

Uso de la técnica quirúrgica de Bernard-Burow modificada en un paciente con carcinoma espinocelular del labio superior

Use of Bernard-Burow surgical technique modified in a patient with squamous-cell carcinoma of the upper lip

Dr. Alejandro Inclán Acosta^I y Dr. Oscar Rodríguez Reyes^{II}

^I Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 61 años de edad, con antecedentes de fumador activo, quien fuera remitido de su área de salud al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, por presentar una lesión en el borde bermejo del labio superior, cuyos exámenes clínico e histopatológico revelaron que se trataba de un carcinoma espinocelular. Durante el tratamiento quirúrgico se aplicó una modificación de la técnica de Bernard-Burow, que permitió evitar la pérdida de la subunidad correspondiente al filtrum y la asimetría de las comisuras labiales, resultantes del método tradicional.

Palabras clave: carcinoma espinocelular, labio superior, técnica quirúrgica de Bernard-Burow, Servicio de Cirugía Maxilofacial.

ABSTRACT

The case report of a 61 years patient is presented, with a history of active smoking who was referred from his health area to the Maxillofacial Surgery Service of "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba, due to an injury in the red border of the upper lip whose clinical and histopathological exams revealed that it was a squamous-cell carcinoma. During the surgical treatment a modification of the Bernard-Burow technique was applied that allowed to avoid the loss of the subunit corresponding to the filtrum and the asymmetry of the labial corners, resulting from the traditional method.

Key words: squamous-cell carcinoma, upper lip, Bernard-Burow surgical technique, Maxillofacial Surgery Service.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer en el labio es baja (1-2 %) y la mayor parte de los casos (90 %) corresponde a carcinomas espinocelulares (CE), a los cuales le siguen, en menor porcentaje, los carcinomas basocelulares y adenocarcinomas derivados de las glándulas salivales. Con una frecuencia incluso más baja aparecen los melanomas, sarcomas y linfomas.

El carcinoma espinocelular de labio generalmente se presenta sobre lesiones premalignas, como radiodermatitis, queilitis crónica y xeroderma pigmentoso, y los factores de riesgo asociados a su aparición son la piel blanca, el trabajo al aire libre, el hábito de fumar o masticar tabaco y el alcoholismo; también se ha notificado la exposición a oncogenes virales.

Cabe añadir que el tumor inicia como una neoformación de aspecto nodular en la piel del labio, que tiende a convertirse en una forma vegetante o ulcerada y puede extenderse hasta el borde bermejo.

El tratamiento debe ser quirúrgico si existe buen margen de seguridad; de acuerdo con las características del tumor y del paciente, puede agregarse radioterapia. Al respecto, existen diferentes técnicas quirúrgicas para reconstruir el labio; la elección depende de la extensión y las características topográficas de la lesión y de la presencia de metástasis o no.¹

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 61 años de edad, con antecedentes de ser fumador activo, quien desde hacía aproximadamente 6 meses había comenzado a observarse una lesión nodular en el labio superior, que posteriormente se profundizó y ulceró, e incrementó su tamaño progresivamente.

Durante una pesquisa realizada por el estomatólogo responsable del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en su área de salud correspondiente al Policlínico Docente "28 de Septiembre" en Santiago de Cuba, se le detectó la lesión y fue remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", donde se valoró el caso, se indicaron exámenes complementarios y se realizó una biopsia incisional (diagnóstico histopatológico).

En el examen extrabucal no se observó aspecto relevante alguno.

Examen intrabucal

Se observó una lesión profunda, ulcerada, de más o menos 2 cm de diámetro, localizada en el tercio superior izquierdo del borde bermejo del labio superior, sangrante al más mínimo estímulo y dolorosa a la palpación (figura 1).



Fig. 1. Lesión nodular en el labio superior

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina de 114 g/L; hematocrito de 0,41
- Eritrosedimentación: 10 mm/h
- Glucemia: 4,3 mmol/L
- Conteo de plaquetas: 280×10^9 c/L
- Leucograma: 7×10^9 c/L
- Prueba del virus de la inmunodeficiencia humana: negativo
- Serología: no reactiva
- Biopsia incisional: carcinoma espinocelular de labio superior

Posteriormente se procedió a la exéresis de la lesión, con margen de seguridad, mediante la técnica quirúrgica de Bernard-Burow modificada (figura 2).

A los 7 días se retiró la sutura; se continuó seguimiento médico por consulta a los 20 días de operado, cuando se observó la evolución satisfactoria del paciente (figura 3).



Fig. 2. Paciente recién operado (obsérvese que no se modificó la posición anatómica del filtrum labial y se conservó la simetría facial).



Fig. 3. Evolución del paciente a los 20 días de la intervención quirúrgica

COMENTARIOS

El carcinoma espinocelular o epidermoide es un tumor maligno de carácter invasivo, que consiste en la proliferación atípica de las células espinosas y puede presentar metástasis locorregionales y a distancia. Es causante de 15 % de las neoplasias epiteliales malignas y posee una elevada incidencia en la cara (64 %), con 27,04 % de los casos en el labio inferior y 2,91 % en el superior.

En la mucosa puede iniciarse a partir de una queilitis actínica por área de infiltración o lesión vegetante. La irritación crónica por el humo, los dientes irregulares y las prótesis poseen un importante papel en la génesis de dicha entidad clínica.

La biopsia y el examen micológico son fundamentales para la exclusión del carcinoma basocelular, la queratosis solar y algunas micosis. Histológicamente se observan células espinosas atípicas y la formación de centros córneos.²

Es importante saber si la localización de origen del CE cambia las características de este, si puede considerarse un padecimiento diferente, si deriva de la piel o de la cavidad bucal y si esta diferencia resulta un factor determinante en su manifestación biológica. La neoplasia que se extiende al borde bermejo de la superficie mucosa del labio, particularmente en el caso del CE, adquiere una presentación más invasiva que cuando se limita a la piel. Desde el punto de vista oncológico, la exéresis es esencial, pues cuando se localiza en el labio (borde bermejo o mucosa) tiende a invadir estructuras profundas, lo cual es condicionado por el hecho de que la lámina propia de la región anatómica es muy delgada y permite que la neoplasia se disemine a nervios y músculos con mayor facilidad que cuando crece solo en la piel, donde hay mayor resistencia a la invasión neoplásica. Esto resulta trascendental desde la perspectiva quirúrgica y funcional, pues determina la extensión y el tipo de tratamiento que se va a realizar.³⁻⁵

Entre las principales opciones para la reconstrucción de los defectos del labio superior como resultado de la exéresis quirúrgica de lesiones, se incluye el método de Bernard-Burow, que consiste en un desplazamiento de la mejilla tras la extirpación de una zona triangular sobre el defecto y que se sitúa lateral al surco nasolabial. Habitualmente se realiza un desplazamiento bilateral que tiene como principal secuela la pérdida de la subunidad correspondiente al filtrum y, en ocasiones, si el defecto es lateral, la asimetría de las comisuras. Este método es adecuado para reconstruir defectos menores de 2 cm.⁶

Para evitar la pérdida de la subunidad correspondiente al filtrum y la asimetría de las comisuras labiales, resultantes del método tradicional descrito, en el paciente de este caso clínico se efectuó el desplazamiento de la mejilla hacia el surco nasolabial del mismo lado de la lesión y no hacia el lado contrario, lo cual se compensó con una incisión lineal en sentido opuesto hasta el borde externo de la fosa nasal correspondiente.

Con la introducción de esta modificación a la técnica tradicional, se logró una reparación satisfactoria y en menor tiempo respecto al conjunto labial, y se evitaron alteraciones en el orden estético y psicológico del individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Anda Juárez MC, Reyes Martínez G, Hajar Zervianski T, Martínez Luna E, Gutiérrez Mendoza D, Fonte Avalos V. Carcinoma basocelular en el borde bermellón del labio superior. *Dermatol Rev Mex.* 2013; 57(1): 45-8.
2. Golcman B, Golcman R. Cirugía y reconstrucción de los labios. *Dermatol Per.* 2001 [citado 11 Nov 2015]; 11(Suppl 1): 20-25.
3. Luna Ortiz K, Güemes Meza A, Villavicencio Valencia V, Mosqueda Taylor A. Upper lip malignant neoplasms. A study of 59 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(3): 371-6.
4. Liebman T, Jaimes Lopez N, Balagula Y, Rabinovitz HS, Wang SQ, Dusza SW, et al. Dermoscopic features of basal cell carcinomas: differences in appearance under polarized and non-polarized light. *Dermatol Surg.* 2012; 38(3): 392-9.
5. Nguyen DT, Oki K, Hyakusoku H, Ogawa R. Upper lip basal cell carcinoma reconstruction based on anatomical characteristics using skin mucosa double opposing V-Y advancement flap. *Eplasty.* 2011; 11: 237-43.
6. Burgueños García M, Gómez García E. Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Madrid: Elsevier; 2007.

Recibido: 12 de mayo de 2016.

Aprobado: 21 de octubre de 2016.

Alejandro Inclán Acosta. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: orreyes@medired.scu.sld.cu