

Reconstrucción de labio inferior con colgajo Karapandzic

Lower lip reconstruction with Karapandzic flap

Yolanda Herrera(1), Alfredo Longo(1).
1. Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dra. Ana Yolanda Herrera, anayoliherrod@gmail.com

Recibido: 04 de julio de 2020

Aceptado: 07 de diciembre de 2020

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 58 años de edad, que fue admitido en la unidad de cirugía oncológica, con diagnóstico de carcinoma de células escamosas en labio inferior. Presentaba defecto en labio inferior de espesor total, que involucra 2/3 de bermellón, de aproximadamente 7 x 4 cm, resultado de la resección quirúrgica oncológica de tumor que invadía dicha región. Se realiza reconstrucción de labio inferior con colgajo Karapandzic y avance de colgajo de mentón. Paciente egresa en condiciones satisfactorias.

Palabras clave: Colgajo Karapandzic, Reconstrucción labio inferior.

Abstract

The case of a 58-year-old patient, who was admitted to the Oncology surgery unit with diagnosis of lower lip squamous cell carcinoma, is presented. He presented a lower lip total thickness defect, that involved 2/3 vermilion of 7 x 4 cm, resulting from the oncological surgical resection of the tumor that invaded the region. A Karapandzic flap and chin flap advancement was performed to reconstruct the defect. The procedure ended without complications.

Key words: Karapandzic flap, Lower lip reconstruction.

Introducción

El tumor maligno más frecuente de cavidad oral es el carcinoma de células escamosas del labio, constituye el 25-30% de los casos, y representa 0.6-1% del total de tumores malignos en el hombre.[1] se origina de las células escamosas del epitelio estratificado de la mucosa oral, en especial del estrato espinoso.[2] Es el segundo cáncer más frecuente de piel, representa el 90% de lesiones malignas, afectando principalmente a hombres mayores de 50 años y su localización es más frecuente en labio inferior. Se presenta como una costra, ampolla o úlcera recurrente, con o sin masa.[3] El tratamiento está basado en la extirpación, haciéndose necesaria la reconstrucción para preservar la función y mantener la estética. Se presenta la técnica de reconstrucción labial mediante colgajo Karapandzic descrito en 1974 y definido como un colgajo musculocutáneo inervado, de labio y mejilla.[4]

Presentación de caso

Paciente masculino de 58 años de edad, consulta a la Unidad de Cirugía Oncológica del Hospital Roosevelt con lesión ulcerada en labio inferior de 8 meses de evolución, involucrando comisura labial derecha y 50% del labio. La Unidad de Cirugía Plástica, toma biopsia insicional que reporta carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, por lo que se programa para tratamiento quirúrgico. La Unidad de Cirugía Oncológica realiza resección de la lesión y cirugía plástica la reconstrucción labial con colgajo Karapandzic y avance de colgajo de mentón en el mismo tiempo quirúrgico. La neoplasia fue estadificada como T1 N0 M0. Paciente con adecuada evolución clínica, funcional y estética, egresa 7 días después.

Técnica quirúrgica: se marcò el área a extirpar y los respectivos colgajos, según la descripción de Karapandzic, se tallaron los colgajos incidiendo hasta identificar pedículo labial inferior izquierdo, preservándolo, identificando y preservando las ramas nerviosas bucales y faciales. Se avanzó colgajo y por capas, se suturó mucosa oral, con puntos simples de vicryl 3-0. Se reparó labio. Se diseccó colgajo de mentón, se avanzó colgajo y se cerró por planos, se reparó mentón con puntos simples de nylon 6-0 y se cerró piel con puntos simples de nylon 5-0. Procedimiento sin complicaciones. Se preservó la sensibilidad de la zona obteniendo un resultado exitoso, tanto de la función del músculo orbicular, como a nivel estético (Fig.1).

Discusión

No existe un método ideal para la reconstrucción de los labios, pero al evaluar a un paciente con un defecto, se debe valorar el tipo de tejido ausente, extensión del mismo, sobre todo como porcentaje o proporción de tercios, si son superficiales o de espesor completo, si están afectadas las comisuras o el filtrum y factores dependientes del paciente.[5]



Fig. 1. Colgajo de Karapandzic. A y B: Lesión ulcerada. **C:** Marcaje y resección quirúrgica. **D y E:** Colocación y sutura de colgajo. **F:** Post operatorio.

El colgajo de Karapandzic permite conservar la función motora y sensitiva mediante la disección cuidadosa de los pedículos neurovasculares con competencia oral, pues respeta el músculo orbicular de los labios y nervios motores.[6] Puede usarse cuando la comisura está afectada como sucedió en este caso.[5] Es un colgajo de avance y rotación que se recomienda para reconstrucción de defectos de espesor total. Inicia con disección de espesor total rodeando el defecto; la incisión distal es más superficial. A pesar de que la literatura demuestra que en los ángulos el resultado no es tan satisfactorio, en nuestro paciente se expone que se pueden cumplir los objetivos para mejorar la calidad de vida, con buen resultado funcional y estético.[2]

Referencias References

1. García P, Val J, Saiz R. Estudio inmunohistoquímico del carcinoma epidermoide de labio. Med. oral patol. oral cir. bucal. 2005 Dic; 10(5): 454-461.
2. Matos A, Gómez F. Reconstrucción de labio con Técnica de Karapandzic. Cir. plást. iberolatinoam. 2007 Mar; 33(1): 57-62.
3. Abad A, Gutiérrez J, Marin J, Martin G. Revisión bibliográfica: carcinoma epidermoide en labio inferiro; 5 últimos años. URJC [en línea]. 2008-2009 [citado 13 junio 2010]. 1-5 DOI: <http://biopat.cs.urjc.es/conganat>
4. Dean A, Alamillos F, Vélez A. Reconstrucción labial mediante colgajo de Karapandzic. Piel. 2004; 19(7): 402.