

CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Reconstrucción del bermellón con colgajos de deslizamiento. Aspectos estéticos

Alicia Dean Ferrer^a, Francisco Alamillos Granados^a y Antonio Vélez García-Nieto^b

^aServicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

INTRODUCCIÓN

Los defectos parciales del bermellón pueden ser secundarios a traumatismos, así como a la resección de lesiones benignas, premalignas y malignas en estadios muy iniciales.

Existen diversas técnicas de reconstrucción de los defectos de bermellón, y al elegir la más adecuada se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: el tamaño del defecto, el resultado estético (color, textura y espesor de la zona que se va a reconstruir), la sensibilidad del rojo labial, la dificultad de la técnica utilizada, si se va a hacer en uno o en dos tiempos quirúrgicos y las preferencias o la experiencia del cirujano.

Los colgajos de deslizamiento para reconstrucción del bermellón constituyen una técnica quirúrgica en un solo tiempo para defectos parciales del bermellón, y en ella se utiliza tejido del propio bermellón adyacente al defecto.

A continuación se presenta la técnica quirúrgica para reconstrucción de un defecto parcial del bermellón y se discuten las ventajas y los inconvenientes de esta técnica reconstructiva.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La resección de la lesión se lleva a cabo de forma rectangular con márgenes adecuados al tipo de lesión dejando un defecto de espesor total que afecta al bermellón (fig. 1). Posteriormente, en los defectos laterales se incide el borde mucocutáneo del labio desde el defecto hasta la comisura contralateral para crear un colgajo amplio. Cuando el defecto se localiza en la zona central, la incisión del borde mucocutáneo va desde ambos lados del defecto hasta ambas comisuras, con lo que se crean dos colgajos. La elevación de los colgajos mucosos de bermellón se realiza sobre el plano del músculo

Correspondencia: Dra. A. Dean Ferrer.
José María Martorell, 4, 2.º, 2. 14005 Córdoba. España.
Correo electrónico: ADF10101@teleline.es1

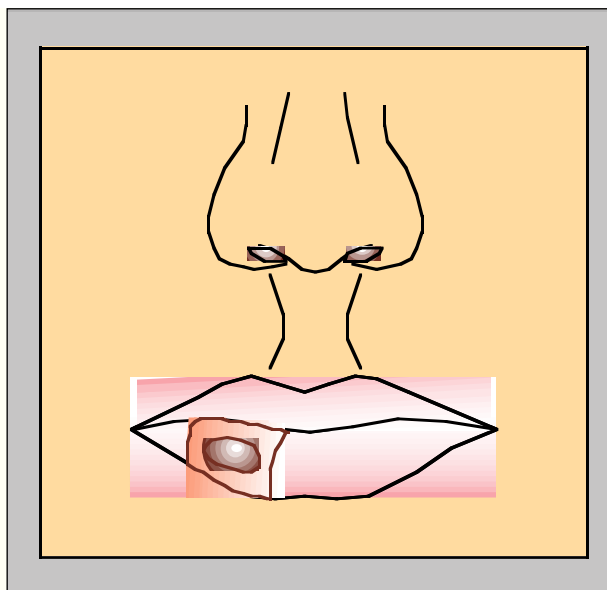


Figura 1. Esquema del colgajo de deslizamiento. Diseño de la resección y del colgajo unilateral.

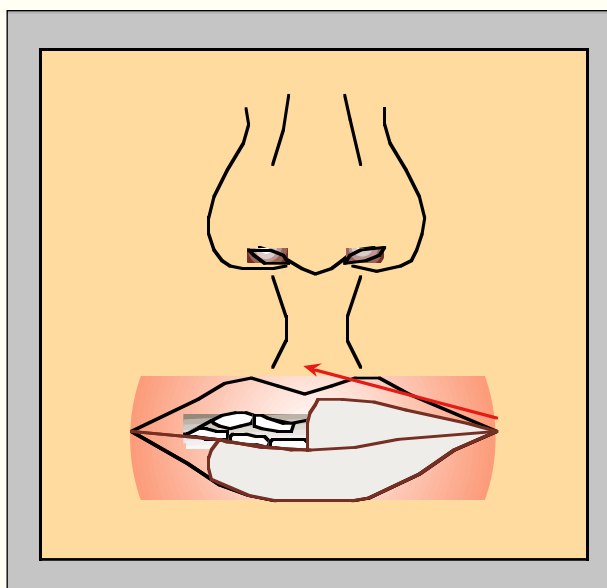


Figura 2. Esquema del colgajo elevado.

orbicular por encima de la arteria labial. El despegamiento de los colgajos mucosos llega hasta la cara lingual labial para conseguir el desplazamiento adecuado de éstos, por lo que la mucosa labial no se incide (fig. 2). El cierre del defecto se realiza por aproximación y sutura del borde medial del colgajo de forma directa en un solo plano (fig. 3). En los defectos centrales con dos colgajos, éstos se trasladan y se suturan entre sí en la mitad del defecto, y en ambos casos posteriormente se procede a la sutura de la unión cutaneomucosa.

En las figuras 4-7 se expone un ejemplo de un paciente con un angioma de labio inferior que afectaba a la parte lateral del bermellón del labio inferior, que se reconstruyó con un colgajo de deslizamiento unilateral. El defecto labial se reconstruyó de forma adecuada, sin observarse

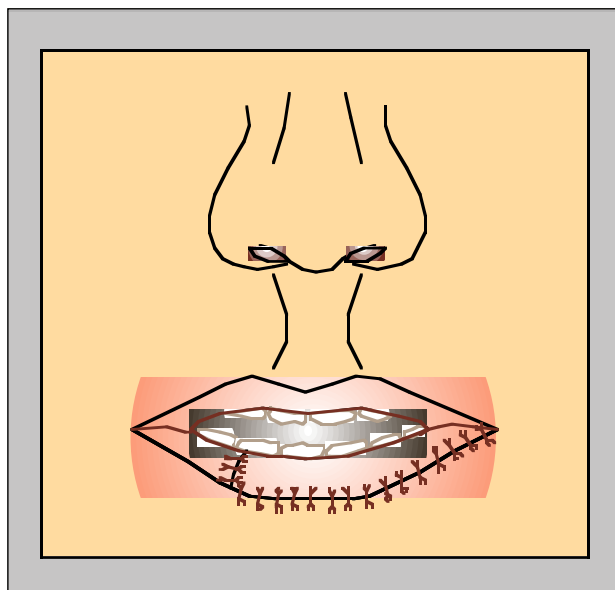


Figura 3. Esquema del colgajo en posición tras el avance para cerrar el defecto.

ningún tipo de complicación derivada de la utilización del colgajo de deslizamiento. El resultado es óptimo tanto desde el punto de vista estético como funcional.

DISCUSIÓN

Existen numerosas técnicas reconstructivas para los defectos de bermellón. En el caso presentado, el problema de reconstrucción es conseguir un rojo labial con volumen, redondeado, y con color y textura similares a los del resto del bermellón del labio. Para la reconstrucción del bermellón se han utilizado injertos y diversos tipos de colgajos.

El inconveniente de los injertos es que no siempre prenden, y el espesor aportado suele ser inferior al del bermellón, quedando una depresión en la zona injertada¹.

Existen numerosos colgajos para la reconstrucción del bermellón, como el colgajo de avance de mucosa labial², el de avance en V-Y², el elástico de Goldstein^{3,4} y sus variantes^{5,6}, el colgajo en isla de labio superior⁷, el musculomucoso^{8,9}, el de mucosa yugal rectangular de base anterior¹⁰, el de bermellón cruzado^{11,12} y el de cara ventral de lengua¹³.

Los colgajos de avance de la mucosa labial son fáciles y rápidos de realizar pero aportan una mucosa de color y textura diferente a las características de la semimucosa del bermellón, produciéndose con frecuencia desca-maciones en la mucosa reconstruida².

En los colgajos de avance en V-Y del bermellón se aporta tejido del propio bermellón, pero al ser un colgajo con pedículo submucoso la capacidad de avance está limitada, limitación que puede mejorarse realizando dos colgajos bilaterales de avance en V-Y, con lo que la cantidad de avance necesario para cada colgajo se reduce a la mitad².

El colgajo elástico de Goldstein es un colgajo arterial compuesto de bermellón que incluye el bermellón, la arteria orbicular y músculo orbicular del bermellón^{3,4}. El

Figura 4. Paciente varón con angioma labial inferior que afecta a la zona del bermellón.

Figura 5. Defecto del bermellón tras la resección. Incisión de la unión cutaneomucosa del colgajo.

Figura 6. Resultado postoperatorio inmediato después del deslizamiento del colgajo labial.

colgajo se eleva como arterial incidiendo piel, músculo y mucosa labial; entonces se traslada hasta cerrar el defecto. La elasticidad del labio permite reconstruir hasta la mitad de la longitud del bermellón inferior. Los resultados estéticos con esta técnica son excelentes, ya que se transfiere tejido de características similares al bermellón; sin embargo, el autor no hace referencia a la posible alteración de la sensibilidad labial^{3,4}.

El colgajo de deslizamiento en puerta descrito por Iwahira et al⁵ y la técnica de Mutaf et al⁶ están basados

Figura 7. Resultado postoperatorio tardío.

en la arteria orbicular. Se trata de modificaciones del colgajo de Goldstein, en los que se aísla totalmente la arteria orbicular que sirve de nutriente al colgajo, y por tanto permite una mayor movilidad del colgajo.

García⁷ describe un colgajo en isla del labio superior en isla de la arteria labial superior con un pedículo de tejido submucoso y de músculo orbicular. En él es necesario crear un túnel submucoso desde la comisura hasta el borde del defecto, y aunque es una técnica adecuada es algo compleja.

El colgajo axial de mucosa yugal basado en la arteria facial incluye el músculo buccinador y se ha utilizado para reconstruir el bermellón. Con este colgajo se puede reconstruir la totalidad del bermellón y puede utilizarse uni o bilateralmente^{8,9}.

Los colgajos de mucosa yugal de base anterior pueden reconstruir hasta la mitad del bermellón y, si se utilizan de forma bilateral, hasta la totalidad del labio inferior¹⁰. No obstante, tienen el inconveniente de que la zona reconstruida suele sufrir descamaciones.

Los colgajos de bermellón del labio opuesto y de lengua se han empleado también para reconstruir el bermellón¹¹⁻¹³. El inconveniente de ambos es que es necesario un segundo tiempo quirúrgico para la sección del pedículo. La mucosa que se transfiere, aunque similar, es algo distinta a la del bermellón, por lo que puede sufrir descamaciones.

El colgajo aquí descrito de deslizamiento del bermellón está basado en la elasticidad del bermellón residual y puede utilizarse para reconstruir defectos de un segmento del bermellón de hasta un tercio de la longitud de éste. Al utilizarse tejido del propio bermellón, los resul-

tados son excelentes desde el punto de vista estético, ya que se aporta tejido de textura y color similares a los del defecto. Se evitan las descamaciones que aparecen al utilizar mucosa del resto de la cavidad oral. La cicatriz apenas es visible ya que queda oculta en la unión cuta-neomucosa labial. Además, esta técnica puede realizarse con anestesia local en pacientes colaboradores, ya que es un colgajo fácil y rápido de realizar. Entre sus inconvenientes cabe destacar que sólo puede utilizarse para defectos del bermellón de hasta un tercio de la longitud de éste y que puede producirse una pérdida transitoria de sensación en el labio que se recupera al cabo de 8 semanas. Este colgajo de deslizamiento del bermellón sólo aporta rojo labial, y por ello en defectos compuestos del labio debe asociarse con otras técnicas reconstructivas.

En conclusión, los colgajos de traslación del bermellón aquí descritos pueden utilizarse para reconstruir de forma satisfactoria defectos rectangulares del bermellón. El colgajo de traslación tiene las siguientes ventajas: *a)* es una técnica quirúrgica sencilla; *b)* puede realizarse con anestesia local; *c)* se utiliza tejido del propio bermellón, y *d)* los resultados estéticos y funcionales son excelentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jackson IT. Reconstrucción del labio. En: Jackson IT, editor. Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Barcelona: Salvat, 1990; p. 330.
2. Cheney ML. Local flaps for facial reconstruction. En: Cheney HL, editor. Facial surgery. Plastic and reconstructive. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; p. 429-30.
3. Goldstein MH. A tissue-expanding vermilion myocutaneous flap for lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:768-70.
4. Goldstein MH. The elastic flap for lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1990;85:446-52.
5. Iwahira Y, Yataka M, Maruyama Y. The sliding door flap for repair of vermilion defects. *Ann Plast Surg* 1998;41:300-3.
6. Mutaf M, Sensoz O, Ustuner ET. The split-lip advancement technique (SLAT) for the treatment of congenital sinuses of the lower lip. *Plast Reconstr Surg* 1993;92:615-20.
7. García García A. Reconstruction of the lower lip with an upper lip island flap. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1397-9.
8. Pribaz JJ, Meara JG, Wright S, Smith JD, Stephens W, Breuing KH. Lip and vermilion reconstruction with the facial artery musculomucosal flap. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:864-72.
9. Ono I, Gunji H, Tateshita T, Sanbe N. Reconstruction of defects of the entire vermilion with a buccal musculomucosal flap following resection of malignant tumors of the lower lip. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:422-30.
10. Bayramiçi M, Numanoglu A, Tezel E. The mental V-Y island advancement flap in functional lower lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:1682-90.
11. Standoli L. Cross lip flap vermilion reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994;32:214-7.
12. Vega JB, Oziel M, Jackson IT, Sharma RK. A new design of a cross-lip vermilion flap. *Ann Plast Surg* 1996;36:197-200.
13. Díaz FJ, Dean A, Alamillos FJ, Naval L, Fernández J, Monje F. Tongue flaps for reconstruction of the oral cavity. *Head Neck* 1994;16:550-4.