



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11211 27

29

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"RECONSTRUCCION DE LABIO EN EL
PACIENTE ONCOLOGICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A
DR. JOSE ANTONIO MORALES GONZALEZ



ASESOR DE TESIS: DR. AGUSTIN MARTINEZ MIRAMON

MEXICO TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



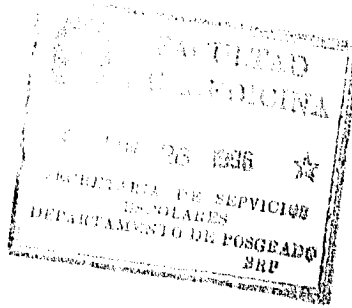
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

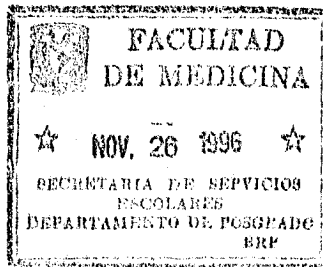
Dr. Arturo Robles Páramo
Jefe Educ. Inv. Médica.



Dr. Pedro Grajeda López
Jefe de Servicio CPR.



Dr. Agustín Martínez Miramón
Asesor de Tesis.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por el maravilloso regalo que representa la vida y por la familia a la que me dejé pertenecer.

A MIS PADRES:

Por haber sido siempre mis mejores consejeros, por su incondicional apoyo y enseñanzas morales y espirituales, por haber tenido siempre la palabra de aliento que necesitaba en mis momentos de flaqueza.

A MIS HERMANOS:

Por su amor y apoyo durante los momentos de soledad en la carrera.

A DIANITA; MI HIJA:

Por haber sabido esperar los años que duré lejos de ella, en aras de obtener una mejor preparación profesional y poder ofrecerle así lo que se merece.

A MIS AMIGOS; FELIPE Y MARTIN:

Quienes más que amigos, han sido mis mejores compañeros en el camino de la vida.

AL DR. AGUSTIN MARTINEZ MIRAMON:

Por sus sablos consejos y orientación en la asesoría de esta tesis.

A MIS PACIENTES:

A todos y cada uno de ellos; gracias, por la oportunidad que me dieron de atenderles y de ayudarles, pues sin ustedes mi enseñanza hubiera sido Incompleta.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:

Con quienes compartí los mejores momentos y las largas guardias de la residencia, de quienes aprendí en base a experiencias conjuntas y de quienes guardaré siempre un recuerdo muy especial.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
a.- HISTORIA	2
b.- PRINCIPIOS DE RECONSTRUCCION LABIAL	4
c.- TECNICAS DE RECONSTRUCCION LABIAL	5
1.- EXICION EN CUÑA	5
2.- TECNICA DE BARREL	6
3.- TECNICA DE ABBE-ESTLANDER	7
4.- TECNICA DE KARAPANDZIC	8
5.- TECNICA DE TOBIN	10
6.- TECNICA DE BAKAMJIAN	11
III.- JUSTIFICACION	12
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
V.- OBJETIVOS	14
a.- GENERAL	14
b.- ESPECIFICOS	14

VI.- HIPOTESIS DE TRABAJO	15
VII.- PROGRAMA DE TRABAJO	16
a.- MATERIAL Y METODOS	16
b.- UNIVERSO DE TRABAJO	16
1.- CRITERIOS DE INCLUSION	17
2.- CRITERIOS DE NO IN CLUSION	17
3.- CRITERIOS DE EXCLUSION	17
VIII. - RESULTADOS	18
a.- GRAFICAS	20
b.- CASOS CLINICOS	36
IX.- CONCLUSIONES	41
X.- BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCION:

Pocas áreas anatómicas ofrecen -por su sola apariencia- una imagen social aparente de la personalidad de un sujeto. De estas áreas, uno de las más importantes -sin restar su importancia a otras- tanto por la imagen a proyectar como por su función, son los labios. De todos es sabido la sensualidad que inspiran unos labios femeninos generosos, con un arco de cupido bien definido y bien delineado por un maquillaje, o bien de la personalidad recia de un hombre con labios delgados, pálidos y cubiertos por un discreto bigote.

La integridad anatómica del esfínter oral no solo es importante en función de la apariencia a proyectar socialmente, sino lo es en medida de la actividad esfinteriana propia de ésta. De ahí la importancia de la reconstrucción labial en condiciones de pérdida - sea traumática, quirúrgica, congénita, etc - así como la restauración y proyección de un elemento anatómico localizado en el centro de atención de la cara, que junto con la nariz y los ojos, nos ofrecen una fásies agradable y armónica.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

HISTORIA:

La reconstrucción labial se remonta a épocas antiguas. La queiloplastia se practicaba en la India antigua alrededor del año 1000 a. c., como se menciona en los textos sagrados de Susruta (10).

El primer reporte del mundo occidental viene de Celso (primer siglo a. c.), quien sugería el cierre de defectos labiales con dos incisiones relajantes paralelas en las mejillas y avance primario del defecto a reconstruir. Tagliacozzi es considerado como el primero que utilizó un colgajo distante para la reconstrucción labial y nasal, alrededor del año de 1597. Posterior a sus reportes, la historia de la plastia labial cae en una era de oscurantismo y no es sino hasta finales del siglo XVIII cuando este tópico resurge en el interés de los cirujanos de esa época. En 1768, Louis describe excisiones en "V" y cierre primario del defecto. En 1779, Chopart inicia una nueva era al diseñar colgajos de avance en cuello (1), mismos que caen en desuso posteriormente, debido a las retracciones y ectropiones labiales residuales.

El siglo XIX es el punto de partida a la Cirugía Plástica moderna, puede incluso afirmarse que las bases para la casi totalidad de los procedimientos reconstructivos en uso hoy en día, se establecieron en esos años, de esa forma se menciona con particular interés el trabajo reportado por Sabatini en 1838, donde describe la utilización de un colgajo cruzado de labio inferior para llenar defectos del superior -mismo que sería descrito por Abbé 60 años después y que en la actualidad se conoce con el nombre de este último-.

Dieffenbach en 1845 describe la rotación de colgajos nasolabiales. Von Burow en 1855 introduce la resección de triángulos de compensación al realizar los avances de colgajos locales - los cuales son ampliamente utilizados en la cirugía plástica actual.

De los más sobresaliente en el presente siglo, merece mención especial el trabajo presentado por Sir Harold Gillies en 1957, quien basado en reportes de Estlander en 1872, refiere la utilización de un colgajo en "abanico" para la restitución de la comisura labial (3). Bakamjian por su parte reporta en 1967 la utilización de un colgajo deltopectoral para labio inferior (4). Karapandzic en 1974, es el primero que enfoca su reconstrucción a la continuidad del músculo orbicular de los labios - con función de esfínter oral - avanzando colgajos uni o bilaterales del mismo (5). Finalmente, pero no menos importante, Tobin reporta en 1981 su experiencia con el colgajo Depresor de Comisura Oral, siendo éste por sus características de innervación motora y sensitiva, la técnica que más se acerca a los principios fundamentales de reconstrucción labial (6).

En nuestro país, sobresalen los trabajos realizados por Guerrero-Santos y su equipo, al reportar en 1974, la utilización de colgajos linguales para la reconstrucción de vermellón (7) y posteriormente la utilización de este mismo tejido, pero esta vez en su modalidad de injerta libre (9). Por otro lado, Ortiz-Monasterio y colaboradores reportan en 1980 su trabajo en relación al tratamiento inicial y reconstrucción definitiva de lesiones orales por quemadura eléctrica - principalmente en pacientes pediátricos- (8).

Como se ha visto, las técnicas e innovaciones que se han presentado son múltiples y tratar de referir a todos y cada uno de los cirujanos que han hecho aportaciones sería - además de extenso - impráctico. De hecho, se han referido en la literatura mundial más de 300 variantes en las técnicas de reconstrucción labial (2).

PRINCIPIOS DE RECONSTRUCCION LABIAL:

Los defectos del labio pueden ser congénitos o adquiridos. Los congénitos son los llamados Hendiduras; mediales, laterales u oblicuos. Los defectos adquiridos son consecuencia de trauma (quemadura eléctrica, accidentes viales, heridas por proyectil de arma de fuego, etc), infecciones (noma, mucormicosis, etc), quirúrgicos benignos (hemangiomas, nevos, melanosis etc), ó malignos (carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, melanoma maligno etc).

La pérdida de sustancia puede ser de cualquier grado o extensión e incluir una o todas las capas anatómicas, localizándose en cualquier sitio del labio o la comisura. Se ha llegado a estimar que en los Estados Unidos y en México con cifras cercanas, aunque menores - se presentan al año un total de 38 000 nuevos casos de Carcinoma Epidermoide, con un promedio de 12 000 muertes anuales (11). En aproximadamente 30% de los casos presentados, el sitio primario es el esfínter oral, siendo el labio inferior afectado en un 95% de éstos, pues el labio superior es afectado mucho menos frecuentemente, además que es asiento primario de Carcinoma Basocelular, cuyo comportamiento es mucho mas benigno (12), con una muy baja incidencia de participación ganglionar regional.

Idealmente la reconstrucción de defectos labiales oncológicos debe restaurar una apertura bucal adecuada, limitada por un labio capaz de presentar actividad de esfínter, poseer sensibilidad aceptable y ofrecer una apariencia cosmética agradable (13). La restauración debe proveer suficiente mucosa, en especial en la comisura, a fin de evitar contracturas cicatrizales; músculo útil para mantener actividad contra la acción de la gravedad; vermellón para mejorar la flexibilidad y apariencia cosmética. La apertura oral - definida como distancia intercomisural - debe ser suficiente para permitir la inspección intraoral, cuidado de las piezas dentarias o inspección de una dentadura protésica completa (14). Con respecto a la apariencia cosmética, el nuevo labio debe eliminar por completo al anterior, tanto como sea posible, generando con ésto una proyección y grosor adecuado y simétrico; suficiente para cubrir una dentadura y con cicatrices aceptables, escondidas en los pliegues anatómicos en la medida de lo posible.

TECNICAS DE RECONSTRUCCION LABIAL:

Hablar de técnicas de reconstrucción en labio es hacer una revisión de mas de 300 variantes distintas (2), por lo que nos limitaremos a una descripción general de las técnicas que por sus características particulares de apego a los principios fundamentales de reconstrucción labial, son las más utilizadas en la actualidad en nuestro medio. De la misma forma, se describirán las técnicas en orden creciente de complejidad en función de la dimensión del defecto por reconstruir, mencionando las ventajas e inconvenientes particulares a cada una de ellas.

1.- EXICION EN CUÑA:

La exiccion en cuña es la técnica más sencilla de reconstrucción labial, sin embargo, no es la ideal dado que la diseminación lateral del tumor sobre los márgenes de la resección tiende a dejar tumor microscópico residual (15). Está indicada en lesiones cuya resección deje un defecto menor de 2 cm y no debe cruzar el pliegue labiomental dado que las cicatrices hipertróficas pueden dejar ectropión labial residual. El cierre del defecto se realiza en 3 planos a fin de restituir la continuidad anatómica y funcional del orbicular (fig. 1)

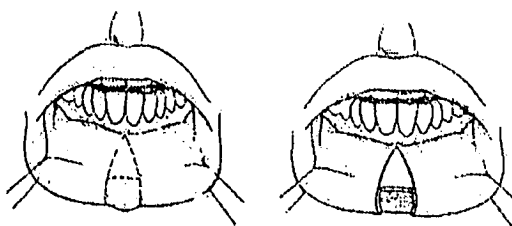


fig. 1a

fig. 1b

II.- EXICION EN "W" / TECNICA DE BARREL:

Esta técnica está indicada en lesiones cuyo defecto resectivo sea igual o menor a 2 cm. Tiene el inconveniente de que los valles de la W cruzan el pliegue labiomenta, por lo que el defecto cicatrizal es evidente. A fin de evitar este defecto, Barrel coloca las incisiones y sus prolongaciones laterales inferiores en el pliegue labiomenta, disimulando así la cicatriz y haciéndola poco notoria (fig. 2).

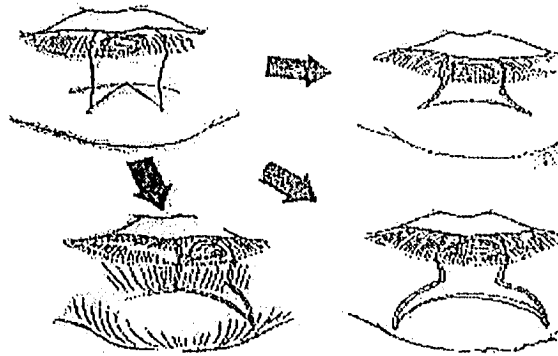


fig. 2

III.- TECNICA DE ABBE / ESTLANDER:

Esta técnica está indicada en defectos centrales de labio superior. Inicialmente descrita por Sabbatini en 1838 y posteriormente divulgada por Abbé en 1898, se basa en la arteria labial marginal, rama de la coronaria labial inferior. Es en esencia un colgajo cruzado de labio que transporta mucosa, músculo y piel. Cuenta con el inconveniente de dejar los labios unidos hasta la sección del pedículo 10 días después de cruzado el colgajo.

En 1872, Estlander describe un colgajo cruzado de labio indicado en defectos que hubieren tomado la comisura. Es prácticamente igual el colgajo de Abbé con la única diferencia en función del sitio donde se cruza el colgajo (fig. 3).

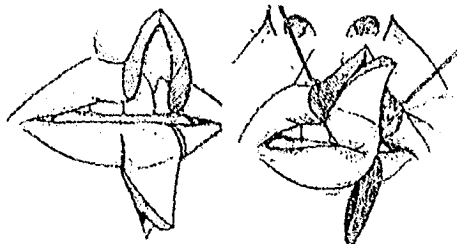


fig. 3a

fig. 3b

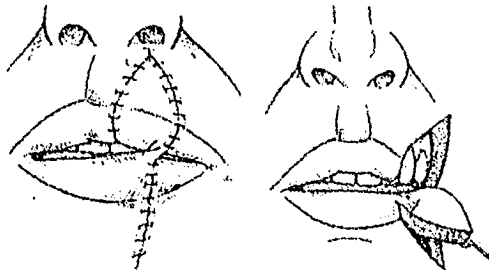


fig. 3c

fig. 3d

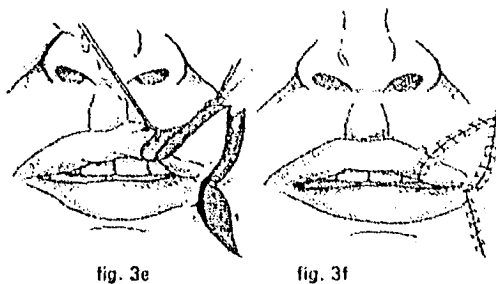


fig. 3e

fig. 3f

IV.- TECNICA DE KARAPANDZIC:

Esta técnica está indicada en defectos subtotaes - tanto de labio inferior como del superior - que hayan respetado ambas comisuras. De hecho se utiliza con seguridad en defectos mayores del 50% y menores del 80% del labio afectado (15). Utiliza el músculo orbicular residual, respetándose su innervación motora y sensitiva, así como su aporte sanguíneo. Se realiza incidiéndose todo el espesor del carrillo - desde piel hasta la mucosa - y es sumamente importante visualizar y respetar el paquete neurovascular mencionado anteriormente. Al avanzar hacia la línea media, se crea un nuevo esfínter - que si bien es cierto, genera microstomía - ésta es suficientemente grande como para permitir una exploración intraoral y con una apertura interincisal suficiente para permitir la alimentación. La apariencia estética es muy buena, dado que las cicatrices son bien disimuladas en los pliegues nasolabiales y el mentolabial. En cuanto a la función cabe referir que es prácticamente igual a la anterior al tiempo resectivo, dado que se conserva sensibilidad protectora, motricidad, proyección labial y continencia esfinteriana. Dentro de las potenciales complicaciones se incluyen; defectos en la técnica - por sección del o de los paquetes neurovasculares -, dehiscencias posoperatorias, infecciones, etc. En general puede decirse que es una de las técnicas que cumple con mayor apego a los requisitos de reconstrucción labial (fig.4).

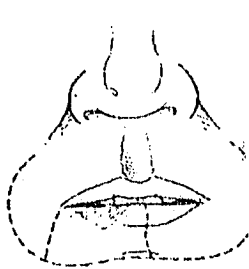


fig. 4a

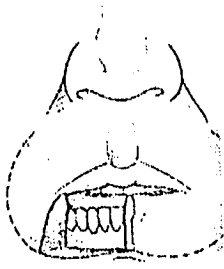


fig. 4b

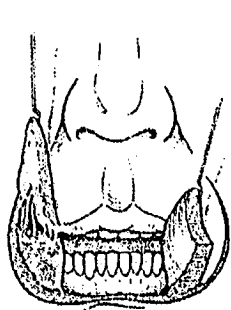


fig. 4c

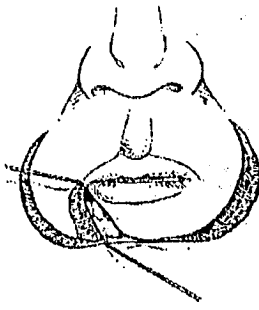


fig. 4d

V.- TECNICA DE TOBIN O D. C. O.:

Esta técnica fué descrita por Tobin en 1981. Se basa en la utilización de la musculatura depresora de la comisura oral, respetando también la Innervación motora (rama bucal del facial) y sensitiva (rama mentoniana del trigémino) así como su irrigación local. Está indicado en defectos subtotales del labio inferior que hayan tomado la comisura (colgajo depresor unilateral) o bien en defectos totales con resección de ambas comisuras, siendo en estos casos necesario, realizar colgajo depresor bilateral. Se realiza - al igual que el colgajo descrito anteriormente- incidiendo todo el espesor del carrillo, avanzando y rotando hacia la línea media el colgajo elevado. Técnicamente requiere más destreza que el colgajo de Karapandzic. Pueda mencionarse que es el colgajo de elección en situaciones de pérdida uni o bilateral de comisura bucal, ya que al rotar el colgajo hacia la línea media, se crea una nueva comisura. Funcionalmente ofrece buena proyección, continencia y actividad esfinteriana. Estéticamente es más notorio que el colgajo anterior, ya que sus cicatrices son más evidentes. De ahí se desprende uno de sus principales inconvenientes, que es el retoque de las cicatrices verticales y la pigmentación de un nuevo labio rojo. Las complicaciones potenciales son similares al mencionado arriba (fig. 5).

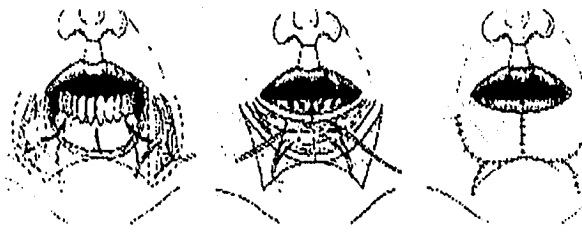


fig. 5a

fig. 5b

fig. 5c

VI.- TECNICA DE BAKAMJIAN O DELTOPECTORAL:

Esta técnica utiliza el principio de colgajo a distancia. Descrita en 1969 por Bakamjian con el fin de reconstruir defectos totales del labio inferior. Es un colgajo fasciocutáneo, basado en las arterias perforantes anteriores intercostales del 2do, 3ro y 4to arcos. Puede ser rotado de primera instancia al momento de la resección, o bien retardarse previo a éste. Es un colgajo que por sus características, carece de movilidad y sensibilidad propias una vez rotado, por lo que se utiliza solo en situaciones de pérdida total del labio inferior junto con parte del mentón y/o carrillo. Ofrece buena continencia y una vez adelgazado y pigmentado, presenta buena similitud con el labio superior, con buena apariencia estética. Entre sus inconvenientes se pueden mencionar; la necesidad de retardarlo, carece de movilidad y sensibilidad propias, requiere de retoques de cicatriz y pigmentación de labio rojo, así como de adelgazamientos sucesivos -bien sea con técnica abierta ó con lipoaspiración simple- y que deja cicatriz antiestética en la zona donadora (fig. 6).

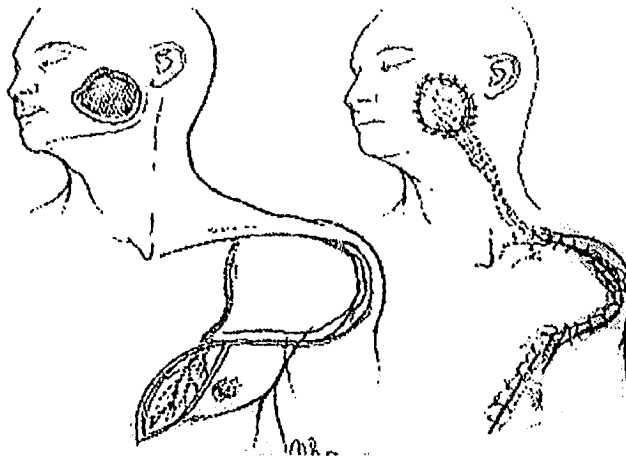


fig. 6

JUSTIFICACION:

Como se ha visto, grande es la experiencia en la reconstrucción labial a nivel mundial (2). Importante lo es también en nuestro país - no obstante haber un reducido número de publicaciones en relación al tema (7, 8, 9) -.

En nuestro Instituto en especial y particularmente en los servicios de concentración oncológica, se carece hasta la fecha de una casística que correlacione los procedimientos reconstructivos de labio con la patología tumoral oral - sea benigna ó maligna -, así como una estadística de la localización y variante histológica de los tumores mas frecuentes del esfínter oral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con los antecedentes antes descritos y la justificante mencionada, se plantean los siguientes problemas para nuestro servicio:

- Conocer la casística - en función de presentación y variante histológica - de las lesiones tumorales en el esfínter oral.

- Conocer los procedimientos reconstructivos del esfínter oral más utilizados.

- De los procedimientos anteriores, conocer cuál o cuales se apegan con mayor fidelidad a los principios básicos de reconstrucción labial.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Conocer la casuística real de patología tumoral oral en nuestra población de pacientes, así como la participación activa de nuestro servicio en la reconstrucción de los defectos posterior al tiempo resectivo.

ESPECIFICOS:

a). Analizar los procedimientos reconstructivos de labio inferior más utilizados.

b). Determinar en cada uno de los procedimientos constructivos, el grado de apego a los principios de reconstrucción labial.

c). Realizar un análisis estadístico de la frecuencia de patología tumoral maligna del esfínter oral, en relación a su variante histológica.

d). Sentar base de seguimiento para trabajos afines en el futuro.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Puesto que el presente estudio es de carácter retrospectivo, transversal, descriptivo y de reporte de casos, carece de hipótesis.

PROGRAMA DE TRABAJO:

MATERIAL Y METODOS:

Se trabajó en función de revisión de expedientes clínicos de los pacientes admitidos al servicio de Cirugía Reconstructiva, del Departamento de Cirugía de Cabeza, Cuello y Piel, del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período comprendido del 16 de Junio de 1991 al 30 de Junio de 1993. Que presentaron patología tumoral localizada al esfínter oral y que requirieron de reconstrucción posterior al tiempo resectivo, realizada por el servicio de Oncología Quirúrgica.

De los expedientes anteriores, se eliminaron del estudio aquellos que presentaron criterios de exclusión, trabajándose un total de 24 casos, mismos que se dividieron por grupos de edad y sexo, variante histológica del tumor y procedimiento reconstructivo utilizado. A algunos de ellos se les entrevistó tiempo después de su cirugía, a fin de conocer su estado emocional y su opinión del resultado obtenido. Desgraciadamente no fué posible entrevistar a la totalidad de los pacientes incluidos, ya que se encontraban geográficamente fuera de nuestro alcance y por otro lado, muchos se perdieron en las consultas subsecuentes de los servicios coparticipantes - Radioterapia, Quimioterapia, etc - en el manejo de sus lesiones.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se trabajó con un total de 24 pacientes, todos ellos pertenecientes al servicio de cirugía reconstructiva y en manejo conjunto con el servicio de oncología quirúrgica.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron en el estudio, todos aquellos pacientes - masculinos y femeninos - que presentaron tumores - benignos y malignos - localizados al esfínter oral y que fueron sometidos a procedimientos resectivos y reconstructivos, con vaciamiento ganglionar en el caso así requerido.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

No se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes que presentaron patología tumoral anexa, que por contigüidad invadieron el esfínter oral y por lo tanto no fueron tumores labiales originales.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes que por la extensión de su lesión o por invasión a la cavidad oral, piso de boca, cuello o base de cráneo, fueron sometidos a procedimientos resectivos mayores a los indicados para los tumores labiales, mismos que caen dentro de otro capítulo de la cirugía reconstructiva.

RESULTADOS:

Se trabajó con un total de 24 pacientes, con rango de edad entre los 27 y 82 años (gráfica # 1). 19 pertenecientes al sexo masculino, con promedio de edad de 58.2 años, 5 del sexo femenino con edad promedio de 60.5 años (gráfica # 2).

Se encontró una frecuencia de presentación de carcinoma epidermoide en el orden del 62.5% (n= 15), contra un 25% (n= 6) de carcinoma basocelular. Con 4.2%(n= 1) se presentaron respectivamente, melanoma maligno, hamangioma cavernoso y queratosis folicular (gráfica # 3). De la misma manera se encontró que el labio inferior fué afectado en el 66.7% de los casos, mientras que el superior lo fué en el 33.3% (gráfica # 4). En el labio inferior se encontró el sitio primario de carcinoma epidermoide (gráfica # 5), a la vez que el superior lo fué para el carcinoma basocelular (gráfica # 6).

Para efectos de estadificación se tomaron en cuenta las dos primeras variantes histológicas, basados en la clasificación TNM, observándose que el estadio 1 y 2 fueron las mas frecuentes- 37.5% y 25%, respectivamente - (gráfica # 7), con un tiempo de evolución promedio de 1.2 años - rango de 3 meses a 9 años - (gráfica # 8).

En función de la dimensión del tumor, y por ende, del tiempo de evolución y participación ganglionar regional, se realizaron distintos procedimientos resectivos. Se encontró que la resección ampliada se utilizó en 11 pacientes (58.8%), la resección simple en 7 (29.2%), resección amplia con disección radical supramolhoidea de cuello en 5 (20.8%) y en 1 caso (4.2%), fué necesario además realizar resección parcial de mandíbula (gráfica # 9). Cabe mencionar que este último paciente no fué excluido del estudio -no obstante presentar criterio de exclusión- por razón de no haberse realizado en esta ocasión ningún procedimiento de reconstrucción mandibular, sino que solo se limitó a la reconstrucción labial (pac. masculino de 61 años, T3N1M0, sometido a reconstrucción con Bakanjian derecho y posteriormente sometido a radioterapia).

En relación a los procedimientos reconstructivos, encontramos que las técnicas más utilizadas en el servicio son el Depresor de Comisura Oral (29.2%) y el Cierre primario del defecto (29.2%), mientras que las técnicas de Karapandzic (16.7%), Bakamjian (12.5%) y colgajo nasogeniano (12.5%), le siguen en frecuencia (gráfica # 10). Se requirió también de procedimientos secundarios, siendo de éstos el retoque de cicatriz el que se ocupó con más frecuencia (58.8%) (gráfica # 11).

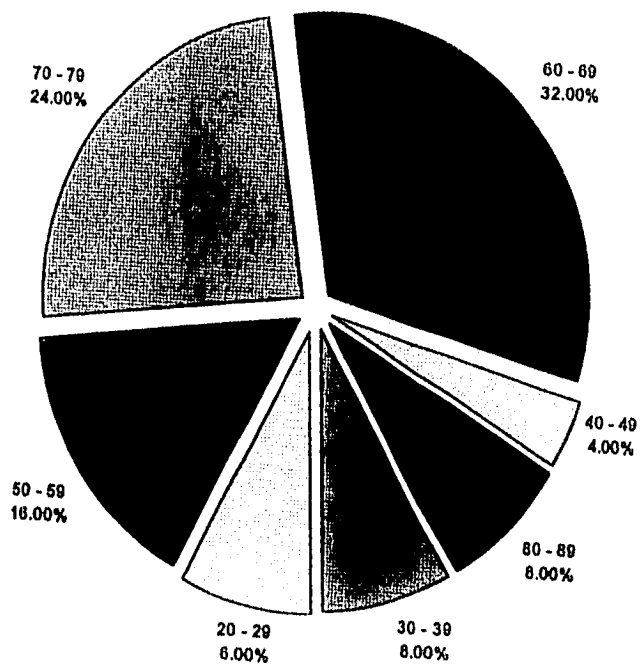
Las complicaciones observadas en la serie se muestran en la gráfica # 12. Se observa que la recurrencia ocupa el primer lugar, siendo ésta posterior a procedimientos resectivos con cierre primario, ya que microscópicamente hay restos tumorales en los márgenes de la resección y requieren de ampliación de los mismos (15). La sialorrea mínima, incomodidad de la prótesis dental, incontinencia leve y defecto de silbido le siguen en menor frecuencia.

Estéticamente el resultado fué bueno en el 62.5% de los casos. En 3 pacientes no fué posible esta valoración, ya que los pacientes no se encontraron a nuestro alcance (12.5%) (gráfica # 13).

La sensibilidad fué calificada como buena en el 70.8% (n= 17) de los pacientes, mala en 12.5% (n= 3), regular en 4.2% (n=1) (gráfica # 14). Al explorar la continencia esfinteriana, encontramos buena actividad en el 83.3% de los pacientes y suficiente en el 4.2% (gráfica # 15).

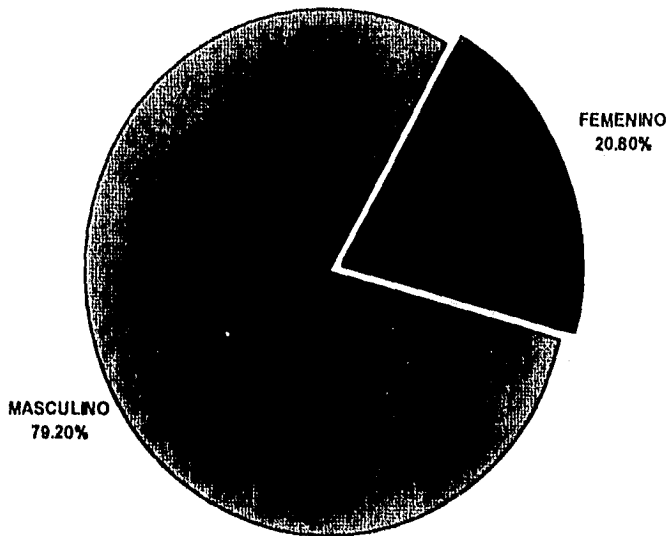
Hasta la última exploración de los pacientes, el 87.5% se encontraba satisfecho con el resultado de su reconstrucción (gráfica # 16).

RELACION DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD



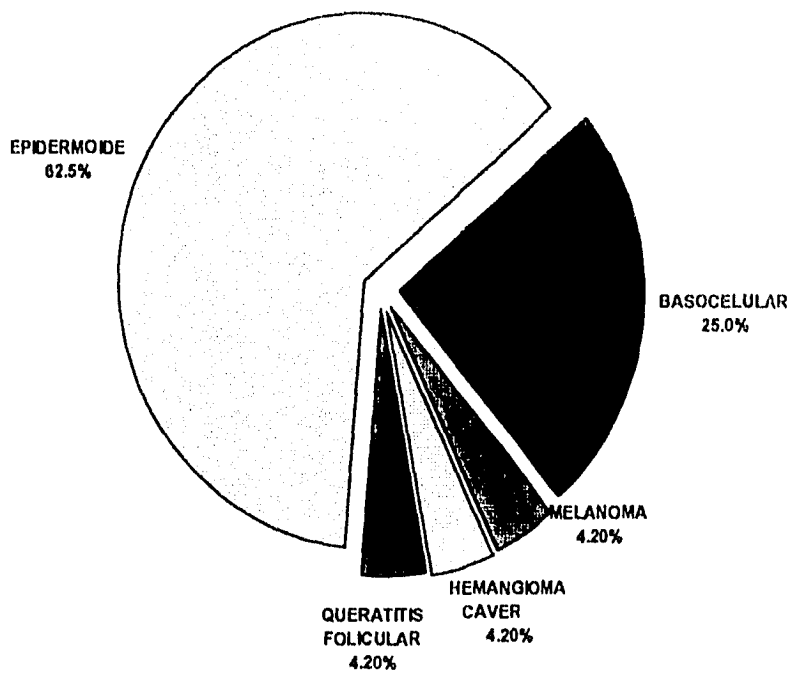
GRAFICA #1

RELACION DE PACIENTES POR SEXO



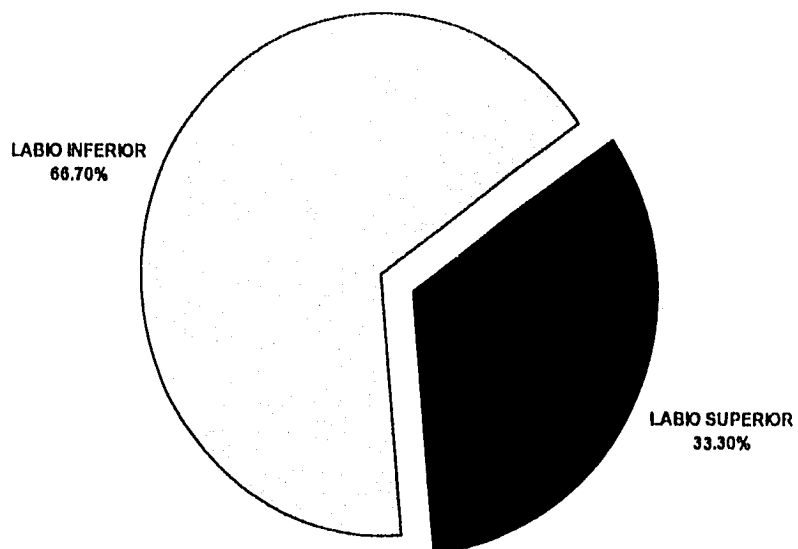
GRAFICA #2

RELACION DE PACIENTES POR DIAGNOSTICO



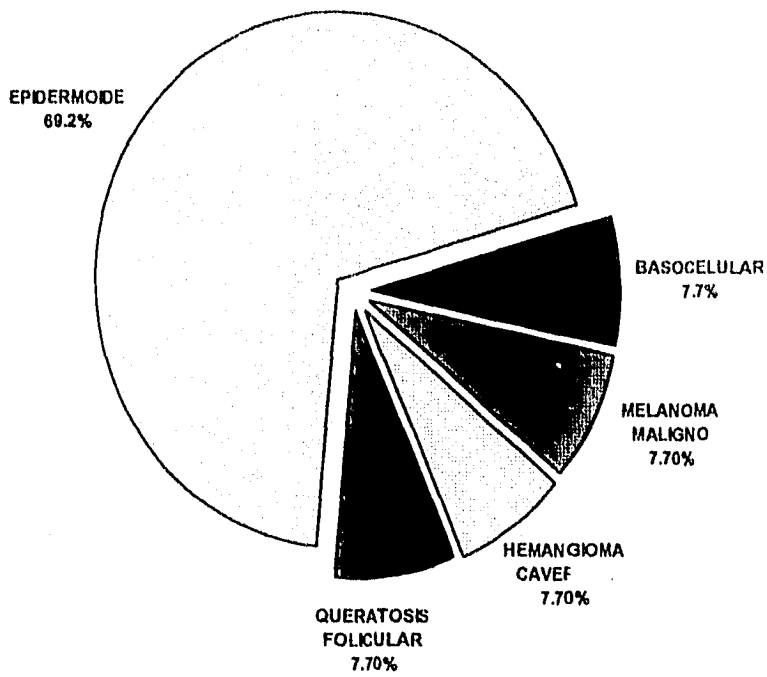
GRAFICA #3

RELACION DE PACIENTES POR LOCALIZACION



GRAFICA #4

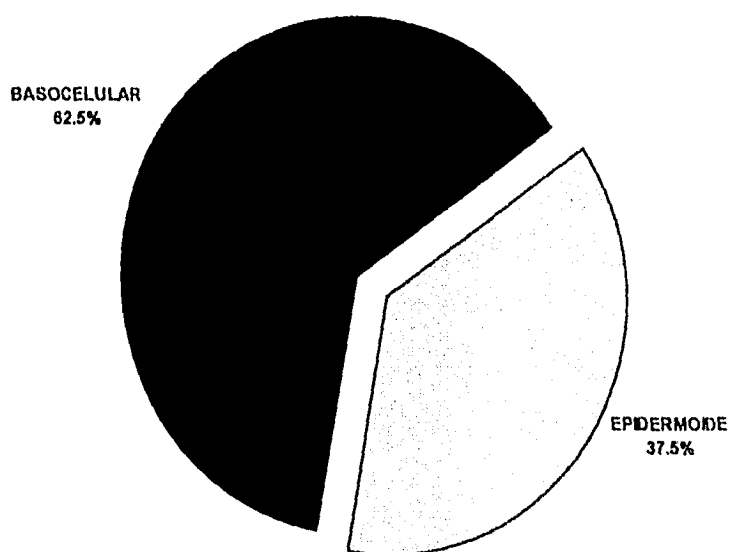
RELACION DE PACIENTES POR SITIO/DIAGNOSTICO 1



LABIO INFERIOR

GRAFICA #5

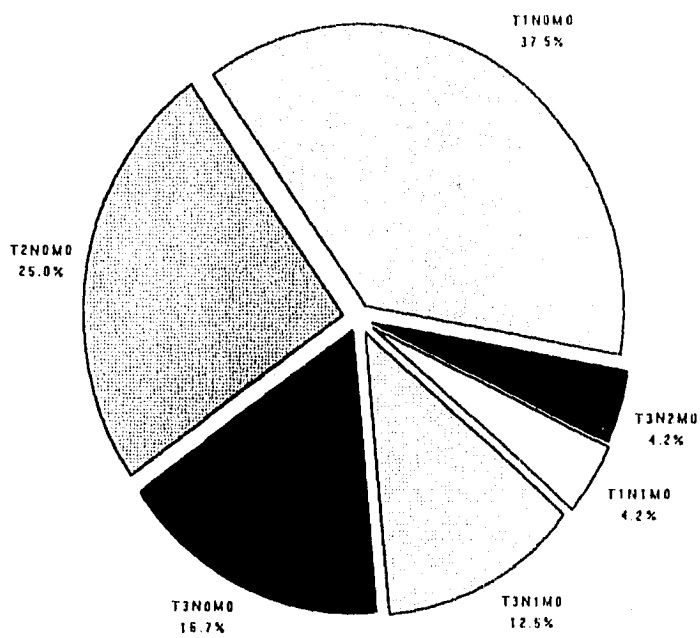
RELACION DE PACIENTES POR SITIO/DIAGNOSTICO 2



LABIO SUPERIOR

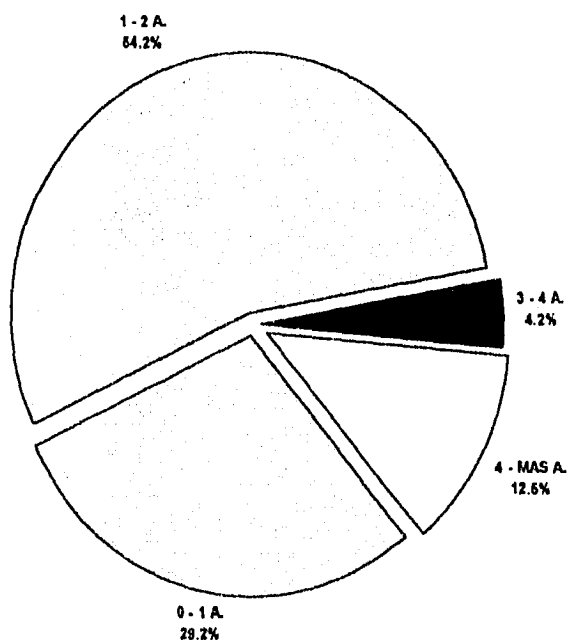
GRAFICA #6

RELACION DE PACIENTES POR ESTADIOS



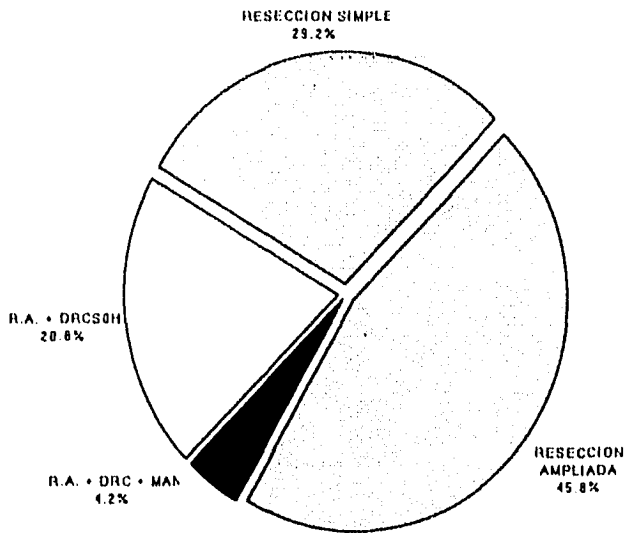
GRAFICA #7

RELACION DE PACIENTES POR TIEMPO EVOLUCION



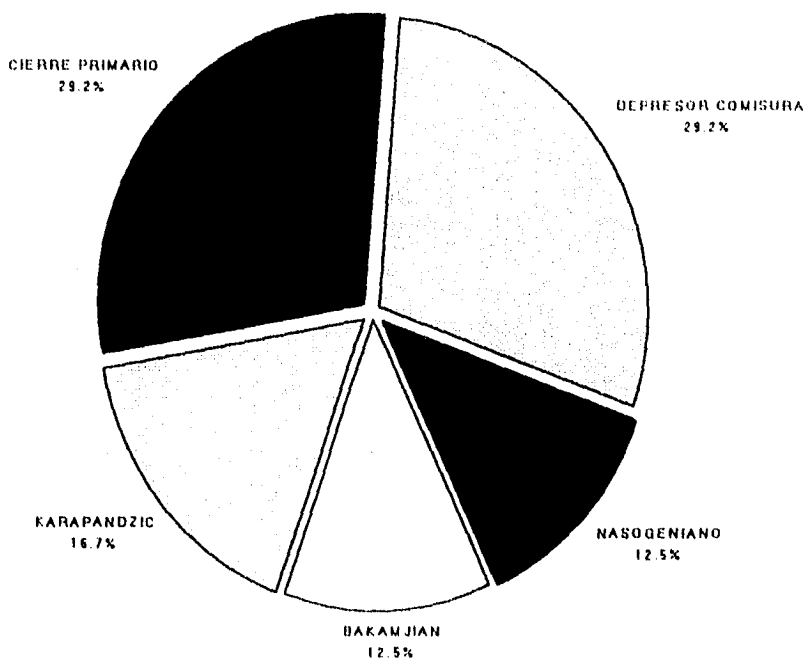
GRAFICA #8

RELACION DE PACIENTES POR PROCEDIMIENTO



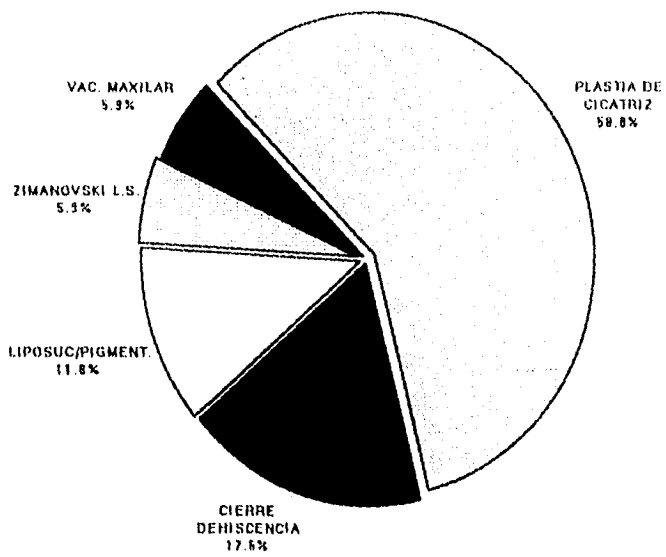
GRAFICA #9

RELACION DE PACIENTES POR RECONSTRUCCION



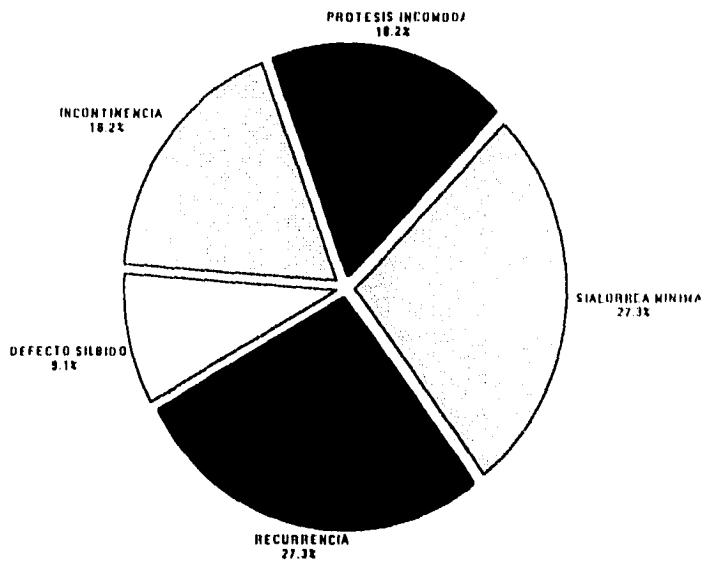
GRAFICA #10

RELACION DE PACIENTES POR PROC. SECUNDARIOS



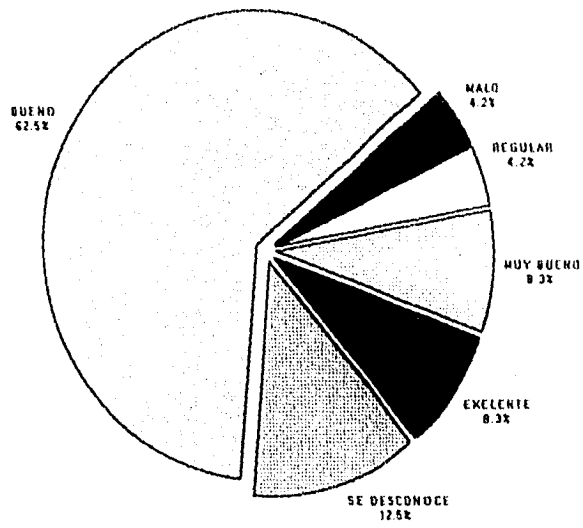
GRAFICA #11

RELACION DE PACIENTES POR COMPLICACIONES



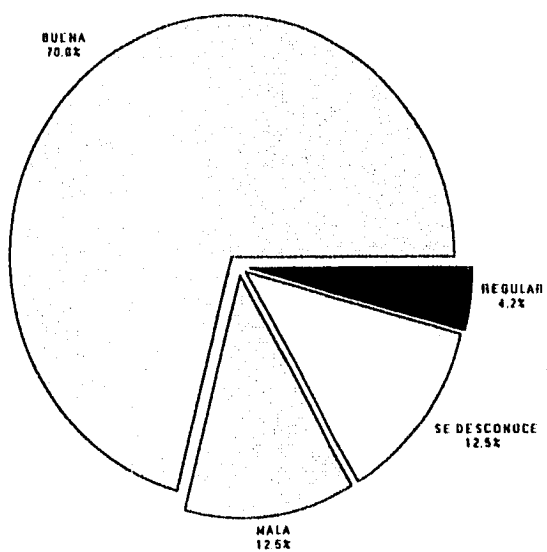
GRAFICA #12

RELACION DE PACIENTES POR RESULTADO ESTETICO



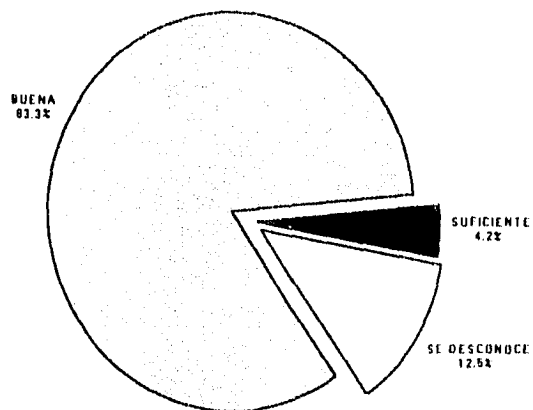
GRAFICA # 13

RELACION DE PACIENTES POR SENSIBILIDAD



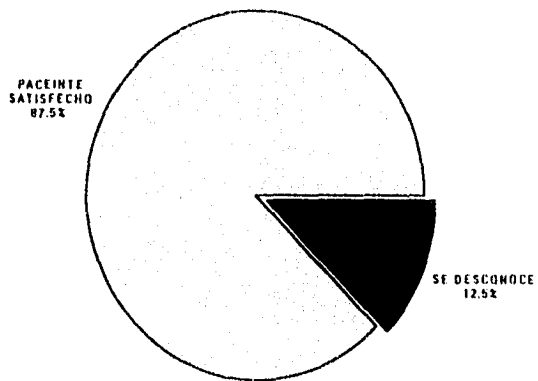
GRAFICA # 14

RELACION DE PACIENTES POR CONTINENCIA



GRAFICA # 15

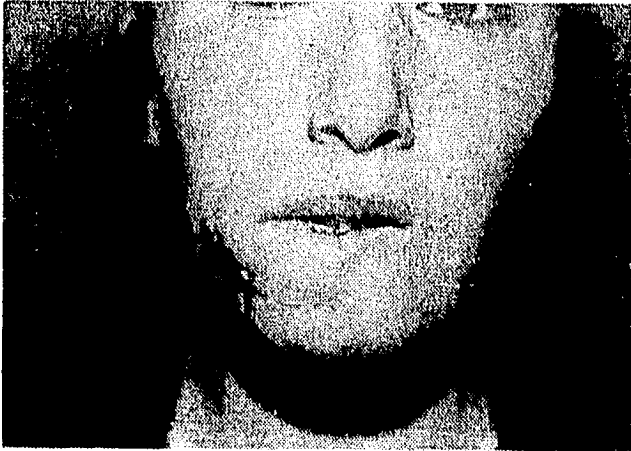
RELACION DE PACIENTES ESTADO ACTUAL



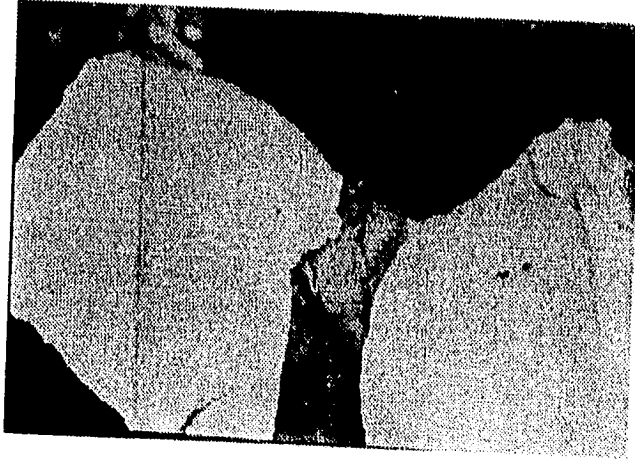
GRAFICA # 16



Pac. Femenino de 36 años con melanoma labial inferior.

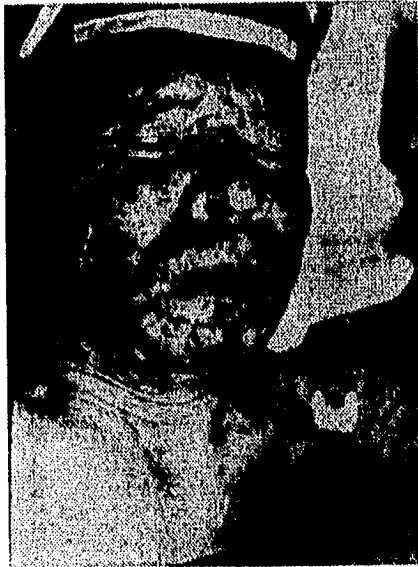


Mismo paciente, sometido a resección y plastia
con técnica de Tobin.

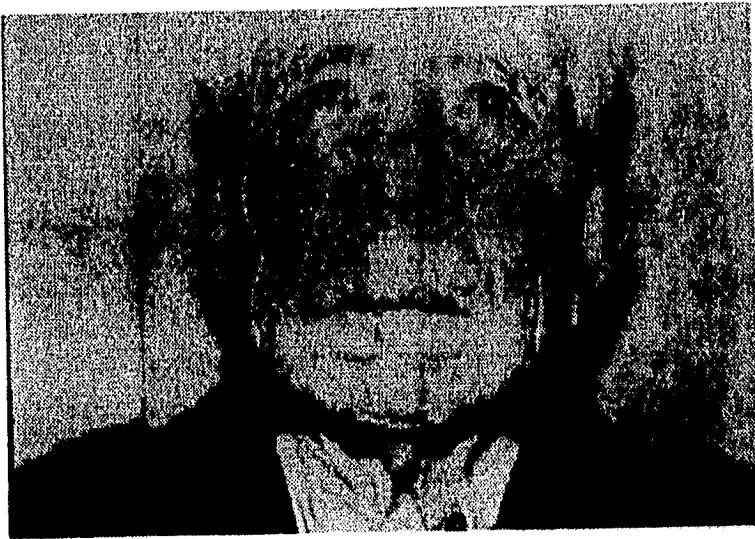


Pac. masculino de 72 años con carcinoma epidermoide de labio inferior sometido a plastía con técnica de Karapandzia bilateral.

ESTA VEZ NO DEBE
SALIR DE LA EMBAJADA



Resultado postoperatorio inmediato.



4 meses de PO.

CONCLUSIONES:

Como puede observarse, los resultados de este estudio están acordes con los reportes en la literatura, bien sea en relación a la frecuencia de presentación como en cuanto a la localización de cada variante histológica de cáncer labial.

Es necesario recalcar la importancia de los procedimientos resectivos, dado que de éstos dependen en gran medida el grado de recurrencia y las posibilidades de reconstrucción con los tejidos vecinos, lo cual a su vez se reflejan en la morbilidad posoperatoria.

En relación al análisis de cada técnica reconstructiva utilizadas en este estudio, se pueda concluir que son mejores aquellas que utilizan los tejidos vecinos, aprovechando la irrigación e innervación locales (p. ej. depresor de comisura, karapandzic, nasogéniano), que aquellos distantes (bakamjian) que requieren de pedículo, mismos que al ser seccionado, privan de posibilidad de ofrecer sensibilidad local labial a partir del colgajo mismo y lo hacen tiempo después, cuando hay reinnervación a partir del lecho receptor.

BIBLIOGRAFIA:

1.- Mazzola R. F., Lupo G. Evolving concepts in lip reconstruction. *Clin Plast Surg* 1984;11(4):583.

2.- Senechal G., Cachin N., Pech A., et al. La chirurgie réparatrice en cancérologie cervicofaciale. Paris Arnette, 1977.

3.- Guilles H., Millard R. The principles and art of Plastic Surgery. London Butterworth, 1967.

4.- Bakanjian V., Culf N. K., Bales H. W., Versatility of the deltopectoral flap in reconstructions following head and neck cancer surgery. En Sanvenero-Rosselli G, y Boggio-Robutti G. (editores); *Trans. Fourth Int. Congr. Plast. Surg.* 1967, Roma, Italia.

5.- Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flap. *Br Journ Plas Surg* 1974;27:93.

6.- Tobin G. R., Functional lower lip and oral sphincter reconstruction with an innervated depressor anguli oris flap. *Proceedings, American Association of Plastic Surgeons, 62nd annual meeting.* Abril 1983;17.

7.- Guerrero-Santos J., Vázquez-Pelleres R., Veram A. et al. The tongue flap in reconstruction of the lip. *Transactions of the third International Congress of Plastic Surgeons, Amsterdam, 1974.* Exerpta Medica Foundation.

8.- Ortiz-Monasterio F., Factor R. Early definitive treatment of electric burns of the mouth. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65:169.

9.- Guerrero-Santos J., Dicksheet S., Ruiz-Ruzura A. A composite tongue graft for correction of vermillion defects. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76:461.

10.- Hessler F. *Commentarii et annotationes in Susrutare Ayurvedam.* Pag. 12 Erlagen, Enke, 1855.

11.- Silverberg E., Lubera J. A., A review of the American Cancer Society estimates of cancer cases and deaths, *CA* 1983;33:2.

12.- Granick M. S., et al. Benign and malignant tumors of the oral cavity. En Georgiade G. S. et al (editores). *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery.* 1992, 2nd ed. Williams and Wilkins. E. U. A.

13.- Stranc M. F., Page R. E. Functional aspects of the reconstructed lip. *Ann Plast Surg* 1983;10:103.

14.- Page R. E., Stranc M. F. Normal lip function in adults. *Ann Plast Surg* 1981;9:502.

15.- Zide B. M. Deformities of the lip. En Mc Carthy J. et al. (editores). *Plastic Surgery.* 1990, W. B. Saunders Company. E. U. A.