

Labio doble tratado con incisión en media luna.

Presentación de un caso

RESUMEN

El labio doble es una anomalía cuya etiología puede ser congénita o adquirida y presentarse en forma aislada o como parte del síndrome de Ascher; más frecuentemente afecta el labio superior, aunque algunas veces puede observarse en el inferior o en ambos. El tratamiento quirúrgico está indicado debido a las alteraciones funcionales en la masticación y la fonación, así como al defecto estético. Algunas técnicas quirúrgicas son la incisión elíptica, la w-plastia, la incisión triangular y la incisión elíptica doble, una a cada lado del labio con z-plastia intermedia en los casos de constricción central del labio. En el paciente aquí descrito fue utilizada incisión amplia en forma de media luna respetando el frenillo labial. Los resultados estético y funcional fueron satisfactorios.

SUMMARY

A double-lip is an anomaly which may be either congenital or acquired and may occur either isolated or as a component of Ascher's syndrome. The upper lip is involved more often than the lower, although on occasion both may be involved. Apart from a deformity that interferes with mastication and speech, surgical treatment may be indicated for cosmetic reasons. Various surgical techniques to correct the double lip have been described: elliptical incision, w-plasty, triangle incision and elliptical incision on each side, combined with a vertical midline z-plasty to release the lip's central constriction. In the case presented a long midmoon incision was used, preserving the maxillary labial frenum. Satisfactory function and aesthetic results were achieved in this patient.

Introducción

El labio doble es una deformidad que puede ser congénita^{1,2} o adquirida y consiste en exceso de tejido en la cara mucosa del labio superior, que en ocasiones se proyecta hacia el bermellón y toma la forma de "arco de Cupido", más notorio cuando el labio está tenso o durante la sonrisa. Se presenta con mayor frecuencia en el labio superior en forma bilateral,³ pero también se ha observado en el inferior en forma unilateral o bilateral y existen informes de su existencia en ambos labios en un mismo paciente.⁴

El labio doble ha sido asociado con otro tipo de alteraciones. En 1909, Laffler⁵ fue el primero en reportar un caso asociado con blefarocalasia. Posteriormente en 1920, Ascher reseñó estos mismos hallazgos clínicos auna-

dos a crecimiento tiroideo.^{6,7} La tríada del síndrome de Ascher consiste en labio doble, blefarocalasia y crecimiento tiroideo; de acuerdo con las publicaciones, el crecimiento tiroideo no tóxico está presente en aproximadamente 50 % de las ocasiones.⁸

Las anomalías en labios y párpados se desarrollan más o menos en forma simultánea y abrupta, haciéndose más evidentes en la edad adulta o senil; pueden aparecer espontáneamente o posterior a un trauma,⁹ sin embargo, se desconoce la verdadera patogénesis.

La piel excedente de los párpados es delgada, pálida, flácida y localizada en el canto externo del ojo. A veces las deformidades de labios y párpados son de tal magnitud que provocan alteraciones funcionales y estéticas, corregibles sólo con intervención quirúrgica.¹⁰⁻¹⁴

Palabras clave

- ✓ enfermedades del labio
- ✓ labio doble
- ✓ incisión en media luna

Key words

- ✓ lip diseases
- ✓ double lip
- ✓ midmoon's incision

Tratamiento

La mayoría de los autores utiliza incisiones elípticas en el manejo quirúrgico. En 1969, Guerrero-Santos y Altamirano¹⁵ recomendaron w-plastia para corrección de la deformidad. En 1983, Ira Lamster¹⁶ sugirió el manejo del labio doble basado en eliminar un triángulo de tejido mucoso y respetar el frenillo labial para evitar la deformidad labial. En 2005, Muhitdin Eski¹⁷ publicó la combinación de dos incisiones elípticas, una a cada lado del labio, separadas por una z-plastia en la parte central en los casos de constricción labial central.

En el presente reporte se recomienda una incisión amplia en forma de media luna, colocando previamente cinco puntos de sutura de referencia con seda calibre 2-0. Los puntos atraviesan el espesor total del labio superior y se distribuyen a lo largo del mismo; la finalidad es que actúen como hemostáticos al mantener ligados los vasos sanguíneos y permitan así un campo operatorio limpio, así como el manejo, desplazamiento y fijación adecuados del labio durante la intervención, manteniéndolo evertido y exponiendo la totalidad de la cara interna. De esta forma puede diseñarse la incisión, pintarla con tintura de azul de metileno y extender su tamaño conforme sea necesario.

Esta técnica hace posible respetar las estructuras vasculares, el frenillo labial, músculos y adelgazar el grosor del labio superior al eliminar el tejido conectivo fibroso junto con el exceso de glándulas salivales menores presentes en esta región del labio, corrigiendo las

alteraciones mecánicas y restableciendo la estética. El cierre de la herida se realiza colocando puntos aislados con seda calibre 2-0.

Caso clínico

Adolescente de 12 años de edad, quien ingresó al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, México, enviado de su Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de deformidad labial superior (figura 1). Durante el interrogatorio mencionó tener dificultad para pronunciar ciertas palabras y mordeerse el labio superior debido al crecimiento anormal, lo cual aunado al defecto de sus párpados motivaba bromas por parte de compañeros y amigos. Estas situaciones habían condicionado la falta de integración en las actividades escolares y sociales, y la personalidad introvertida del paciente.

A la revisión clínica se encontró labio doble superior y blefarocalasia bilateral de predominio izquierdo que producía deformidad más evidente durante la sonrisa. Se estableció diagnóstico de labio doble y el paciente fue intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general, corrigiendo el defecto labial mediante una incisión en forma de media luna (figura 2), extirpando el exceso de tejido en la zona (figura 3), suturando la herida con seda calibre 2-0 (figura 4); el paciente fue dado de alta hospitalaria al día siguiente, continuando



Figura 1. Labio doble bilateral superior



Figura 2. Diseño en forma de media luna para corregir labio doble, previo sostenimiento del labio superior con cinco puntos de sutura



Figura 3. Incisión amplia en media luna para corregir labio doble; permite respetar estructuras vasculares, frenillo y músculos



Figura 4. La sutura de la reparación con seda calibre 2-0 del labio doble se realiza con puntos aislados



Figura 5. Aspecto posoperatorio tres años después de corregir el labio doble con técnica de media luna

su control en consulta externa. Durante tres años posteriores a la intervención fue citado a revisiones, observándose conservación de la simetría y armonía labial, sin recidiva (figura 5).

Discusión

Han sido descritas varias técnicas quirúrgicas para la corrección del labio doble, siendo la extirpación elíptica del tejido redundante la más utilizada; la w-plastia reseñada por Guerrero-Santos y Altamirano¹⁵ fue utilizada en cinco pacientes por Benmeir y colaboradores.² Ira Lamster¹⁶ detalló la extirpación de un triángulo de mucosa de labio superior para corrección de labio doble superior. Por su parte, Muhitdin Eski¹⁷ reseñó una técnica con extirpaciones elípticas, una a cada lado del labio, y z-plastia en la parte central del labio en quienes existía constricción en la línea media.

En el presente caso se efectuó una nueva técnica que consiste en incisión amplia en forma de media luna, que permite eliminar todo el exceso de tejido blando y respetar el frenillo con la finalidad de evitar deformidad del labio y lograr un resultado favorable.

En la literatura existen pocas referencias relacionadas con el tratamiento, complicaciones y resultados a largo plazo del labio doble, por lo que es prudente continuar con el seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, para normar conductas terapéuticas.

Referencias

1. Calnan J. Congenital double lip: record of a case with a note on the embryology. *Br J Plast Surg* 1952;5(3):197-202.
2. Benmeir P, Weinberg A, Newman A, Lusthaus S, Rotem M, Wexler MR. Congenital double lip: report of five cases and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1992;28(2):180-182.
3. Morgan AF, Stewart FW, Stein IJ. Double lip. Report of case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1960;13:236-239.
4. Dingman RO, Billman HR. Double lip. *J Oral Surg* 1947;5:146-148.
5. Laffler WB. Blepharochalasis: report of a case this trophoneurosis involving also the upper lip. *Cleveland Med J* 1909;8:131-135.

6. Ascher KW. Blepharochalasis mit struma und doppel lippe. *Klinische Monatsbl Augenheilkd* 1920;65:86-97.
7. Ascher KW. Das syndrom blepharochalasis, struma und doppel lippe klin. En: Gorlin RJ, Pindborg JJ, editors. *Syndromes of the head and neck*. New York: McGraw-Hill; 1964. p. 2287-2288.
8. Barnett ML, Bosshardt LL, Morgan AF. Double lip and double lip with blepharochalasis (Asher's syndrome). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972;34(5):727-733.
9. Gorlin RJ, Pindborg JJ. *Syndromes of the head and neck*. New York: McGraw-Hill; 1964. p. 186-189.
10. Stein R. Blepharochalasis des unterlides. *Klinische Monatsblätter Für Augenheilkunde* 1930; 84:846.
11. Eisenstodt LW. Blepharochalasis and double lip. *Am J Ophthalmol* 1949;32:128-130.
12. Thoma KH, Goldman HM. *Oral pathology*. St. Louis, USA: Mosby Company; 1960. p. 920-921.
13. Conway H. Macrocheilia due to hyperplasia of the labial salivary glands; operative correction. *Surg Gynecol Obstet* 1938;66:1024-1938.
14. Oldfield MC. Prolapse of the lip mucosa. *Br J Surg* 1959;47:58-60.
15. Guerrero-Santos J, Altamirano JT. The use of w-plasty for the correction of double-lip deformity. *Plast Reconst Surg* 1967;39(5):478-481.
16. Lamster IB. Mucosal reduction for correction of a maxillary double lip. Report of case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983;55(5):457-458.
17. Eski M, Nisanci M, Aktas A, Sengezer M. Congenital double lip: review of 5 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;1-3. **rm**