

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DEL LABIO SUPERIOR

NUEVA ALTERNATIVA PARA SU RECONSTRUCCIÓN

JUAN MANUEL SCARTON, JOSÉ EDUARDO GUBAIRA, WILFREDO PERFETTY, DANIEL VERDECCHIA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" CENTRO POLICLÍNICO VALENCIA "LA VIÑA" VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

RESUMEN

Presentamos un caso en el cual planteamos el diseño de un nuevo colgajo de espesor total del carrillo, con la finalidad de reconstruir en un solo paso el labio superior, en lesiones que ocupen más del 1/3 de la longitud del labio superior. Paciente masculino de 6 años, con lesión maligna de glándulas salivales menores del tipo carcinoma mucoepidermoide, que puede ser localizado en el labio superior siendo poco frecuente. Explicamos el diseño de este colgajo el cual permite, la reconstrucción del labio superior en todo su espesor en un solo paso; incluyendo, piel, músculo y mucosa, mediante el diseño de colgajo en isla del carrillo, este mantendría su nutrición a partir de las ramas de la arteria infraorbitaria ipsilateral. Con un aceptable resultado cosmético, y mantiene una buena apertura oral, sin sacrificar los márgenes de resección, no se coloca en riesgo el control local y la curabilidad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma, muco-epidermoide, labio superior, colgajo, glándula salival.

SUMMARY

We present a case in which we would like to expose the design of a new cheek's thick flap in order to reconstruct

in just one step the superior lip when it has been damaged more than 1/3 of it. Patient 6 years old male with malignant lesion of the minor's salivary glands muco-epidermoid carcinoma type, that can be found in the superior lip and is less frequent. We present a new flap that allow to reconstruct of the entire superior lip in all its extension, including skin, muscle and mucous in one step. Through the design of the island cheek flap, this would keep its nutrition for the infraorbital ipsilateral arterial branches. This flap gives acceptable cosmetic results besides keeping a good opening of the oral cavity, without sacrificing the resection borders, in a way that local control and the curability of the patient is not put at risk.

KEY WORDS: Carcinoma, muco-epidermoid, superior lip, flap, salivary glands.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales menores, en la cavidad oral, son localizados en la lengua y sus alrededores, en la amígdala vecina a las criptas, un gran número en paladar blando y en la porción posterior del paladar duro, mandíbula y labios ⁽¹⁾.

La incidencia de tumores de las glándulas salivales menores es baja, ubicándose entre el 7 % y el 10 % de todos los tumores de las glándulas salivales. En la cavidad oral la histología más frecuentemente reportada es el carcinoma

Recibido: 03/06/2008 Revisado: 13/08/2008

Aceptado para publicación: 28/08/2008

Correspondencia: Dr. Juan M Scarton Centro Policlínico Valencia "la Viña" Valencia Estado Carabobo
E-mail: sconsalud@yahoo.com jscarton@postgrado.uc.edu.ve

Teléfono: Celular: 04144042969.

Oficina: 02418319198.

adenoideo quístico⁽²⁻⁷⁾. Siendo reportada la base de lengua y orofaringe, como localización más frecuente de carcinoma muco-epidermoide⁽⁸⁾.

Uno de los trabajos más recientes que tocan el tema de las frecuencias y distribución de los tumores de las glándulas salivales en la cavidad oral fue publicado con 82 casos, donde la frecuencia de tumores de las glándulas salivales menores que afectan al labio superior se encuentran alrededor del 7 %⁽⁹⁾.

La localización de las lesiones malignas, en el labio superior, continúa siendo baja, incluso cuando hablamos de los cánceres más frecuentes como son: el carcinoma epidermoide, y el carcinoma baso celular. De tal manera que la frecuencia de carcinomas mucoepidermoides en el labio superior es mucho menos frecuente. En un estudio retrospectivo de 100 casos de lesiones malignas de labio, entre enero de 1999 y diciembre del 2002⁽¹⁰⁾. Se pudo observar que la media de edad fue de 59 años, con una relación de 7/3 en relación al sexo. Las lesiones fueron clasificadas como T1-T2 en 71 % y T3-T4 en 29 %. La localización fue: labio inferior en 82 % y labio superior en 10 %. El estudio histopatológico mostró un 85 % para el carcinoma espinoso celular y un 14 % para el carcinoma baso celular.

El tratamiento quirúrgico, ha representado y continúa siendo la principal arma en el tratamiento de las lesiones malignas, de esta zona. Así lo afirman gran cantidad de autores⁽¹¹⁻¹³⁾, los cuales hacen referencia al tratamiento de 914 pacientes entre otros con cirugía, obteniendo una sobrevida de 82 % a 5 años.

Presentamos el caso un paciente masculino de 6 años de edad procedente de la zona quien acudió al Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño.

CASO CLÍNICO

Paciente con lesión de 3 meses de evolución

que comprometía más de ½ de la longitud del labio superior (40 %) con mayor tendencia a su localización en el lado izquierdo. Dicha lesión era sobre elevada y se extendía más allá del borde cutáneo mucoso. Al examen del cuello no se palpaban adenopatías. Desde el punto de vista macroscópico se podía fácilmente observar la infiltración al plano profundo lo cual expone e infiltra el músculo orbicular de los labios, dicha infiltración provocaba alteración evidente de la movilidad del músculo y por consecuencia incapacidad funcional e incompetencia parcial de la hendidura bucal.



Figura 1. Carcinoma mucoepidermoide de las glándulas salivales menores en el labio superior, ocupando aproximadamente el 40 % de la superficie del labio superior, con exposición de la estructura muscular en el fondo de la úlcera.

MÉTODOS

Uno de los puntos al evaluar el paciente, fue este nuevo diseño de reconstrucción que surgió en un momento de inspiración, cuando pensamos en la posibilidad de crear un colgajo que permitiera la reconstrucción en un solo paso del tejido afectado o que debía ser resecado, en el cual se incluyeran todos los componentes

del labio (piel, músculo, celular sub-cutáneo y mucosa) y que permitiera mantener una estructura o componentes muy similares al tejido, segmento o área perdida.

Pensamos entonces en la necesidad de tomar un segmento del carrillo en forma de isla que pudiera ser desplazado a la zona del defecto, manteniendo el espesor, el color la forma, y la competencia de la hendidura oral.



Figura 2. Diseño con azul de metileno del colgajo. Donde se puede observar el rectángulo de piel donde se tomara el gran fragmento de tejido, que incluirá piel, grasa, ósculo y mucosa de la región del carrillo. Así como la línea que intenta, señalar el trayecto vascular, de donde mantendrá la viabilidad el colgajo, a partir del ramo infraorbitario de la arteria infraorbitaria.



Figura 3. El mismo sería trasladado manteniendo su nutrición por el ramo infraorbitario de la arteria pterigomaxilar, acoplándola en su totalidad al defecto creado en el labio superior.

Fue calculada y evaluada la posibilidad de tomar un *flap* compuesto del carrillo, constituido, por los componentes antes descritos a la zona más cercana y que podía cumplir con todas las necesidades y/o componentes que así eran necesarios para reconstruir el labio tal y cual está constituido o conformado.



Figura 4. En esta imagen podemos observar como el *flap* fue trasladado a la zona del labio superior donde se creó el defecto posterior a la resección del carcinoma, por debajo de un segmento de piel que separaba a la zona de resección de la zona donadora. Situación esta que caracteriza a los colgajos insulares, así como por supuesto, la posibilidad de observar claramente el pedículo vascular que mantiene la nutrición del colgajo.



Figura 5. Posteriormente como puede ser observado en esta figura. Una vez que fue trasladado el colgajo a su zona receptora, el mismo es adaptado, retirando los bordes excedentes y realizando las suturas necesarias para permitir su más adecuado y cosmético acople a la zona receptora.



Figura 6. Aquí podemos observar el resultado inmediato, de la cirugía, con las dimensiones del *flap*, así como la gran cicatriz que se necesitó crear en la encara derecha, para tomar el tejido necesario para la reconstrucción.



Figura 7. El procedimiento fue todo un éxito, en lo que se refiere a términos de diseño, y resultados esperados.

DISCUSIÓN

La pieza quirúrgica reveló la presencia de neoplasia maligna del tipo carcinoma mucoepidermoide de bajo grado histológico, el cual correspondía con el diagnóstico previo al tratamiento quirúrgico, al cual se llegó por clínica y por biopsia incisional.

Todos los márgenes fueron negativos para malignidad esto garantizó un control local adecuado.

El colgajo se mantuvo viable en todo momento tanto en el posoperatorio inmediato como en el posoperatorio tardío, con excelente nutrición y sin sufrir en ningún momento fallas en relación a su estructura.

La función y complacencia de la hendidura oral se mantuvo con excelente dimensión y sin retracción o con cicatrizaciones viciosas. No existen dudas de que la evaluación clínica sigue siendo la principal arma para la evaluación de todos los pacientes, indistintamente de cualquiera que sea la afección o enfermedad.

En las enfermedades de cabeza y cuello, al igual que en cualquier paciente es imprescindible. Además que la mayoría de las áreas o elementos anatómicos de la región son de fácil acceso al examen médico.

La inspección y palpación en el caso de las lesiones de piel y en este caso de labio superior, el tamaño, el aspecto macroscópico y la palpación para definir o no la infiltración en los diferentes planos que componen anatómicamente a esta área representan el punto de honor o crucial para estatificar la lesión y tomar una decisión después de conocer el tipo histológico.

El examen del cuello definirá el estado del mismo en relación con la posibilidad de enfermedad metastásica y plantear la necesidad de explorar el mismo y/o indicar tratamiento quirúrgico al cuello.

La mayoría de los exámenes por imagen han querido mostrar, con más detalles, un análisis más cercano a la realidad de las lesiones de cabeza y cuello, con la finalidad de acercarse y alcanzar con mayor eficiencia la realidad del comportamiento y del estado locorregional en este tipo de lesiones, tal como lo es el caso de los otros exámenes de imágenes ya conocidos como son la tomografía axial computada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN).

La TAC y la RMN son mejores en la evaluación de los tumores malignos de la cavidad oral y oro faringe, sin embargo, la tomografía en el plano axial y coronal en cortes de 3 y 5 mm es la primera modalidad y es mejor en la evaluación de la erosión ósea de la mandíbula y maxilar, en comparación con la resonancia magnética.

La evaluación con RMN debe ser realizada con sección de imágenes aplicando T1, T2 y T1-GD-DTPA en los planos axiales y coronales, con secciones axiales adecuados para lesiones ubicadas paralelas a la línea media, envolviendo la lengua, labios, piso anterior de la boca, subdivididos de acuerdo a la localización anatómica.

La expresión local de las metástasis a los linfonodos, pronósticos y decisiones terapéuticas varían de acuerdo con la localización de las lesiones representadas por el carcinoma escamoso o indiferenciado. Algunas lesiones malignas pueden simular tumores benignos como es el caso del carcinoma adenoideo quístico o el carcinoma mucoepidermoide. El diagnóstico histopatológico final es necesario antes del tratamiento quirúrgico o radiante.

Es importante recordar que, la utilización de los colgajos se inició en 1834, por Dieffenbach el cual realizó la plastia del labio inferior con dos colgajos de base inferior recubiertos de mucosa. Técnica que fue evolucionando a través de los años, utilizando otras áreas de la cara y diseños diferentes, hasta nuestros días, los cuales revolucionaron la cirugía reconstructiva⁽¹⁰⁻¹⁵⁾. En un trabajo realizado hace resaltar lo importante del conocimiento de la anatomía vascular local, en el momento de pensar en el uso o diseño de colgajos para la reconstrucción de los labios⁽¹⁶⁾.

En este caso la utilización de la arteria infraorbitaria como pedicuro vascular y también como todo colgajo insular el punto de rotación, permitió asegurar la irrigación y por consiguiente la viabilidad del *flap*, así como su traslación al defecto con excelente acople.

Un colgajo compuesto para el labio inferior irrigado por las ramas labiodentales de la arteria facial puede ser utilizado para restaurar combinaciones de defectos del labio superior y nariz o defectos parciales del labio superior.

En este caso, el defecto superaba el tercio de la dimensión del labio, comprometiendo además todo su espesor, lo cual colocó al equipo del servicio ante un problema de nivel. Pues sería muy fácil decidir en realizar colgajos ya conocidos para este tipo de reconstrucción que traen como consecuencia, una movilización extensa de tejido con disminución de la apertura oral, y consiguiente menor efecto cosmético por no decir ninguno. Los tipos de *flaps* a utilizar dependerán de la cantidad de tejido necesaria para cubrir el defecto.

El defecto creado puede ser completo cuando se trata de la pérdida de piel, músculo y mucosa del labio. Esto no tiene nada que ver con la extensión del defecto (longitud), pues para este aspecto, los clasificaremos en tercios.

Los defectos creados con pérdida total del espesor del labio requieren reconstrucción, de la piel, músculo orbicular y mucosa, todos los esfuerzos deben ser dirigidos a restaurar la continuidad del esfínter muscular, especialmente en el labio inferior.

Otro tipo de defectos creados son aquellos relacionados sólo con la porción cutánea del labio tal como lo explicamos anteriormente y lo detallaremos más adelante.

En los defectos menores de 1/3, las resecciones en V y W, son muy factibles y sencillas, pues equivalen a un cierre simple, el problema se presenta cuando nos ocupamos de lesiones que implican más de un tercio, y las lesiones que involucran la totalidad del labio o los tejidos.

Iniciaremos mostrando algunos ejemplos de reconstrucciones, de mayor a menor de acuerdo al tamaño del defecto y de la cantidad de tejido a utilizar.

En una se muestra la utilización del *flap* tipo

Fujimori, el cual pudiera ser unilateral o bilateral. A continuación mostramos una secuencia de fotos que ejemplifican a este colgajo. Nótese la cantidad de tejido necesaria a desplazar a causa del defecto, también a causa de su diseño, para poder mantener su vascularidad, por medio de las arterias orbiculares ramas de la arteria facial⁽¹⁷⁾.

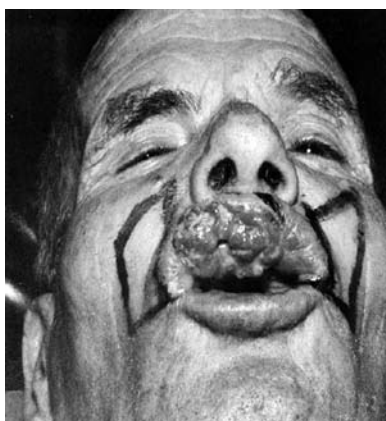


Figura 8. En este caso se trata de lesión del tipo histológico compatible con carcinoma epidermoide del labio superior, obsérvese un defecto que ocupa 2/3 de la longitud del labio superior. Puede también detallarse el diseño mediante el uso de azul de metileno de dos *flaps* en este caso sólo compuesto por piel.



Figura 9. El resultado es fácilmente imaginable pero queremos insistir en que este colgajo esta sólo por piel⁽¹⁵⁾.

Existen reconstrucciones que exigen mayor cantidad de tejido para poder cubrir un gran defecto, tal como lo son el trasplante de tejido autólogo, o *flaps* del antebrazo conocido también como *forearm radial flap*, presentando como ejemplo un trabajo recientemente publicado⁽¹⁸⁾ donde muestran la utilización de este *flap* en la reconstrucción de un defecto creado en el labio inferior después de la resección de una lesión maligna. Por la cantidad de tejido que se moviliza y por tener un gran pedículo largo, este colgajo puede ser utilizado en la reconstrucción de muchos lugares incluyendo el labio superior.

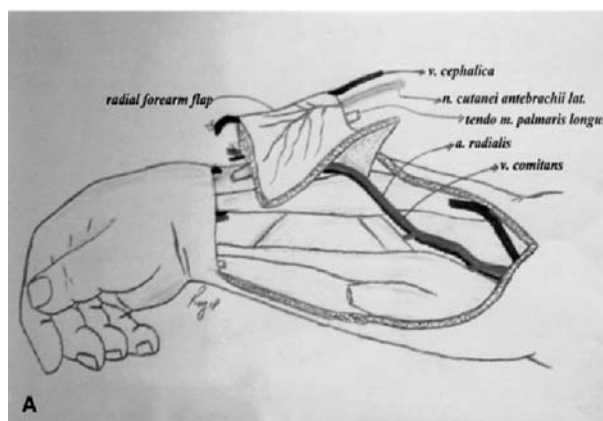


Figura 10. Podemos observar cómo se muestra un diseño esquemático anatómico de la zona y los vasos de importancia, también es importante mantener la innervación, preservando la rama superficial del nervio radial, antes de alcanzar el dorso de la mano, el cual permitirá mantener la sensibilidad de la mano. Su reconocimiento y disección es importante, con la finalidad de no comprometerla.

Así como el uso del mismo en casos muy escogidos, con defectos extensos. Existen otros tipos de defectos, donde la pérdida de sustancia es menor pero no despreciable como es en nuestro caso.

En este punto existen otros tipos de *flaps* que a continuación mostraremos basados en bibliografía actualizada como lo muestran^(17,18)

en este trabajo donde se ilustran un resumen variado de las diferentes y posibles técnicas, mediante el uso de colgajos de rotación Figura 12⁽¹⁷⁾.

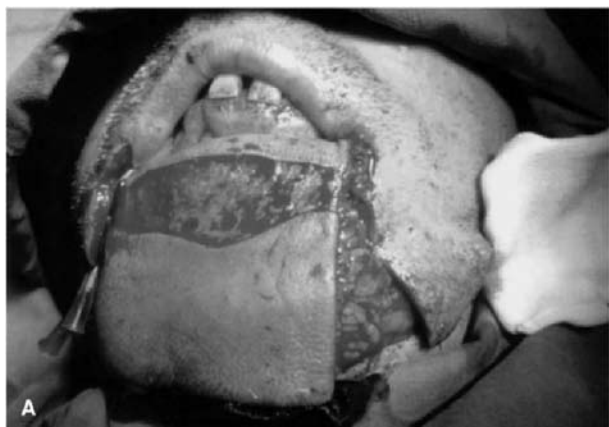


Figura 11. Obsérvese la gran cantidad de tejido obtenido. Este tipo de reconstrucción amerita un equipo, preparado, con formación en trasplante de tejido, tiempo prolongado quirúrgico y depende de una gran cantidad de factores, para su adecuado resultado⁽¹⁵⁾.

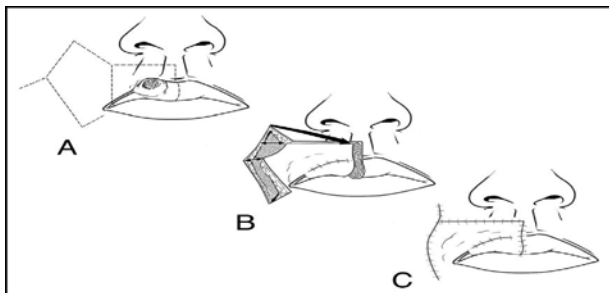


Figura 12.

En donde podemos observar que la reconstrucción es sencilla, con menor impacto sobre la zona desde el punto de vista cosmético, pero con la desventaja que moviliza el ángulo o la comisura oral. Por otra parte la lesión es mucho menor que la presentada en nuestro caso, donde el defecto creado fue mayor y más

alejado de la comisura, lo cual impedía el uso de la misma, como ejemplo a seguir para realizar la reconstrucción⁽¹⁷⁾.

Otros tipos más recientes de diseños, son los de avance de tejido, sin embargo, no pudimos adoptarlo en vista que los mismos son utilizados en defectos cosméticos, cutáneos que no afectan o afectan en mucha menor intensidad la estructura muscular del labio. A continuación damos muestra y referencia de los mismos⁽¹⁸⁾.

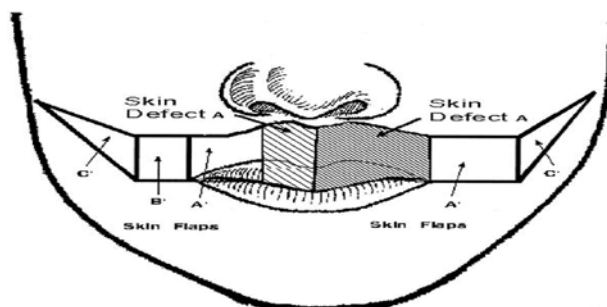


Figura 13⁽¹⁸⁾. En este tipo de reconstrucción se utiliza, o se propone, el diseño de triángulos en los extremos, vecinos a los segmentos centrales, los cuales avanzan con la finalidad de permitir su aproximación a la línea media. Cubriendo el defecto creado.

Sin embargo, este tipo de *flaps* son factibles de utilizar, cuando se trata de defectos confinados a la piel, o sea sólo cutáneos y no existe afectación o compromiso de la musculatura.

Situación que no nos permitió tampoco tomar como ejemplo a seguir en nuestro caso.

Es por eso que nuestro colgajo, propone una manera o forma diferente de realizar la reconstrucción en defectos que comprometen más de 1/3 de la longitud del labio superior, con infiltración de su estructura en todas sus capas.

Como podemos observar, la reconstrucción del labio superior es variada y depende del tamaño y de la localización del tejido perdido. Esto es importante, hay que tomar en cuenta si la lesión es central, centro lateral, si por el contrario se

encuentra hacia la comisura.

Estos detalles al igual que la profundidad, su longitud, y la variedad histológica de la lesión, son los datos más importantes a tomar en cuenta en el momento de escoger entre una forma u otra para reconstruir el defecto, sumado a la necesidad de control local definitivo. Otro tipo de *flap* es el V-Y, el cual puede ser utilizado con la finalidad de reconstruir todo el labio o parte de él, todos los pacientes fueron reconstruidos mediante el diseño de colgajo cutáneo o músculo-cutáneo, con una isla de piel en forma de un *flap* en forma de V-Y en avance, y un *flap* subcutáneo o muscular pediculado con o sin mucosa. Estos autores basaron la elección del *flap*, después de la resección del tumor ⁽¹⁸⁾.

El *flap* subcutáneo pediculado fue usado en 14 pacientes, el *flap* músculo cutáneo no incluyó

la mucosa en 5 pacientes y en 6 pacientes si se incluyó la mucosa, este tipo de *flap*, puede ser utilizado para reparar labio superior de cualquier tamaño, asimismo indican que el procedimiento es seguro y rápido, tomando en cuenta los puntos de circulación, y al igual que el *flap* del carrillo presentado por nosotros, se realiza en un solo tiempo, obteniendo un resultado cosmético satisfactorio, buena función y sensibilidad en los labios.

Sin embargo, no tenemos reporte del diseño de un colgajo que se asemeje al que presentamos en este trabajo, la totalidad de los encontrados y reportados, son colgajos tomados cercanos al defecto, por lo cual no ameritan, la planificación de *flap* en isla, como se plantea en nuestro caso.

REFERENCIAS

1. Ellis ER, Millon RR, Mendenhall WM, Parsons JT, Cassisi NJ. The use of Radiation Therapy in the management of the minor salivary gland tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1988;15:613-617.
2. Hosokawa Y, Ohmori K, Kaneko M, Yamasaki M, Ahmed M, Arimoto T, et al. Analysis of adenoid cystic carcinoma treated by radiotherapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;74:251-255.
3. Jenkins DW, Spaulding CA, Constable WC, Cantrell RW. Minor Salivary gland tumors: The role of radiotherapy. *Am J Otolaryngol.* 1989;10:250-256.
4. Sadeghi A, Tran LM, Mark R, Sidrys J, Parker RG. Minor salivary gland tumors of the head and neck: Treatment strategies and prognosis. *Am J Clin Oncol.* 1993;16:3-8.
5. Shibuya H, Suzuki S, Takeda M, Takagi M. The role of radiation therapy in the management of adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1987;13:1135-1141.
6. Weber RS, Palmer JM, el-Naggar A, Mcneese MD, Guillaumondegui OM, Byers RM. Minor salivary gland tumors of the lip and bucal mucosa. *Laryngoscope.* 1989;99(1):6-9.
7. De Vries EJ, Jhonson JT, Myers EN, Barnes EL Jr, Mandell-Brown M. Base of tongue salivary gland tumors. *Head Neck Surg.* 1987;9:329-331.
8. Ezzoubi M, Benbrahim A, Fihri JF, Bahechar N, Boukind el H. Reconstruction after tumor's excision in lip's cancer: Report of 100 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2005;126(3):141-146.
9. Shinohara H, Iwasawa M, Kitazawa T, Kushima H. Functional lip reconstruction with a radial forearm free flap combined with a masseter muscle transfer after wide total excision of the chin. *Ann Plast Surg.* 2000;45(1):71-73.
10. Adler N, Amir A, Hauben D. Modified von Bruns' technique for total lower lip reconstruction. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):433-437.
11. Ogura I, Amagasa T, Iwaki H, Kijima T, Kurabayashi T, Yoshimasu H. Clinic pathological study of carcinomas

- of the lip and the mucosa of the upper and lower lips. *Int J Clin Oncol*. 2001;6(3):123-127.
12. CeballosGarcíaR,JimenoAzconaMA. Reconstrucción labial. Disponible en: URL: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2034.html>
 13. Pinar YA, Bilge O, Govsa F. Anatomic study of the blood supply of peri-oral region. *Clin Anat*. 2005;18(5):330-339.
 14. Aytekin A, Ay A, Aytekin O. Total Upper Lip Reconstruction with Bilateral Fujimori Gate Flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(2):797-800.
 15. Ozdemir R, Ortak, T, Koçer U, Çelebioglu S, Sensöz, Ö, Tiftikcioglu Y. Total lower lip reconstruction using sensate composite radial forearm flap. *J Craniofacial Surg*. 2003;14(3):393-405.
 16. Coppit GL, Derrick T, Burkey BB, editores. *Current concepts in lip. Current opinion in otolaryngology and head and neck surgery*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2004.
 17. Sarifakioglu N, Aslan G, Terzioğlu A, Ates L. New technique of one-stage reconstruction of a large full-thickness defect in the upper lip: Bilateral reverse composite naso labial flap. *Ann Plastic Surg*. 2002;49(2):207-210.
 18. Carvalho LM, Ramos RR, Santos ID, Brunstein F, Lima AH, Ferreira LM. V-Y advancement flap for the reconstruction of partial and full thickness defects of the upper lip. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2002;36(1):28-33.