



PRESENTACIÓN DE CASO

Reconstrucción de labio inferior

Lower lip of reconstruction

Ernesto Carmona Fernández¹, Alexei Pérez Hernández², Aurora Velázquez Martínez³, María del Carmen Giniebra Rodríguez⁴

¹Estomatólogo. Especialista de primer grado en Cirugía Maxilo Facial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. ernestocar@infomed.sld.cu

²Estomatólogo. Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. alexeiph@infomed.sld.cu

³Estomatóloga. Especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Docente Clínico Quirúrgico. "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. anetrenata@infomed.sld.cu

⁴Estomatóloga. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesora Auxiliar Hospital Oncológico "Tercer Congreso". Pinar del Río. Cuba. mcmgginiebra@infomed.sld.cu

Recibido: 09 de enero de 2017

Aprobado: 28 de abril de 2017

RESUMEN

Introducción: el carcinoma epidermoide es un tumor maligno que se origina del epitelio de revestimiento, causado fundamentalmente, en el caso puntual de aquellos presentes en el labio, por la influencia de la radiación solar y el hábito de fumar, entre otros factores irritantes locales que pueden estar presentes. La forma más común de presentación es como un nódulo o una úlcera que con el tiempo se agranda e infiltra por continuidad las zonas adyacentes, pudiendo producir metástasis, fundamentalmente a ganglios linfáticos cervicales.

Caso clínico: se presenta el caso de un hombre de raza blanca, 68 años de edad, exfumador, con antecedentes patológicos personales de carcinomatosis cutánea, tratado en varias ocasiones por esa enfermedad, de ocupación campesino que desarrolló un carcinoma en el labio inferior sin evidencias de metástasis. Exponemos aspectos clínicos relacionados con este tumor a la luz de los conocimientos actuales, así como la modalidad de tratamiento quirúrgico empleado para este caso.

Conclusiones: lo más interesante de este trabajo estriba en las peculiaridades del paciente en cuestión en lo que se refiere a la reconstrucción plástica del defecto

quirúrgico, así como la presencia de cicatrices y lesiones adyacentes al tumor que dificultan el apropiado tratamiento. Se optó como opción de tratamiento la variante quirúrgica utilizando una técnica de reconstrucción labial que permitió alcanzar resultados satisfactorios y por tanto mejorar la calidad de vida.

DeCS: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, CANCER BUCAL, CARCINOMA EPIDERMÓIDE

ABSTRACT

Introduction: squamous cell carcinoma is a malignant tumor that originates from the lining epithelium, mainly caused by the presence of solar radiation and smoking, among other local irritants, in the specific case of those on the lips. The most common form of presentation is as a nodule or ulcer that enlarges over time and infiltrates by continuity the adjacent areas, and may produce metastases, mainly cervical lymph nodes.

Case report: a 68-year-old, white skin and former smoker with a personal pathological history of cutaneous carcinomas, treated on several occasions because of this disease, farmer as occupation who developed carcinoma in the lower lip without evidence of metastasis. The clinical aspects related to this tumor are presented in the light of current knowledge, as well as the surgical treatment modality used for this case.

Conclusions: the most interesting aspect of this work is the peculiarities of this patient regarding the plastic reconstruction of the surgical defect, as well as the presence of scars and adjacent lesions of the tumor that make the appropriate treatment difficult. The surgical variant was chosen as a treatment option using a lip reconstruction technique that allowed satisfactory results to be achieved and thus to improve the quality of life.

DeCS: SQUAMOUS CELL CARCINOMA, ORAL CANCER, EPIDERMÓID CARCINOMA

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de células epidérmicas, por lo cual aparece solamente en piel y mucosas. El tumor aparece con varias formas clínicas de presentación y diferentes grados de malignidad. Sus características más importantes son el rápido crecimiento, la infiltración de tejidos locales, el dolor en etapas avanzadas, el sangramiento, y su capacidad de metastizar por vía linfática y sanguínea.¹

Es la segunda forma más frecuente de cáncer cutáneo tras el carcinoma basocelular la causa más frecuente del cáncer de cabeza y cuello. La mortalidad del carcinoma escamoso se ha incrementado en los últimos años en Cuba, así como su incidencia, siendo el cáncer de piel no melanoma el tumor maligno que causa mayor afectación en la población cubana.²

Dentro de los factores de riesgo, destaca el fenotipo de piel, es mayor en los fenotipos I y II que se queman con facilidad. Otros factores de riesgo incluyen la edad (más frecuente alrededor de los 60-65 años), la exposición al sol, la radiodermatitis, la ingesta de arsénico, la infección por papiloma virus, la inmunosupresión y la existencia de procesos dermatológicos como úlceras crónicas.³

Los mecanismos etiopatogénicos mediante los cuales factores intrínsecos e intrínsecos culminan en el desarrollo de un carcinoma epidermoide cutáneo, son muy complejos y están lejos de ser comprendidos a la luz de los conocimientos actuales, no obstante, la

explicación más aceptada se centra en las teorías con base genética e inmunológica.^{2,3}

El diagnóstico de estos tumores se basa en el interrogatorio y examen clínico, donde es muy importante el examen bucal y del cuello, que nos sirven para detectar la lesión en etapas tempranas y poder tratarla con buenos resultados. Contamos con varias armas para tratar el cáncer bucal, siendo la cirugía y la radioterapia los únicos tratamientos curativos.

En el caso que presentamos se utilizó el tratamiento quirúrgico como opción terapéutica y resulta interesante debatirlo pues el paciente localmente presentaba peculiaridades que hacían difícil para el cirujano seleccionar una técnica quirúrgica específica pues tenía historia de tratamientos quirúrgicos en variadas ocasiones debido a la presencia de una carcinomatosis cutánea. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios desde el punto de vista cosmético y funcional, lo cual influyó positivamente en la recuperación psicológica definitiva del paciente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un hombre de raza blanca, 68 años de edad, con antecedentes de tratarse hace varios años de carcinomatosis cutánea, exfumador, de ocupación agricultor desde hace aproximadamente 55 años, procedente de una zona rural del municipio Pinar del Río, fue remitido por el médico del consultorio de su área de salud hacia la consulta multidisciplinaria de oncológica de cabeza y cuello del Centro de atención al paciente oncológico III Congreso, para valoración médica especializada.

Refiere que hace alrededor de tres años comenzó a presentar en el labio inferior una lesión que a pesar de realizar tratamiento con varias cremas no resolvió, sino que fue creciendo y se ulceró,

además molestaba más cuando se exponía durante mucho tiempo al sol, por lo que decide acudir para tratarse.

Al examen físico del paciente constatamos la presencia de una lesión cutánea de aproximadamente 3.7 cm de diámetro localizada a nivel del labio inferior de forma ulcerada con bordes evergentes y centro deprimido cubierto de algunas costras a predominio de la piel, pero muy cerca de la línea cutáneo mucosa que abarcaba aproximadamente la mitad del labio con proyección hacia la comisura del lado izquierdo. También se observa la presencia de otras lesiones queratósicas cerca del tumor, así como cicatrices de otras operaciones, donde no es posible distinguir claramente si se trata de verdaderas cicatrices o de otras lesiones tumorales de aspecto plano cicatrizar, (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico del tumor.

Al tomar en consideración la historia de la enfermedad referida por este paciente, así como la constante y prolongada exposición del mismo a carcinógenos ambientales, como las radiaciones ultravioletas, el tiempo evolutivo de la lesión tumoral y sus características clínicas, se realizó el diagnóstico presuntivo de carcinoma de labio inferior.

Se indicó chequeo preoperatorio y varios estudios con el fin de estadiar el tumor.

Dentro de ellos señalamos los siguientes: hemograma completo, glicemia, coagulograma completo, electrocardiograma, perfil lipídico, creatinina, Rx de tórax, ultrasonido abdominal y de cuello; encontrándose todos dentro de límites normales y sin evidencia de adenopatías de aspecto metastásico. El caso entonces, después de estudiado, se estaba como un T2, N0, M0 en etapa II.

Se discute el caso en conjunto con el oncólogo y demás integrantes del equipo multidisciplinario de la consulta central y se decide ingresar al paciente para recibir tratamiento quirúrgico como única forma de tratamiento.

En el transoperatorio se diseña y planifica la técnica quirúrgica a utilizar, se realiza exéresis del tumor con margen oncológico quedando un defecto quirúrgico extenso de aproximadamente dos tercios de labio con inclusión de comisura, (Figura 2).



Figura 2. Defecto quirúrgico residual después de extirpar el tumor.

Se decide utilizar una combinación de técnicas quirúrgicas para reconstruir el defecto quirúrgico que quedó después de realizar la exéresis oncológica del tumor, en este caso combinamos una técnica de Limberg del lado derecho con una técnica

de fan-flap del lado izquierdo, se realizó la disección y separación de cada colgajo lateral para posteriormente suturar por planos y conformar el nuevo labio, considerando siempre los principios que se deben tener para lograr resultados satisfactorios en la cirugía reconstructiva de labio, (Figura 3).



Figura 3. Disección de los colgajos y reconstrucción.

Se realiza la reconstrucción por planos anatómicos de la mucosa, el músculo orbicular de los labios, algunas fibras del músculo mentoniano, y la piel, con el objetivo de lograr un labio de tamaño bastante normal y funcional, lo cual se dificulta por la presencia de cicatrices cercanas y la afectación de la comisura izquierda por la cirugía del tumor. (Figura 3)

El resultado histológico arrojó la presencia de un carcinoma epidermoide bien diferenciado de labio completamente removido, lo cual corrobora el diagnóstico clínico anterior.

DISCUSIÓN

De los tumores malignos que comprometen los labios, el más frecuente es el Carcinoma Epidermoide. Se trata de un tumor agresivo, invasor, que puede dar

metástasis si no es tratado precoz y radicalmente; también, como en este caso, el labio inferior es la localización más frecuente.

En la cirugía de resección con margen tridimensional es imprescindible una buena indicación quirúrgica que permita la extirpación y por lo tanto erradicación del proceso tumoral junto con una óptima reconstrucción. Como lo refleja la literatura al respecto, no existe un método ideal para la reconstrucción de los labios. Cuando la lesión ocupa más del 35% del labio, para un adecuado cierre es necesaria una reconstrucción con colgajos. La mayoría de ellos utilizan piel de las zonas próximas como son el labio no afectado y el mentón. Por las dimensiones del tumor, el colgajo se diseñó según la técnica de limberg y fanflap.^{4, 5} Se tuvo especial cuidado en 3 aspectos, en la preservación de ramas del nervio facial para prevenir una disfunción del labio, la conservación de los vasos coronarios, para garantizar una adecuada irrigación de los colgajos y en realizar una amplia disección de los colgajos para evitarla microstomía, que suelen ser un problema en el postoperatorio de estos pacientes.

Los tumores de labio inferior en estado avanzado con compromiso amplio de la superficie labial constituyen un gran desafío para el cirujano; la estrategia quirúrgica implica la contemplación de las características del tumor, las comorbilidades y el estado general del paciente, siendo fundamental el consentimiento del mismo y del grupo familiar para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico con la consiguiente reconstrucción anatómica y funcional.^{6, 7}

El carcinoma epidermoide, también denominado carcinoma de células escamosas, epitelioma espinocelular y epitelioma de células escamosas es un tumor maligno, derivado de los queratinocitos epiteliales. Aparece con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, sobre todo en los de raza blanca. Es más común después de los 50 años de edad, suele asentar en las áreas que cuentan con muchos días soleados anualmente y en personas que trabajan

bajo la luz solar de manera directa o en contacto con sustancias químicas carcinógenas, así como otros factores locales presentes como irritación local, sepsis bucal, dientes filosos, prótesis mal ajustadas y hábitos deformantes.⁸

Aunque su causa no está dilucidada a la luz de los conocimientos actuales, se han involucrado factores desencadenantes extrínsecos e intrínsecos. Dentro de los extrínsecos podemos destacar el papel que juegan las radiaciones ionizantes, principalmente los rayos X, grenz y gamma, el virus del papiloma virus humano, diversas sustancias químicas como hidrocarburos (hollín, alquitrán de hulla y aceites cortantes), la terapia o ingesta de arsénico, el hábito de fumar, así como a infecciones recurrentes del virus del herpes simple humano. Dentro de los factores extrínsecos se destaca al papel de algunas genodermatosis como el xeroderma pigmentoso, el albinismo, la inmunosupresión, y las alteraciones que ocurren en lesiones cutáneas preexistentes tales como cicatrices de heridas quirúrgicas o por quemaduras. Se ha destacado el papel de la leucoplasia como lesión precursora del carcinoma epidermoide, fundamentalmente en fumadores inveterados que se exponen profesionalmente durante largos períodos de tiempo al efecto deletéreo de las radiaciones solares.⁹

Clínicamente el carcinoma epidermoide se manifiesta de diferentes formas, dentro de las que podemos citar la forma plana (manchas blancas y rojas), endofítica o infiltrante, exofítica o nodular, ulcerada, nodular submucosa, vegetante, y otras formas combinadas que aparecen como resultado del crecimiento del tumor que no va aparejado a su irrigación, como es el caso de las formas Ulcero infiltrante, ulcero vegetante o nodular ulcerada; la superficie es irregular, indurada, indolora en etapas iniciales, vale decir que en el 90 % de los pacientes el carcinoma epidermoide proviene de una lesión precancerosa. Se acompaña además de hemorragias y costras de color rojo, suave a la palpación, frecuentemente en coliflor. Es un tumor aislado, aunque puede manifestarse de forma múltiple. Su evolución varía desde meses hasta varios

años, su crecimiento suele ser lento y progresivo, infiltrando los tejidos adyacentes. Pueden constatarse además linfadenopatías metastásicas regionales, en el carcinoma epidermoide del labio inferior la diseminación linfática se realiza principalmente a los ganglios submaxilares y submentales, aunque pueden saltar estaciones ganglionares dando metástasis en el tercio medio yugular.^{9, 10}

El diagnóstico se basa básicamente en el interrogatorio y examen físico que incluye el examen de las cadenas ganglionares de cuello, los antecedentes de lesiones precancerosas u otros factores cancerígenos relacionados y finalmente se corrobora con el estudio histopatológico. Se realizan otros estudios como: tomografía axial computarizada con contraste o no, dependiendo de las características propias del tumor, resonancia magnética, ultrasonido, biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), BAAF guiado por ultrasonido, que son muy necesarios no solo en el diagnóstico y estadiamiento sino también en la planificación del tratamiento. La histología evidencia que este tipo de cáncer mantiene contacto con la epidermis y muestra un crecimiento tumoral en forma de hojas o nidos tumorales, con presencia de células disqueratóticas, formación de perlas córneas, queratina y puentes de unión. La diferenciación del tumor es hacia la queratinización y debe clasificarse en bien diferenciado, moderadamente diferenciado, pobremente diferenciado e indiferenciado. Los criterios histológicos que son importantes de cara al pronóstico incluyen además del grado de diferenciación, el nivel de invasión (mayor riesgo si invade por debajo de la dermis reticular), el tamaño del tumor (los tumores de más de 2cm tienen mayor riesgo de metástasis), el neurotrofismo, la infiltración linfática y vascular, y la presencia de recidivas tumorales. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma basocelular, el queratoacantoma, el melanoma, queratosis actínica tipo queratótico e hiperplásico, tumores derivados de los anejos de la piel, dermatofibroma, y otros tumores fusocelulares menos frecuentes como el fibroxantoma atípico.¹⁰

La opción quirúrgica para el tratamiento del carcinoma epidermoide es de elección. Debe realizarse con un margen de 3-9 mm, dependiendo de la forma de presentación, tamaño del tumor, localización, grado de diferenciación, tipo histológico, grado histológico, recidiva, tratamiento previo con radioterapia u otra modalidad.

En los tumores recidivantes o con invasión perineural siempre se aconseja realizar cirugía de Mohs. La radioterapia debe utilizarse en localizaciones en que se necesite la preservación del órgano y la función. Los pacientes deben ser vigilados durante cinco años para detectar una posible metástasis y la posibilidad de una segunda tumoración que se encuentra entre el 10 y 30 % de los casos o el desarrollo de un carcinoma en otra localización anatómica.¹¹

CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias cutáneas malignas en el mundo. Ante la sospecha clínica de la aparición de este tipo de cáncer cutáneo debemos tomar todas las precauciones necesarias para corroborar el diagnóstico e imponer el adecuado tratamiento de forma rápida, en aras de reducir la mortalidad por carcinoma de piel en ambos sexos, incrementada en los últimos años y manteniéndose durante décadas como la primera causa de incidencia en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friis S, Kesminiene A, Espina C, Auvinen A, Straif K, Schüz J. European Code against Cancer 4th Edition: Medical

exposures, including hormone therapy, and cancer. *Cancer Epidemiology*. [Internet]. 2015

[Citado 2016 Nov 18]; 39(Supl.1): [Aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782115001678>

2. Rojas Barly L, De la Paz Peña S, Batista Lozada M, Santana González JV. Comportamiento del cáncer de piel no melanoma en Puerto Padre. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2014 [citado 2017 Ene 6]; 39(6): [Aprox. 12 p.]. Disponible en:

<http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/288>

3. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2013 Oct [citado 2017 Ene 05]; 29(5): [Aprox. 14p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005&lng=es

4. Cabello T, Sazo N, Salgado A, Martínez B. Sobrevida en carcinoma espinocelular de labio. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Jul [citado 2017 Ene 05]; 143(7): [Aprox. 16 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700004&lng=es

5. Díaz EV. Carcinoma epidermoide de cavidad bucal. Serie de casos. INOR 2005-2009. [Tesis en Internet]. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; © 2015 [Citado 4 Ene 2017]. [Aprox. 91p.]. Disponible en:

<http://files.sldcu/cirurgiamaxilo/files/2015/08/tesis-diplomado.pdf>

6. Rena W, Lia Y, Liua CH, Qianga C, Zhang L, Gaoa L, et al. Surgical management of Squamous Cell Carcinoma of the lower lip: An experience of 109 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 Ene 04]; 19(4): [Aprox. 12 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119317>

7. Vivar Bauzá M, García Cosme E, Reynaldo González MA, Campaña Rodríguez M, Parladé Formell C. Presentación de tres pacientes con reconstrucción del labio inferior con la técnica Bernard (modificada). *CCM* [Internet].

2013 [citado 2017 Ene 04]; 17(Supl 1): [Aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sldcu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500006&lng=es

8. Ramos MA, Mendoza RA, Orellana Pérez VC, Domínguez SE, Legrá AV. Aplicación de la técnica de Karapandzic en un carcinoma epidermoide del labio inferior. *CCM* [Internet]. 2014

[citado 2017 Ene 04]; 18(2): [Aprox. 12p.]. Disponible en: http://scielo.sldcu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200019&nrm=iso

9. Stojanovic S, Jovanovic M, Vuckovic N. Unusual Growth of Upper Lip Squamous Cell Carcinoma: A Case Report. *Iran Red Crescent Med J*. [Internet]. 2015 Mar [Citado 2017 Ene 04]; 17(3): [Aprox. 3p.]. Disponible:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441773>

10. Sánchez EZ, Casanova SK, Hidalgo TY, Paz QL, Fonseca SY. Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre. *Revista Electrónica Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2014 [citado 2016 Nov 18]; 39(10): [Aprox. 9p.]. Disponible en:

<http://www.ltu.sldcu/revista/index.php/revista/article/view/129/186>



Ernesto Carmona Fernández:

Estomatólogo. Especialista de primer grado en Cirugía Maxilo Facial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. **Si usted**

desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)