



## CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/106107



# Carcinoma basocelular de labio superior, manejo quirúrgico y reconstructivo

## Basal cell carcinoma of the upper lip, surgical and reconstructive handling

CMF Lianet Bermudez-Sánchez,\* CMF Arley Mena-Cardoso,\*  
CMF Yuniesky Jiménez-Rodríguez‡

### Palabras clave:

Carcinoma basocelular, labios, reconstrucción.

### Keywords:

Basal cell carcinoma, lips, reconstruction.

### RESUMEN

El carcinoma basocelular constituye de 80-90% de todos los cánceres cutáneos y es el tumor más frecuente en humanos. Causa una repercusión importante en la calidad de vida, con morbilidad funcional y estética. La localización anatómica del tumor nos obliga a considerar el manejo reconstructivo, siendo los labios uno de los sitios de asiento más complejos de tratar. La reconstrucción de grandes defectos del labio superior constituye un reto para el cirujano, debido a la expectativa que genera sus resultados no sólo funcionales, sino también estéticos. Se presenta el caso de un paciente portador de carcinoma basocelular nodular ulcerado en el labio superior, el cual fue tratado mediante escisión y reconstrucción con colgajo en abanico de Gillies ipsilateral y colgajo perialar contralateral con buenos resultados.

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma constitutes 80-90% of all skin cancers and is the most common tumor in humans. It causes a significant impact on the quality of life, with functional and aesthetic morbidity. The anatomical location of the tumor makes us consider reconstructive management, the lips being one of the most complex tumor sites to treat. The reconstruction of large defects of the upper lip constitutes a challenge for the surgeon due to the expectation its results generate not only functional, but also aesthetic. We present the case of a patient with an ulcerated nodular basal cell carcinoma on the upper lip, which was treated by excision and reconstruction with an ipsilateral Gillies fan flap and a contralateral perialar flap with good results.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular constituye de 80-90% de todos los cánceres cutáneos y es el tumor más frecuente en humanos. Repercute de forma importante en la calidad de vida, con morbilidad funcional y estética.<sup>1</sup>

Esta tumoración se origina de la capa basal de la epidermis o del bulbo del folículo piloso. La edad de presentación más frecuente es a los 60 años, aunque, en la actualidad, se observa un incremento importante en personas jóvenes.<sup>2</sup>

El morfotipo más frecuente es el nodular y representa de 50-54% de todos los carcinomas

basocelulares. Se caracteriza por ser una pápula o nódulo translúcido, con un aspecto «perlado», de color piel o rojizo, con telangiectasias en la superficie. Es una lesión bien delimitada, de consistencia firme. Por lo general, estos tumores son asintomáticos; sin embargo, al crecer puede ulcerarse y sangrar. Algunos autores describen dos subtipos del carcinoma basocelular nodular: pigmentado y ulcerado.<sup>3</sup>

Aunque la escisión estándar ha sido el tratamiento universal, otras opciones están disponibles, incluyendo: cirugía de Mohs micrográfica, curetaje y cauterización, criocirugía, radioterapia, Imiquimod tópico, terapia fotodinámica y 5-fluorouracilo tópico.<sup>4</sup>

**Citar como:** Bermudez-Sánchez L, Mena-Cardoso A, Jiménez-Rodríguez Y. Carcinoma basocelular de labio superior, manejo quirúrgico y reconstructivo. *Cir Plast.* 2022; 32 (1): 54-57. <https://dx.doi.org/10.35366/106107>

\* Cirujano maxilofacial, profesor asistente.

‡ Cirujano maxilofacial, cirujano oncólogo de cabeza y cuello. Profesor asistente.

Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

Recibido: 22 noviembre 2021  
Aceptado: 10 enero 2022

## CASO CLÍNICO

Hombre de 87 años con antecedentes de asma bronquial, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, quien acudió a consulta presentando tumoración en hemilabio superior izquierdo de cinco años de evolución (*Figura 1*).

Se realizó exéresis tridimensional de la lesión, con un margen de seguridad de 6 milímetros, quedando un defecto residual del 50% del labio superior. Se talló un colgajo en abanico de Gillies izquierdo, tomando como suplencia vascular a flujo anterógrado de la arteria facial hacia las arterias coronarias. Las proporciones de este colgajo se calcularon de manera que el ancho del colgajo (AB) fue igual a la altura labial a restituir (A'B') y la longitud del colgajo (BC) igual a la longitud del defecto labial (B'C'). La descarga inferolateral permitió el fulcro del colgajo y le imprimió un ángulo de rotación de 45°, llevando a la unión de AA', BB y CC'. Un elemento importante que se tuvo en consideración al tallar el colgajo fue el biselado del trazo AB, se realizó el corte con bisel en dirección cefalocaudal y lateromedial, lo que generó un excedente de mucosa en el fondo del surco vestibular que se utilizó para la confección del fondo del surco vestibular (*Figura 2*).

Por otra parte, se talló y levantó un colgajo perialar contralateral al defecto, permitiendo la movilización en sentido lateromedial del remanente labial derecho. Después de la disección de ambos colgajos, se colocaron anatómica-



**Figura 1:** Paciente con tumoración en hemilabio superior izquierdo de cinco años de evolución.



**Figura 2:** Excedente de mucosa en el fondo del surco vestibular que se utilizó para la confección del fondo del surco vestibular.



**Figura 3:** El excedente de mucosa fue plegado hacia la piel para la reconstrucción del neobermellón.

mente para la reconstrucción del defecto labial y se suturó el excedente de mucosa vestibular del segmento AB al componente mucoso del segmento BC, constituyéndose de esta manera el nuevo fondo de surco vestibular. Se afrontaron los puntos AA', BB', CC' y se suturaron los segmentos AB-AB' y BC-BC' con sutura reabsorbible en los planos profundos y nylon en la piel. El segmento AD fue cortado a bisel en sentido lateromedial, brindando un excedente de mucosa que fue plegado hacia la piel para la reconstrucción del neobermellón (*Figura 3*).

El postoperatorio inmediato y mediato transcurrió sin complicaciones. El paciente fue reexaminado en consulta a los cuatro meses, donde se constató un óptimo resultado esté-



**Figura 4:** Resultado postoperatorio a los cuatro meses.

tico y funcional, dado por una hendidura oral de 60 milímetros de longitud a la sonrisa, con comisuras simétricas respecto a la relación de paralelismo con la línea imaginaria que surca la base nasal, apertura oral forzada de 50 milímetros de altura y 60 milímetros intercomisural, adecuada contractilidad labial, fondo del surco vestibular profundo y competente para recibir el flanco protésico (Figuras 4 a 6).

## DISCUSIÓN

El manejo terapéutico del carcinoma basocelular depende de varios factores que determinarán su potencial de recidiva y metástasis. Un carcinoma basocelular de alto riesgo es el que cumple con las siguientes características: bordes mal definidos, diámetro mayor a 2 cm en un área de bajo riesgo, mayor de 10 mm en un área de mediano riesgo y mayor de 6 mm en un área de alto riesgo; es recidivante, ha recibido previamente tratamientos médicos, quirúrgicos o ambos. En términos histopatológicos está constituido por los subtipos histológicos: infiltrante, esclerodermiforme y micronodular.<sup>4</sup>

Por otra parte, de acuerdo con la división topográfica para el manejo del carcinoma basocelular, según el riesgo de recidiva, los labios se encuentran enmarcados en la zona H o zona de alto riesgo.<sup>5</sup>

El tratamiento quirúrgico de un carcinoma basocelular de alto riesgo localizado en una zona de difícil manejo como el labio superior, implica la observación de márgenes quirúrgicos más amplios (> 4 mm) de acuerdo con el consenso de la *National Comprehensive Cancer Network*

(NCCN), además de la contemplación de opciones reconstructivas.<sup>6</sup>

Los labios son estructuras complejas que desempeñan un papel esencial en la estética, la nutrición y el habla. Los objetivos funcionales de la reconstrucción labial incluyen el mantenimiento de la competencia oral, el acceso oral suficiente y la preservación de la sensación labial. La parte principal de los resultados estéticos está relacionada con la simetría y el equilibrio. La realineación adecuada de las fibras del *orbicularis oris* conduce a restaurar la función normal del esfínter y disminuye la probable distorsión durante los movimientos faciales.<sup>7</sup>

La selección de la técnica reconstructiva está influenciada por las dimensiones del defecto, la coincidencia del color del sitio donante,



**Figura 5:** Contractilidad labial adecuada.



**Figura 6:** Surco vestibular profundo y competente para recibir la prótesis.

la preferencia del operador, la habilidad técnica y las necesidades estéticas.<sup>8</sup>

En el caso expuesto, dadas las características anatómicas individuales del paciente, tales como una zona cutánea labial amplia en altura nasolabial y distancia intercomisural, además de un defecto residual labial trilaminar, se prefirió la combinación de colgajos de espesor total: colgajo en abanico de Gillies y colgajo perialar de Webster.

El colgajo de Gillies es un colgajo en abanico, unipediculado, de espesor total, de avance y rotación, basado en la suplencia vascular de las arterias coronarias, que avanza el segmento labial ipsilateral remanente. Este colgajo refuerza el uso de tejidos iguales o similares.<sup>9</sup>

Por otra parte, combinar técnicas en un solo acto quirúrgico logra optimizar los resultados estéticos y funcionales. Una opción viable para la conjugación resultó ser el colgajo perialar de Webster.

El colgajo de avance perialar se adapta de forma ideal a la región perialar y del labio superior. Esta técnica se basa en la laxitud de los tejidos de la mejilla y en la línea natural del surco nasogeniano.<sup>10</sup>

En el caso presentado se logró una armonización del neolabio superior en cuanto a conservación anatómica y funcional, dada por la confluencia de ambos colgajos. La movilización de los tejidos de manera trilaminar desde ambos lados del defecto permitió el tapizado mucoso y la reconstrucción del plano muscular, manteniendo la apropiada contractilidad, así como la cobertura cutánea de las unidades central y lateral.

## CONCLUSIONES

El manejo quirúrgico del carcinoma basocelular de alto riesgo amerita la contemplación de márgenes quirúrgicos más amplios y la búsqueda de opciones de reconstrucción apropiadas para devolver la funcionalidad y estética locales. El labio superior constituye una zona de difícil reconstrucción. Se presentó el caso de un paciente portador de carcinoma basocelular

nodular ulcerado de gran talla en el labio superior, el cual fue tratado mediante escisión y reconstrucción con colgajo en abanico de Gillies ipsilateral y colgajo perialar contralateral, obteniéndose óptimos resultados estéticos y funcionales.

## REFERENCIAS

1. Ordóñez Muñoz DM, Orozco Morales LK, et al. Perfil epidemiológico de recidivas de carcinoma basocelular a 5 años en dos centros de referencia histopatológica de Popayán, Colombia. *Rev Col Cir Plast Reconstr* 2021; 27(1): 18-24.
2. Álvarez Castillo A, Salas Boza A. Revisión sistemática del carcinoma basocelular. *Rev Méd Sinerg* 2020; 5 (5): e483. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/483>
3. Villavicencio Romero ME, Franco Muñoz VS, Carvajal Zambrano BL. Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Reciamuc* 2019; 3 (1): 2588-0748.
4. Calderon-Ponce de León Y, Medina-Bojorquez A. Algoritmo de decisiones para el manejo quirúrgico del carcinoma basocelular. *Dermatol Rev Mex* 2020; 64 (4): 456-461.
5. Verdugo-Castro PN, Muñoz Estrada VF, Gaxiola-Álvarez EA. Estudio clínico e histopatológico de carcinoma basocelular en individuos menores de 40 años. *Rev Med UAS* 2019; 9 (4): 192-201.
6. National comprehensive cancer network (NCCN). *NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology. Basal cell skin cancer*. Version 1.2020 (Internet). (cited 24.06.2020). Available in: <https://www.nccn.org/>
7. Romero-Espinosa JF, Del Villar-Trujillo A, Cobos-Bonilla MG et al. Versatilidad del colgajo Estlander en reconstrucción de labio. *Cir Plast* 2020; 30 (2): 126-132.
8. Bello Adebayo S. Gillies fan flap for the reconstruction of an upper lip defect cause by noma: case presentation. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2012; 4: 17-20.
9. Aggarwall B, Kumar H, Sharma P et al. Gillies fan flap repair for near total, full thickness defect of lower lip. *Int Surg J* 2018; 5 (11): 3781-3784.
10. Dean A, García NV, Alamillos GF. Colgajo de avance perialar semilunar para reconstrucción del labio superior. *Cir Dermatol* 2005; 20 (3): 151-153.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:  
**CMF Lianet Bermudez-Sánchez**  
 E-mail: [lianetbs90@gmail.com](mailto:lianetbs90@gmail.com)