

ANGIOMA GIGANTE DEL LABIO SUPERIOR

Problemas preoperatorios y terapéutica quirúrgica *

F. BUTTAFARRO * y R. COLOMBO **

* Sezione Dermatologica Correttiva y

** Sezione Dermatologica Vasculodipendente.

Ospedale Dermatologico S. Lazzaro. Torino (Italia).

Describimos un caso de hemangioma cavernoso desarrollado de preferencia en el labio inferior y región mentoniana que fue creciendo de tal forma que llegó a constituir un notable impedimento para la alimentación y la fonación de la portadora.

La paciente, C. B., mujer de 66 años de edad, presentaba unas buenas condiciones generales y a la anamnesis no se observaba hecho patológico alguno digno de relieve, excepto la neoplasia vascular por la que acudía a la consulta.

Desde el nacimiento se observaba una lesión angiomatosa plana a cargo del tercio inferior de la cabeza. La neoplasia, limitada en edad infanto-juvenil al labio inferior, región mandibular izquierda y a la mitad de la lengua de este lado (fig. 1), fue aumentando de modo progresivo extendiéndose en superficie hasta interesar el mentón, la región látero-cervical izquierda, región mandibular y la mitad inferior del pabellón auricular homolateral. Fue sometida a diversos ciclos roentgenoterápicos sin apreciables resultados. Por el contrario, la proliferación neoplásica inició a los 20 años una evolución vegetante en algunos puntos, de preferencia en la mitad izquierda del labio inferior, en forma de nódulos semiesféricos. La figura 2 nos lleva a la paciente a la edad de 48 años, observándose la inicial transformación cavernosa del angioma. Es sometida de nuevo a irradiación y a distintas terapéuticas físicas (presoterapia, crioterapia), sin lograr comprobar efecto alguno sobre el crecimiento volumétrico de la lesión.

En septiembre de 1980, cuando acude a nuestra observación, la neoplasia había transformado el labio inferior en una masa nodular péndula de dimen-

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

siones equiparables a un pequeño melón (figuras 3 y 4). El enorme aumento de volumen y de peso de la masa había estirado el labio hacia abajo de tal forma que era imposible el perfecto cierre de la abertura labial. Por ello, la continua maceración producida por la incesante salida de saliva había producido una amplia desepitelización de la superficie ventral del angioma (fig. 5). Por otra parte, sufría a menudo hemorragias de difícil cohibición a la menor



FIG. 1.



FIG. 2.

FIG. 1.—Imagen de la tumoración a los 20 años de edad de la paciente. Se inicia la deformidad labial de forma clara.

FIG. 2.—Imagen de la tumoración a los 48 años de edad de la paciente. Se observa la transformación cavernosa del angioma.

acción traumática, como cabe deducir por la presencia de copioso material hemático costroso.

Era notable el trastorno motor para las funciones alimenticias y de fonación, aumentado más tarde por el hecho de que la neoplasia se extendiera también al cavo oral interesando la mitad de la lengua y la mucosa labial y mandibular del lado izquierdo.

Sometimos a la enferma a investigación radiográfica y xerográfica (figs. 6 y 7) que demostraron lo extraño del esqueleto al proceso neoplásico. Siguió una arteriografía selectiva por vía transfemoral según el método de Seldinger. Se cateterizó la arteria carótida común en ambos lados, comprobando que el grueso nódulo angiomatico estaba ricamente vascularizado por ramas pe-



FIG. 3.



FIG. 4.

FIGS. 3 y 4.—Imagen de la tumoración a los 66 años de edad de la paciente, formando una masa nodular pendula del tamaño de un pequeño melón.



FIG. 5.

FIG. 5.—La continua salida de saliva provocó la maceración de la tumoración, desepitelizando la superficie ventral del angioma, con frecuentes hemorragias.

ríféricas de ambas arterias maxilares. El mayor tributario de la neoformación era una gruesa rama de unos 2 cm de diámetro procedente de la arteria maxilar izquierda (fig. 8). La vascularización del lado derecho estaba asegurada en especial por la arteria lingual. Como complemento de la investigación clínica se practicó un examen oftalmoscópico del «fundus», que excluyó la afectación ocular por la neoplasia.

Sometimos a la enferma previamente a la ligadura de la carótida externa



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.

Figs. 6 y 7. — La investigación radiográfica y xerográfica demostraron que el esqueleto era extraño al proceso neoplásico. La arteriografía por el método del Seldinger comprobó el grueso nódulo angiomatico vascularizado por ramas periféricas de las arterias maxilares.

FIG. 8. — La mayor rama tributaria de la neoformación era una gruesa rama de unos 2 cm de diámetro procedente de la maxilar izquierda. La vascularización del lado derecho estaba asegurada en especial por la arteria lingual.

izquierda para disminuir al aflujo hemático y reducir en lo posible la hemorragia que la exéresis de la masa hubiera comportado. A los dos meses no se apreciaron alteraciones evidentes del volumen de la masa; no obstante, era clara clínicamente una notable reducción de la consistencia de la lesión nodular, que se mostraba más fláccida, menos caliente y de color menos oscuro. Por otra parte, los episodios hemorrágicos habían disminuido de intensidad.



FIG. 9.



FIG. 10.



FIG. 11.



FIG. 12.

FIG. 9.—Aspecto a las 24 horas de la operación.

FIG. 10.—Aspecto a los 7 días de la operación.

FIG. 11.—Aspecto al mes de la operación, lado izquierdo.

FIG. 12.—Aspecto al mes de la operación, lado derecho.

Por tanto, a los 50 días de la primera intervención se procedió a la remoción de la gran porción cavernosa de la neoplasia y a la vez a la extirpación, entre los bultomas adyacentes, de los de mayores dimensiones.

La figura 9 muestra las condiciones postoperatorias a las 24 horas de la intervención demolitiva y permite observar la notable recuperación de la integridad anatómica y, por tanto, funcional del labio inferior obtenida mediante el despegue y deslizamiento hacia arriba de la mucosa del fornx vestibular, con la reconstrucción del prelabio inferior.

La figura 10 muestra las condiciones postoperatorias a los 7 días de la intervención. Se observa cómo el componente edema-congestión impide aún el perfecto cierre de la comisura labial.

Al mes de la intervención, no obstante, casi se podía efectuar el cierre, como muestra la figura 11 correspondiente al lado izquierdo y la figura 12 al lado derecho.

Desde el mes de abril posterior, o sea a los tres meses del tratamiento quirúrgico, el funcionalismo buco-labial es satisfactorio. La paciente se alimenta y expresa fonéticamente con suficiente facilidad. Sus condiciones locales y generales son óptimas, sin que se hayan producido pérdidas hemáticas ni aparición de nuevas vegetaciones cavernosas, incluso los preexistentes nódulos semiesféricos no resecados muestran evidente disminución de volumen.

RESUMEN

Se presenta el caso de un voluminoso hemangioma cavernoso del labio inferior, intervenido con éxito. Se exponen los problemas preoperatorios que presentaba y la resolución quirúrgica a la que fue sometida la enferma.

SUMMARY

A case of voluminous cavernous haemangioma of the inferior lip, operated with success, is presented. It's problems are commented on.