

Cierre de grandes defectos en el labio inferior. Combinación: colgajo de Karapandzic y colgajo de deslizamiento contralateral



Closure of Large Lower Lip Defects: Combining a Karapandzic Flap and a Contralateral Sliding Flap

Sra. Directora:

La cirugía dermatológica de labio es un reto para el dermatólogo, sobre todo cuando nos enfrentamos a defectos



Figura 1 Lesión y diseño.

de gran tamaño, con dificultades para el cierre y la posibilidad de generar cicatrices no funcionales o poco estéticas¹. Cuando el cierre directo no es posible el cirujano debe buscar la técnica quirúrgica más adecuada en función de su localización para evitar las posibles secuelas estéticas y complicaciones¹. Con este motivo, y para ofrecer una alternativa quirúrgica óptima en relación con el mantenimiento de la funcionalidad del aparato bucal realizamos un colgajo Karapandzic junto con otro de deslizamiento contralateral, siempre tomando como punto de partida las máximas de la cirugía oncológica facial.

Un varón de 54 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés, fumador desde hacía más de 20 años, acudió a la consulta de dermatología por presentar un tumor de 6 meses de evolución en el hemilabio inferior derecho. No le había sangrado, pero sí le producía dolor que en las últimas semanas se había hecho más intenso. A la exploración el paciente presentaba un tumor de 2 cm de diámetro máximo, mamelonado e hiperqueratósico que en la zona de la comisura bucal infiltraba la mucosa yugal (fig. 1). Se extirpó la lesión incluyendo el espesor total de la piel con márgenes de seguridad apropiados (1 cm), posteriormente se cerró el defecto quirúrgico diseñando un colgajo Karapandzic junto con otro de deslizamiento contralateral, utilizando como plano de disección el muscular; en todo momento se intentó preservar la anatomía del aparato bucal y su funcionalidad. Se utilizó anestesia general durante toda la intervención y localmente empleamos mepivacaína al 2% (fig. 2). La figura 3 muestra el resultado inmediato de la intervención (fig. 3).

El principal objetivo de la cirugía oncológica es eliminar el tumor sin comprometer la seguridad de los márgenes libres. La elección de la técnica reconstructiva va a depender de la región anatómica en la que nos encontremos, de



Figura 2 Secuencia de imágenes del acto quirúrgico.



Figura 3 A. Postoperatorio inmediato B. Imagen de la comisura al mes de la intervención.

la profundidad y tamaño de la lesión, de las características de los tejidos adyacentes y de la destreza del cirujano². Si el cierre directo no puede ser empleado por tratarse de grandes defectos en los que el exceso de tensión compromete la funcionalidad y el resultado estético, la segunda opción con la que cuenta el cirujano son los colgajos²⁻⁵.

No existe un método ideal para la reconstrucción de labios que evite alteraciones morfológicas y/o funcionales como la microstomía o los defectos en la comisura (asociados a la pérdida crónica de saliva, que podría solucionarse con la suspensión de la comisura bucal). Si la lesión ocupa más de 1/3 del mismo suelen utilizarse colgajos para la reconstrucción de los defectos quirúrgicos⁵. La técnica que empleamos, combinación del Karapandzic y el colgajo por deslizamiento contralateral, proporciona en las lesiones importantes varias ventajas: se realiza en un solo acto quirúrgico; una vez aprendida es de rápida realización, y preserva una importante red vasculonerviosa, permitiendo una amplia seguridad futura y manteniendo una buena movilidad y sensibilidad. Además, esta combinación limita la extensión superior del Karapandzic, lo que podría evitar daños importantes de estructuras vasculares o nerviosas, como las ramas terminales mandibulares y bucales del nervio facial, ocasionalmente asociados a este colgajo⁶. La técnica quirúrgica se basa en extirpar la masa tumoral para seguidamente tallar los colgajos miocutáneos, diseccionando el músculo orbicularis oris hasta encontrar las ramas arteriales y venosas de la facial; de este mismo modo también se intenta respetar las ramas nerviosas. Este método permite el avance de la piel y el músculo, dejando íntegra la mucosa subyacente. Son colgajos marcadamente móviles que pueden ser rotados hacia el defecto sin estrangular los vasos. Antes de iniciar la sutura se realiza una hemostasia cuidadosa para posteriormente cerrar el defecto. La mucosa y el plano muscular se cierran con materiales reabsorbibles y, una vez hecho esto, el plano cutáneo se sutura con materiales no reabsorbibles⁷. Otras técnicas, como la V-bloque o el Estlander, podrían ocasionar alteraciones funcionales en defectos tan extensos, ya que más fácilmente asociaría microstomía, o en su caso, el colgajo de Gillies provocaría mayor morbilidad al ser una técnica más cruenta evitable cuando el defecto está lateralizado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Perez Bustillo A, Gonzales Sixto B, Rodriguez Prieto MA. Fundamentos quirúrgicos para la obtención de una cicatriz funcional y estética. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:17-28.
2. Jiménez Puya R, Vázquez Bayo C, Gómez García F, Moreno Giménez JC. Complicaciones en dermatología quirúrgica. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:661-8.
3. Batra RS. Surgical techniques for scar revision. *Skin Therapy Lett.* 2005;10:4-7.
4. Oganeyan G, Jarell AD, Srivastava M, Jiang SI. Efficacy and complication rates of full-thickness skin graft repair of lower extremity wounds after Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg.* 2013;39:1334-9.
5. Nzakamwita M, Linker M, Gitani J, Piert R. Repair of tissue loss of the lips. *Acta Stomatol Belg.* 1995;92:159.
6. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by arterial flaps. *Br J Plast Surg.* 1974;27:93.
7. Elejabeitia J, Samper A. Puntos críticos en cirugía oncológica cutánea facial. *Piel.* 2001;16:307-14.

I. Pérez-López*, A. Martínez-López, J.C. Ruiz-Carrascosa y R. Ruiz-Villaverde

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ipl.elmadrono@hotmail.com (I. Pérez-López).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.03.020>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.