

.PRESENTACIÓN DE CASO

Aplicación de la técnica de Karapandzic en un carcinoma epidermoide del labio inferior

Application of Karapandzic Technique on Lower Lip Epidermoid Carcinoma

Maribel Castillo Ramos ¹, Ricardo Aldana Mendoza ², Victoria Cecilia Orellana Pérez ³, Suleija Estrada Domínguez ⁴, Aracelis Viñals Legrá ⁵

1. Doctora en Estomatología. Especialista en Cirugía Máxilo Facial. Instructor. Hospital Guillermo Luís Fernández Hernández Baquero. Moa. Holguín. Cuba.

2. Doctor en Estomatología. Especialista en Parodoncia. Instructor. Hospital Guillermo Luís Fernández Hernández Baquero. Moa. Holguín. Cuba.

3. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación Superior. Asistente. Filial de Ciencias Médicas. Moa. Holguín. Cuba.

4. Doctora en Estomatología. Especialista en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Instructor. Filial de Ciencias Médicas. Moa. Holguín. Cuba.

5. Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Anatomía Patológica. Instructor. Hospital Guillermo Luís Fernández Hernández Baquero. Moa. Holguín. Cuba.

RESUMEN

En el Hospital Docente Dr. Guillermo Luís Fernández Hernández Baquero del municipio de Moa, fue atendida en enero de 2012 una paciente de 65 años de edad por presentar una lesión exofítica, infiltrante que ocupaba dos tercios del labio inferior que se extendía a piel. Se establece como impresión diagnóstica un carcinoma epidermoide y se decide el tratamiento quirúrgico. Atendiendo a las características individuales de la paciente se eligió la técnica descrita por Karapandzic, esta mantiene el pedículo vasculo-nervioso excelente, ofrece una alta frecuencia de curación y tiene resultados cosméticos-funcionales satisfactorios. Se retiró la sutura a los siete días, no se observaron complicaciones de los colgajos.

Palabras clave: carcinoma epidermoide, técnica de Karapandzic, tumoración de labio.

ABSTRACT

A 65 -year- old woman showing an intense exophytic injury covering two third part of her lower lip and extended to the skin, was consulted at "Guillermo Luis Fernández Hernández Baquero" Hospital, Moa locality, on January 31st , 2012. An epidermoid carcinoma was diagnosed and the surgical treatment was determined to give. Karapandzic technique was selected according to the patient's characteristics. This technique maintain the vasculo-nerve pedicle in excellent conditions and provides high cure frequency and satisfactory cosmetics results. The suture was removed after seven days and no complications of the flaps were observed.

Keywords: lip epidermoid carcinoma, Karapandzic technique, lip tumor.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un grave problema de salud a nivel mundial. Se prevé que en el período comprendido de 2007 al 2030 la mortalidad por cáncer se incremente de 7,9 a 17 millones a nivel mundial, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. También, el número de casos nuevos aumentará de 11,3 millones a 15,5 millones ^{1,2}.

En Cuba, el Anuario Estadístico de Salud de Cuba de 2010, reporta que los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte y constituyen el primer lugar en varias provincias del país, solo superada por las enfermedades del corazón. El cáncer de labio, cavidad bucal y faringe ocupa el décimo lugar dentro de todas las neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad de 5,9 por cada 100 000 habitantes ³.

La frecuencia del carcinoma de la cavidad bucal varía enormemente de un país a otro, en los países industrializados de dos a cuatro casos por 100 000 habitantes y en poblaciones de Asia, 25 casos por 100 000 habitantes ^{1,2}.

El carcinoma epidermoide del labio en Cuba, es la tumoración maligna más frecuente en la boca después del cáncer en la base de la lengua. En la provincia Holguín según estudios realizados mediante el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal, desde 1993 hasta el 2006, el carcinoma epidermoide ocupa el primer lugar en frecuencia ^{3,4}.

Esta neoplasia se presenta fundamentalmente en el labio inferior con un promedio del 93 % y afecta mayoritariamente a sujetos de piel blanca. La tasa es de 2,3 casos por 100 000 hombres y de 0,3 casos por 100 000 mujeres ^{3,4}. La forma anatomoclínica de presentación es similar a la de otros sitios de la mucosa bucal, su forma de presentación más frecuente es el crecimiento exofítico^{3, 4}. Histológicamente hay predominio del bien diferenciado y el moderadamente diferenciado. La metástasis es tardía y escasa, además, es el de mejor pronóstico dentro de los carcinomas epidermoides de la cavidad bucal y el que tiene el mejor índice de supervivencia ⁴⁻⁶.

Funcionalmente la cavidad bucal es muy importante para la vida, si muchas de sus estructuras tienen que ser removidas quirúrgicamente hace de ella algo muy dificultoso desde el punto de vista fisiológico y estéticamente afecta al individuo en el desenvolvimiento de su vida psicosocial ⁶.

En cuanto a la patogenia del carcinoma epidermoide del labio, como en el resto de la cavidad bucal, se invocan los factores de riesgo que pueden ser heredados o adquiridos y que van acumulándose durante la vida del individuo, tales como: la exposición a radiaciones ultravioleta, rayos x, en profesiones (como marineros, tractoristas, surfistas), hábitos tóxicos como cigarro e ingesta de bebidas alcohólicas, cambios inflamatorios y enfermedades crónicas, presencia de lesiones pre-neoplásicas, cicatrices por lupus, quemaduras y cicatrices a tensión, dietas deficitarias principalmente de vitaminas A,C,E, y de minerales como selenio y calcio, la higiene bucal precaria y las infecciones virales como herpes virus; finalmente, los pacientes inmunodeprimidos tienen mayores probabilidades de desarrollar este tipo de tumor ^{7,8}.

El tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide de labio ofrece una alta frecuencia de curaciones, además de resultados cosméticos y funcionales satisfactorios, por lo que en la actualidad se diseñan y publican un elevado número de técnicas para la reparación del tejido extirpado ^{6, 9-14}.

El objetivo de este trabajo fue la aplicación de la técnica de Karapandzic en una paciente, para el tratamiento a una lesión medial extensa del labio inferior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 65 años, de raza blanca con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de difícil compensación, que en enero de 2012 acudió a la Consulta de Máxilo Facial del Hospital Guillermo Luís Fernández Hernández Baquero en Moa, por una lesión exofítica, infiltrante, de cuatro años de evolución que ocupaba dos tercios del labio inferior y se extendía a piel; al interrogatorio no refirió hábitos tóxicos.

Se realizó examen físico: en el cuello no se palparon adenopatías cervicales; en el intraoral se detectó ser portadora de prótesis total superior, observándose una estomatitis sub-prótesis representada por punteado rojo a nivel del área que cubre la prótesis; parcialmente dentada en el sector antero-inferior, también se observó queilosis angular bilateral.

Se estableció como impresión diagnóstica: carcinoma epidermoide del labio inferior, lo cual se le comunicó a la paciente y familiares. Fue ingresada en la sala de Cirugía de Especialidades.

Se indicaron exámenes y complementarios, los resultados fueron los siguientes:

Hemograma completo: leucocitos $16 \times 10^9/L$; polimorfonucleares 0,48; linfocitos 0,21; eosinófilos 0,30; monocitos 0,01 y eritrosedimentación: 135 mm/h.

Glucemia: 9,0 mmol/L

Tiempo de coagulación: 6 min

Tiempo de sangramiento: 1 min

Serología: no reactiva para sífilis

Radiografía simple de tórax: No se observaron lesiones pleuropulmonares.

Electrocardiograma: no se observaron signos patológicos.

El 10 de febrero la paciente fue valorada por un especialista de Medicina Interna y en el chequeo preoperatorio por el especialista de anestesia, testificó que la paciente refirió no utilización de anestesia anteriormente, no alérgica a medicamentos. Los exámenes y complementarios fueron aceptables y al tener en cuenta la edad y padecimiento se indicó anestesia general naso-traqueal. Se informó a la paciente y familiares, que iba ser operada, al estar de acuerdo, fue intervenida quirúrgicamente. El médico indicó administrar cefazolina un bulbo de 1 g endovenoso cada ocho horas.

Se confeccionó el anuncio operatorio el 16 de febrero de 2012 para realizar: exéresis del labio inferior. Se realizó marcado de los futuros colgajos ([fig.1](#)) y al día siguiente fue operada en el Hospital Guillermo Luis Fernández Hernández Baquero de Moa.



Fig. 1. Detalle de la lesión con marcado de los futuros colgajos

Técnica quirúrgica: se establecieron los límites de la recesión del tejido tumoral que incluyeron un margen de tejido sano más allá de la probable extensión del tumor y se marcaron los colgajos para la reconstrucción según la técnica de Miedro Karapandzic ^{6,9,11-14} . Se extirpó la masa tumoral y se envió para el examen histopatológico en el Departamento de Anatomía Patológica. Se procedió al cambio de instrumental y material quirúrgico para la confección de los colgajos y reconstrucción del defecto.

Se realizó incisión de la piel, tejido celular subcutáneo siguiendo el diseño previamente marcado, se efectuó disección del músculo orbicular de los labios con tijeras iris, se identificaron y preservaron las ramas vasculares, labiales, así como, las ramas nerviosas, bucales y faciales.

Se realizó hemostasia cuidadosa con electrocauterio, se procedió al cierre del tejido subcutáneo y aproximación en la línea media de ambos colgajos con punto simple y nudos invertidos de cromado 4,0; también en la mucosa labial se suturó con puntos simples de cromado 4,0. El cierre de piel se efectuó con puntos de nylon 5,0 simples y colchoneros alternados. No se colocó drenaje y se instalaron vendajes compresivos. Durante el transoperatorio los parámetros vitales se mantuvieron estables sin sangramiento (fig.2).



Fig. 2. Transoperatorio con intubación nasotraqueal

En el post-operatorio inmediato se recuperó sin complicaciones. Se continúa con la administración de antibiótico-terapia: cefazolina un bulbo de un gramo endovenoso cada ocho horas por siete días.

Evolución: se observó herida quirúrgica con bordes afrontados y sin signos, ni síntomas de sepsis. Se realizó la retirada de la sutura a los siete días. No se observaron complicaciones de los colgajos (hematomas, sepsis, ni dehiscencias). Acudió a consulta planificada el 23 de marzo de 2012, se observó evolución satisfactoria (fig.3).



Fig. 3. Evolución satisfactoria al mes del acto quirúrgico

En el Departamento de Anatomía Patológica se diagnosticó: carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado (fig. 4). Según la nomenclatura TNM (tumor node metástasis), el caso fue etiquetado como T2* N0** M0***.

(T2*: un tumor de dos a cuatro centímetros aproximadamente, N0**: no ganglios, M0***: no metástasis) ⁴.

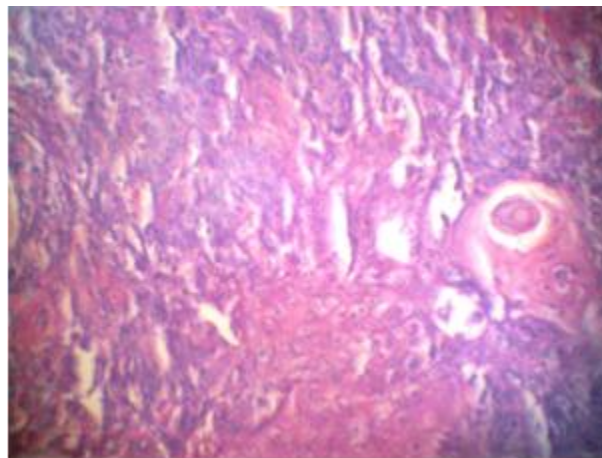


Fig. 4. Carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado

DISCUSIÓN

Se describen varias técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de los labios, sin embargo, no existe el método ideal porque este debe ser individualizado no solo al tipo de lesión, sino a su ubicación y extensión, así como, las características generales y particulares intraorales del paciente (tipo de piel, necesidad de prótesis, presencia o ausencia de dientes, etc.) ⁹⁻¹⁴.

Cuando una lesión ocupa solo un tercio del labio puede realizarse cierre directo o recurrir a plastias en V o W, pero cuando se extiende más allá de esta distancia se requiere la confección de colgajos ^{6, 9, 12,14}.

Los tradicionalmente realizados en la práctica clínica como el Estlander, da muy buenos resultados para defectos externos del labio superior e inferior; o el colgajo en abanico creado por Guillies, del mentón tipo Bernard; colgajo en escalera descrito por Johanson, también se han propuesto colgajos linguales ^{9,12}.

Atendiendo a las características individuales de esta paciente que presentaba diabetes mellitus descompensada y una lesión medial extensa de aproximadamente 3,5 cm de diámetro, se eligió la técnica descrita por Karapandzic ², considerándola una técnica que mantiene un pedículo vasculo-nervioso excelente, es de rápida realización, lo que permite una reparación inmediata y produce resultados cosméticos y funcionales aceptables para el grupo de edad en que habitualmente se realiza.

Esta técnica tiene el inconveniente que origina ocasionalmente asimetría de la comisura, esa evidencia desaparece con el tiempo, y en esta paciente a pesar del poco tiempo de evolución, no es marcada la asimetría, por lo que a juicio de los investigadores se cumple con los principios de la reconstrucción de los labios de mantener la función y la estética ⁶.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lage A, Crombet T. Control of Advanced Cancer: The Road to Chronicity. Int J Environ Res Public Health. 2011[citado 13 sep 2013]; 8(3): 683-97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21556173>
2. World Health Organization. Are the numbers of cancer cases increasing or decreasing in the world? Ginebra: WHO; 2008. [citado 13 sep 2013]Disponible en: <http://www.who.int/featuresqa/15/en/>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2010. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
4. Santana Garay J. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2008.
5. Gangene N, Charla S, Subodh A, Gupta S, Sharma SM. Reassessment of risk for oral cancer. Asian Pac J Cancer. 2007[citado 13 sep 2013]; 8(2): 243-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17696739>

6. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by arterial flaps. Br J Plast Surg. 1974 [citado 18 sep 2013]; 27(1):93. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00071226/27/1>

7. Holick CN, De Vivo I, Feskanich D, Giovannucci E, Stampfer M, Michaud DS. Intake of fruits and vegetables, carotenoids, folate, and vitamins A, C, E and risk of bladder cancer among women (United States). Cancer Causes Control. 2008[citado 13 sep 2013]; 16(10): 1135-45. Disponible en: <http://aacrmeetingabstracts.org/cgi/content/abstract/2005/1/822>

8. Vargas Ferreira F, Nedel F, Etges A. Etiologic Factors Associated with Oral Squamous Cell Carcinoma in Non-Smokers and Non Alcoholic Drinkers: A Brief Approach. Braz Dent J. 2012 [citado 13 sep 2013]; 23(5): 586-90. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23306239>

9. Jabaley ME, Clement RL, Orcutt TW. Myocutaneous flaps in lip reconstruction. Applications of the Karapandzic principle. Plast Reconstr Surg. 1977[citado 13 sep 2013]; 59(5):680. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/322171>

10. Nzakamwita M, Linker M, CUani J, Piert R. Repair of tissue loss of the lips. Acta Stomaiol Bclg. 1995[citado 13 sep 2013]; 92(4): 159. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8766655>

11. Hills RI. Innervated museuloeutaneous lip tlap (Karapandzic technique). Australasian J Dermatol. 2008[citado 13 sep 2013]; 39(3):150. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-0960.1998.tb01282.x/abstract>

12. Jackson IT. Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Barcelona: Salvat, 1990.

13. Matos da Fonseca A, Gómez García F. Reconstrucción de labio con Técnica de Karapandzic. Cir Plást Iberolatinoam. 2007 [citado 2014 ene 29]; 33(1):57-62. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922007000100006&script=sci_arttext

14. Bonne Comerón R, Pérez Pérez O, Fernández Pérez F, Carrera Martorell C. Reconstrucción de grandes defectos del labio inferior con la técnica de Karapandzic. Hospital General Santiago de Cuba. MEDISAN 2008[citado 13 sep 2013]; 5(2): 56-59. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san11201.pdf

Recibido: 1 de abril de 2013

Aprobado: 16 de enero de 2014

MSc. *Victoria Cecilia Orellana Pérez*. Filial de Ciencias Médicas. Moa. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: orellana@moa.hlg.sld.cu