, se puede realizar la marsupialización del mucocele que consiste en eliminar la parte superficial de la lesión.

La extirpación de la lesión con láser de CO₂ es muy útil, ofreciendo ventajas como una cirugía mas limpia, comodidad en su desarrollo, epitelización por segunda intención y postoperatorio de un desarrollo inmejorable.



Figura 4

Disección cuidadosa por planos en el tratamiento quirúrgico con láser CO₂ de mucocele



Figura 5

Revisión de extirpación quirúrgica con láser CO₂ de mucocele en labio inferior.
Postoperatorio a los siete días (izqda) y a los veintiocho días (dcha)

Litiasis de la Glándula Salival Menor. Presencia de un cálculo en el conducto de este tipo de glándula, que es poco frecuente. Origen del cuadro es un precipitado de material orgánico en forma de gel que se sigue del depósito de sustancia mineral. Se limita al labio inferior, siendo una situación clínica indiferenciable al mucocele y palpándose en algunas ocasiones el cálculo. Tratamiento, es la exéresis del cálculo y de la glándula obstruida.

Tumores de Glándulas Salivales. Suponen el 10% de todas las neoplasias de la cavidad oral y la incidencia de patología maligna es más alta en las glándulas salivales menores que en las mayores.

Características Clínicas Diferenciales entre Tumores Malignos y Benignos.



	BENIGNOS	MALIGNOS
Crecimiento	Lento	Rápido
Forma	Regular, Redondeada	Irregular, mamelonada
Límites	Bien delimitado	Mal delimitado
Adherencias	Móvil	Adherido
Consistencia	Blanda	Dura
Dolor	No	Si
Parálisis Facial	No	Si
Alteraciones vasculares	No	Si
Alteraciones mucocutáneas	No	Ulceraciones
Metástasis	No	Si
Recidivas locales	No	Si

Entre los tumores benignos, destaca el *adenoma pleomorfo*. Tumor más frecuente de las glándulas salivales, siendo la glándula parótida la más frecuentemente afectada. Es un tumor mixto. Lesión delimitada por una cápsula fibrosa o "pseudocápsula", de grosor irregular y que puede estar invadida con proyecciones tumorales. Al afectar a las glándulas salivales mayores, suele presentarse como lesión de crecimiento lento e indoloro.

El adenoma pleomorfo intraoral suele tener un tamaño de dos centímetros y su diagnóstico suele realizarse por las molestias al hablar o a la masticación. A la exploración es igual que el de las glándulas salivales mayores, excepto cuando se presenta en la región palatina que podrá estar adherido a hueso.



El tratamiento debe ser la resección quirúrgica de todo el tumor con los correspondientes márgenes de seguridad, estando muy discutida la aplicación de radioterapia tras la cirugía.

En los tumores malignos, el tratamiento va a variar en función del estadiaje del tumor, existencia de metástasis como variedad histológica y localización. Si hubiera metástasis cervicales, se debería realizar vaciamiento cervical. Radioterapia y Quimioterapia van a tener un papel muy limitado.

El pronóstico va a variar en función del estadiaje clínico, márgenes quirúrgicos y diseminación locorregional. La edad mas frecuente en que se presentan es en la cuarta década los benignos y en la quinta los benignos.

Hiperplasia Adenomatoides. Tumefacción glandular indeferenciable de un tumor. Lesión poco habitual de las glándulas salivales menores, especialmente en la región palatina.

- Tumores Benignos de los labios.

Angioma. Se presenta tres formas clásicas,

- Hemangioma capilar de la infancia o Angioma Tuberculoso. Su primera manifestación es un área plana de pigmentación roja, que adquiere un color brillante, crece en la dermis y tejido subcutáneo. Aumenta progresivamente durante los primeros meses hasta el año, estabilizando sus dimensiones y comienza su regresión hasta la desaparición. Cirugía no está indicada, si produce incontinencia salival, se aplicará corticoterapia.



- Angiomas Planos. Mancha presente en el recién nacido, que adquiere con la edad adulta un color violáceo. Puede afectar a planos profundos, no presentando un crecimiento progresivo.
Tratamiento suele ser cirugía reconstructiva, en función de la extensión e hipertrofia.

- Angiomas Venosos. Puede estar presentes en el momento del nacimiento, con un crecimiento pudiendo afectar a la función del propio labio. Tratamiento, consiste en la embolización por punción y exéresis a las cinco semanas.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES

Etiología desconocido y neoplasia poco frecuente. Localización preferente en lengua, siendo una masa asintomática de crecimiento lento no ulcerada. No recidiva. Debido a la importancia que tienen las lesiones precancerosas y el cáncer de labio, hemos decidido tratarlos en solitario aun tratándose de tumores de los labios.

2.5. Lesión Precancerosas en los labios

- Leucoplasia

Placa blanca queratósica que no se puede caracterizar clínica o patológicamente como otra entidad. Suele presentarse como lesión bien definida, uniforme y con patrón estriado. Frecuente en el bermellón. Se denomina Papilomatosis Oral Florida, cuando se presenta en la mucosa y comisura bucal.



Histología variable, desde displasia leve a carcinoma intraepiteliales.

Por orden de preferencia se localizan en bermellón labial, mucosa bucal, encía mandibular, lengua, suelo de boca, paladar duro, mucosa labial y paladar blando. Las que mayor riesgo de premalignización son el bermellón labial y lengua. Peligrosa es la leucoplasia nodular en comisura labial.

Debemos diferenciar del liquen plano, mordedura crónica y queratosis friccional.

- Candidiasis

Sobreinfección por cándidas de las lesiones precancerosas, frecuente en las leucoplasias de la comisura labial.

2.6. Cáncer de Labio

Etiología de este tipo de patología es multifactorial, siendo el más importante el tabaco incluye también la radiación solar, radiación ultravioleta, alcoholismo crónico, agentes irritantes, traumatismos, mala higiene bucal. Sabiendo que la queratosis tabáquica, queratosis reactivas, queilitis actínica crónica, queilitis glandulares, liquen plano, queratosis superficial sobre nevus epiteliales, lupus eritematoso discoide y leucoplasia sifilítica, son lesiones potencialmente precancerosas. Considerándose la leucoplasia, displasia, glositis sifilíticas terciarias, eritroplasias y papilomatosis oral florida, afectaciones precancerosas y como carcinomas intraepiteliales están el epiteloma intraepitelial, la enfermedad de Bowen y la eritroplasia de Queyrat.



Aproximadamente el 95% de este tipo de patología se presenta en el labio inferior, entre la comisura y la línea media. El 4% se localiza en el labio superior, siendo el 1% sobre en la comisura bucal.

Se diagnostica de forma temprana. Lesión sin etiología clara y que no remite con el paso del tiempo debe hacernos sospechar de un tumor.

El 75% de los carcinomas son basocelulares y al menos del 25% restante carcinoma escamosos.

El crecimiento del tumor suele ser lento, indoloro y por contigüidad, expandiéndose lateralmente y ulcerándose centralmente. Evolución natural es desde bermellón a la piel, músculo, comisura y labio contrario. La diseminación es linfática, siendo su primera afectación los ganglios submentonianos, seguidos de submaxilares, cadena yugal. Diseminación será bilateral siempre que la lesión esté localizada en la zona media del labio.

La mayor parte de los facultativos apoyan la teoría de que los carcinomas que asientan en labio superior y comisura, metastatizan mas rápidamente. Las metástasis regionales se presentan en 10% de los casos.



CLASIFICACIÓN TNM DE LOS TUMORES DE LABIO

T1	Tumor menor de 2 cms
T2	Tumor entre 2-4 cms
T3	Tumor mayor de 4 cms
T4	Estructuras adyacentes
N1	Adenopatía ipsilateral menor de 3 cms
N2	Adenopatías ipsilateral entre 3-6 cms Adenopatías múltiples ipsilaterales menores de 6 cms Adenopatía bilateral contralateral menor de 6 cms
N3	Adenopatías mayores de 6 cms

Pronóstico de T1 y T2, tienen una tasa de curación del 90% si no existe afectación ganglionar. Para T3 y T4, el porcentaje disminuye al 60% y 40% respectivamente. La supervivencia se reduce al 50%, si existen metástasis cervicales.

Tratamiento: en estadios tempranos es una patología con altas posibilidades de curación. Si tratamos lesiones premalignas y carcinoma in situ, debemos eliminar el agente causante y extirpación de la lesión. Los carcinomas de tipo in situ estamos obligados a tratarlos siempre con cirugía, por su alto grado de diferenciación, por su alto grado de diferenciación. No estando indicada la radioterapia, ya que puede alterar su comportamiento biológico.

Siempre que la cirugía sea el tratamiento de elección, se realiza la resección de la lesión con márgenes de seguridad de mínimo diez milímetros, la localización y extensión llevarán consigo una elección precisa de la técnica reconstructiva.



Si fuera necesaria la cirugía ganglionar, estaría indicado de forma bilateral, el tipo de vaciamiento ganglionar mas utilizado es el supraomohioideo. Un vaciamiento radical estará indicado cuando existan metástasis ganglionares adheridas a grandes vasos o planos profundos.

Radioterapia, indicada en tumor T3 de gran tamaño, T4 con extensión gingival u ósea, con o sin presencia de adenopatías metastásicas, en el estadio preoperatorio como terapia coadyuvante.

La Braquiterapia se considera una alternativa al tratamiento ante tumores T1 y T2 sin adenopatías metastásicas, para otros autores¹ este tipo de tratamiento es excelente no sólo solo para el tipo de tumores descrito en la literatura y nos presentan un estudio en el carcinoma de labio ha sido tratado con moldes externos de braquiterapia de alta tasa de dosis, tratando de tumores de menos de un centímetro, de 2 a 5 centímetros y mayores de cinco centímetros. Presentan remisión completa en cualquiera de los 28 pacientes analizados, buena tolerancia de la terapia, ausencia de complicaciones y recurrencias, facilidad y precisión de la técnica. Alternativa de uso habitual en los próximos años.

3. TÉCNICA QUIRÚRGICA

La cirugía de los labios debe basarse en el mantenimiento de la forma, color, aspecto, posición y movilidad, para así asegurar su estética y función.

El principio que se debe respetar en la reconstrucción labial es el de conseguir un perfecto afrontamiento del límite cutáneo-bermellón.



Existe mayor dificultad a la hora de reconstruir el labio superior debido a la necesidad de mantener la simetría con el arco de Cupido y de su relación con la nariz. Respecto al labio inferior se puede perder hasta un tercio de su longitud antes de que la asimetría sea notoria, por lo que el labio inferior suele utilizarse como donante del superior.

La elección de la técnica debe ser individualizada dependiendo de no sólo del defecto sino también de su localización y de las características del paciente.

3.1. Técnicas reconstructivas

Pequeños defectos

Cuña labial: muy útil para defectos menores de 1/3, cerrando el defecto por acercamiento de los bordes.

La sutura debe realizarse e los cuatro planos (mucosa, músculo, tejido subcutáneo y piel).

Bermellectomía: indicada para lesiones premalignas y el carcinoma in situ. Consiste en despegar 1 ó 2 cm de mucosa labial sana del labio inferior para obtener un colgajo de avance que cubra el defecto.

Colgajo elástico: útil para repara defectos del bermellón. Se basa en la elasticidad del mismo y consiste en reseca el bermellón sano y convertirlo en un colgajo de avance que cubra el defecto.

Grandes defectos

Colgajo de Abbé: se trata de un colgajo de espesor total. Consiste en reconstruir el defecto utilizando como donante un colgajo rotacional (180°) del labio opuesto. Es necesario un segundo tiempo quirúrgico (10-14 días) en el que el pedículo es dividido. Uno de los inconvenientes es que los resultados estéticos no son buenos por quedar una cicatriz vertical en la zona donante. Cuando este colgajo se emplea para reconstruir la comisura se llama colgajo de **Abbé-Estlander** y aunque conserva la función esfinteriana origina una comisura redondeada que deberá ser corregida con una comisurotomía en un segundo tiempo.

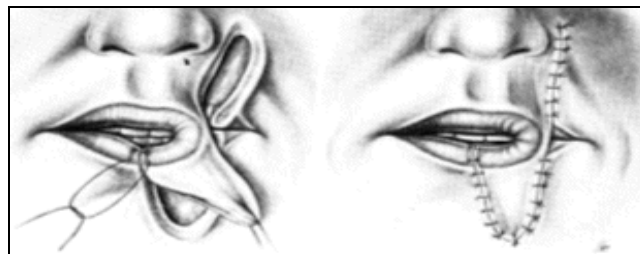


Figura 5
Colgajo de Abbé

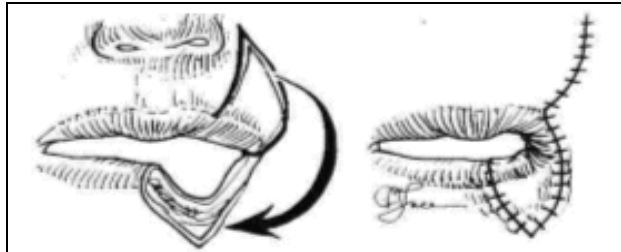


Figura 6

Colgajo de Abbé-Estlander

Colgajo de Bernard: suele emplearse en lesiones centrales del labio inferior. Consiste en dos colgajos de avance bilateral facilitado por la excisión de dos triángulos de Burow en las zonas laterales del labio superior. El tumor se extirpa con una excisión en cuña. Posteriormente se han realizado numerosas modificaciones a esta técnica original que han servido para conseguir resultados más aceptables.

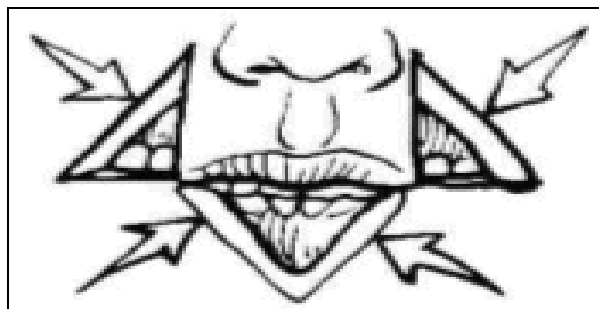


Figura 7

Colgajo de Bernard

Colgajo de Webster (modificación de Bernard): descrito para la reconstrucción del labio inferior aunque también puede ser utilizado en el superior. El objetivo es evitar la tensión mediante la realización de cuatro triángulos llamados triángulos de Burow. El resultado no es el deseado ya que generalmente se obtiene un labio algo tenso.



Figura 8

Colgajo de Webster o Burow

Colgajo de Fries o "Procedimiento Universal" (modificación de Bernard): la conservación del músculo orbicular, pues las escisiones se realizan distalmente, y la reconstrucción del bermellón, la diferencian de la técnica de Webster.

Colgajo en escalera (Johansen, 1974): excisión de la lesión en forma de rectángulo y partiendo de ella y en sentido descendente se diseñan sucesivos escalones (de 2 a 4). Los resultados estéticos son aceptables, manteniendo la inserción del buccinador, la inervación, la vascularización y la comisura labial.

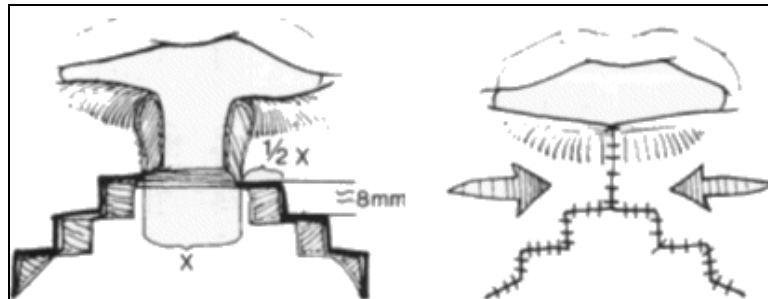


Figura 9

Colgajo en escalera

Colgajo de Gillies o en abanico (flap-flap): Rotación interna de uno o dos colgajos rectangulares laterales de espesor total. Su principal desventaja es el cierre de la comisura que produce microstomía.

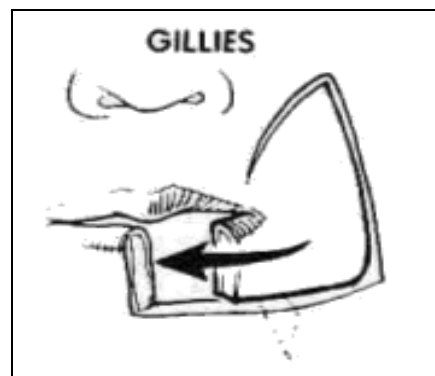


Figura 10

Colgajo de Gillies

Colgajo de Mc Gregor (basado en el colgajo en abanico): colgajo rotacional rectangular. Se preserva la vascularización pero no la inervación y musculatura afectando la acción esfinteriana. La principal ventaja es que conserva la forma de la comisura.

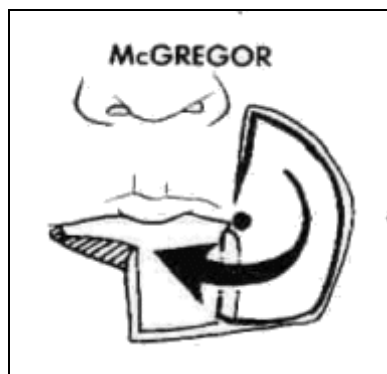


Figura 11

Colgajo de Mc Gregor

Colgajo de Karapandkic: se utiliza para defectos de hasta tres cuartos del labio inferior. Consiste en colgajos circulares periorales de mejilla. Al preservar la musculatura se consiguen resultados estéticos y funcionales buenos.



Figura 12

Colgajo de Karapandkic



BIBLIOGRAFÍA

1. Finestres-Zubeldia F, Guix Melcior B, Cloquell-Damian A, Chimenos-Küstner E, Tello-Luque JI. *Tratamiento del carcinoma de labio mediante braquiterapia de alta tasa de dosis*. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal 2005; 10:17-24.
2. Kopp WK, St-Hilaire H. *Mucosal preservation in the treatment of mucocele with CO2 laser*. J Oral Maxillofac Surg 62:1559-1561, 2004.
3. Souissi A, El Euch D, Mokni M, Badri T, Ben Osman Dhahri A. *Congenital lower lip pits: a case report*. Dermatol Online J. 2004 Oct 15; 10(2):10.
4. García Romero R, Martín de Vicente C, Gracia Cervero E, Gros Esteban D, Urena Hornos T, Labarta Aizpun JI, Altemir H, Escartin Villacampa R, Rebage Moisés V. *Cleft palate and cleft lip*. Cir Pediatr 2004 Oct; 17(4): 171-4.
5. Baurmash HD. *Mucoceles and Ranulas*. J Oral Maxillofac Surg 61; 369-378, 2003.
6. Bermejo Fenoll A., *Medicina Bucal "Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales"* vol I. Ed. Síntesis, 2000.
7. Bascones Martínez A. *Tratado de Odontología*. Ed. Smithkline Beecham. Madrid, 1998
8. Martín-Granizo López R. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Cap 32, pags 755-779. Madrid, 1997.



9. Raspall G. *Cirugía Maxilofacial*. cap 11, pags 305-319. Ed. Panamericana, 2002