

Comisuroplastia en un caso de microstomía debida a quemadura bucal

NORA BEATRIZ SÁNCHEZ, MD*

RESUMEN

Se describe el caso de una mujer de 63 años con microstomía ocasionada por la ingesta accidental en la infancia de una sustancia química. La poca apertura oral que le imposibilitaba sonreír además de impedirle el acceso a los procedimientos odontológicos, alteraba su calidad de vida. Es remitida al Servicio de Cirugía Plástica donde se le reseca la brida cicatrizal con «W»-plastia, comisuroplastia bilateral y como se logra ampliar su orificio oral de 2.5 a 4.8 cm, se resuelven los síntomas principales con mejoría del factor social y de la calidad de vida.

Palabras clave: Microstomía; Comisuroplastia; Quemadura bucal.

Comisuroplasty in a patient with microstomia caused by oral burn

SUMMARY

A case of a 63 year old woman with microstomia caused by accidental swallowing of a chemical substance when she was a child is presented. The small mouth opening didn't let her smile or receive dental services and decreased her life quality. She is remitted to Plastic Surgery Service, where an excision of scar contracture with W-plasty and bilateral commisuroplasty were made, improving oral opening from 2.5 to 4.8 cm and providing a better social environment and life quality.

Keywords: Microstomia; Commisuroplasty; Oral burn.

En Colombia entre 60% y 90% de las quemaduras corresponden a accidentes domésticos, 50% de los pacientes son niños menores de 10 años y entre 25% y 30% tienen entre 2 y 5 años. Las causas más frecuentes son líquidos calientes, le siguen las llamas y los productos inflamables¹.

Las quemaduras químicas son menos comunes, pero en general son más graves y causan mayor mortalidad que las quemaduras convencionales, pues tienen una mayor potencialidad tóxica, tanto local como sistémica. Los elementos químicos queman por los siguientes mecanismos: oxidación, reducción, corrosión, envenenamiento protoplasmático e isquemia relacionada con la actividad vesicante.

La evolución de estas lesiones difiere a menudo de las quemaduras térmicas, pues como suelen ser mucho más lentas en cicatrizar, se prolonga su curso durante meses y años^{2,3}.

Los labios son estructuras que cumplen funciones importantes en la alimentación, la fonación, la protec-

ción de las estructuras bucales, y en las áreas social y afectiva mediante la expresión de la sonrisa⁴.

La región labial es una estructura tridimensional móvil constituida por piel, músculos y mucosa. La inervación motora se recibe del séptimo par y la sensitiva de las ramas mentoniana y supraorbitaria del quinto par⁵.

La ingesta generalmente accidental de sustancias químicas, como ácidos, puede llevar a quemaduras de espesor parcial o total de las estructuras expuestas y dejar consecuencias cicatriciales fibrosas que según su ubicación pueden producir problemas funcionales como el que ocasiona la microstomía.

En este artículo se informa el caso de una paciente de 63 años que es remitida a cirugía plástica para el manejo de microstomía que presentaba desde la niñez como secuela de quemadura por ingesta accidental de sustancia química a los 5 años de edad, que dejó como consecuencia una brida cicatrizal en la mucosa vestibular, que impedía una apertura oral adecuada para todo tipo de tratamiento odontológico. Se realizó una

* Profesora Auxiliar, Servicio de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: nobesa@hotmail.com

Recibido para publicación noviembre 29, 2007 Aceptado para publicación enero 31, 2008



Foto 1. Microstomía con limitación de la apertura oral a 2.5 cm



Foto 2. Brida circunferencial en la mucosa vestibular

comisuroplastia bilateral y resección en «W-plastias» de la brida vestibular lo que permitió ampliar de 2.5 a 4.8 cm su apertura oral.

La microstomía ocasionaba en esta paciente obstáculos para la adecuada higiene oral, aislamiento social por la dificultad para sonreír e impedía la realización de procedimientos dentales como la hechura de prótesis. Todo esto afectaba notablemente su calidad de vida.

Las causas más frecuentes de microstomía corresponden a las que son secundarias a la resección de tumores o como secuelas de quemaduras eléctricas o por agentes químicos⁶⁻⁸. La microstomía rara vez es un signo de síndromes genéticos polimalformativos como el de Freeman-Sheldon y otros⁹⁻¹².

La cicatriz fibrosa secundaria a lesiones como quemaduras cuando se presenta en pliegues, sitios de flexión o extensión como el caso que aquí se trata, produce restricciones funcionales para el movimiento adecuado y la extensión forzada de este tejido fibroso lleva a trauma continuo, fisuras y más cicatriz, lo que perpetúa y aumenta la limitación funcional. El manejo recomendado en estos casos consiste en extirpar la cicatriz e interponer tejido sano en diseños de colgajos de vecindad como «Zetaplastias», «W-plastias» y colgajos en «V-Y» que permiten reconstruir las cicatrices con tejido elástico y una mejor función inmediata.

CASO CLÍNICO

Señora de 63 años que solicita tratamiento odontológico. Durante la valoración inicial se observó mar-

cada limitación en la apertura oral que impedía sonreír y efectuar procedimientos en la cavidad oral. Se encontró antecedente de quemadura por ingesta de sustancia química en la niñez que la incapacitó inicialmente para utilizar la vía oral y dejó como secuela un tejido fibroso cicatrizal en la mucosa vestibular, en forma de brida circunferencial que ocasionaba dificultad para sonreír y para realizar la masticación (primera fase de la digestión); en la articulación temporomandibular (ATM) se encontraron ruidos articulares durante la apertura sin otros síntomas.

La paciente había solicitado en varias oportunidades atención odontológica sin que se le pudiera hacer ningún procedimiento por su limitación en la apertura oral. Por último, fue remitida a cirugía plástica para considerar un manejo quirúrgico que permitiera realizarle los tratamientos dentales necesarios. Al examen físico se encontró apertura oral limitada a 2.5 cm (Foto 1), se palpó una brida cicatrizal en circunferencia a nivel de la mucosa vestibular que limitaba el movimiento de los labios, y le producía dificultad para sonreír sin que se pudiesen visualizar los incisivos (Foto 2).

Se diagnosticó microstomía secundaria a brida cicatrizal por quemadura en la cavidad oral. En el manejo quirúrgico se reseco por completo en circunferencia el tejido fibroso de la brida en la mucosa vestibular con diseño en «W»¹³ y comisuroplastia con colgajos V-Y de la mucosa, y cierre primario con material absorbible 4 0 y 5 0.

Se logró una apertura oral de 4.8 cm (Fotos 3A y B) entre los bordes de los labios superior e inferior, lo que



Foto 3A. Apertura oral de 4.8 cm



Foto 3B. Resolución de la brida vestibular por resección y reparo con colgajos V-Y en la comisura, W-plastia en la porción central de la mucosa.

corresponde a 92% más de medida que en la valoración inicial. Esta nueva apertura ha permitido el comienzo de tratamientos intraorales y restaurar la función oclusal.

DISCUSIÓN

La corrección de los defectos adquiridos en los labios ha sido objeto de varias publicaciones^{4,7,14-19}. Las consideraciones generales para tener en cuenta en la reconstrucción adecuada de estos defectos, residen en la precisión del espesor, la ubicación, la extensión de las lesiones, así como el compromiso de las distintas unidades, subunidades estéticas y estructuras anatómicas de los labios y la región perioral (Figuras 1A y 1B).

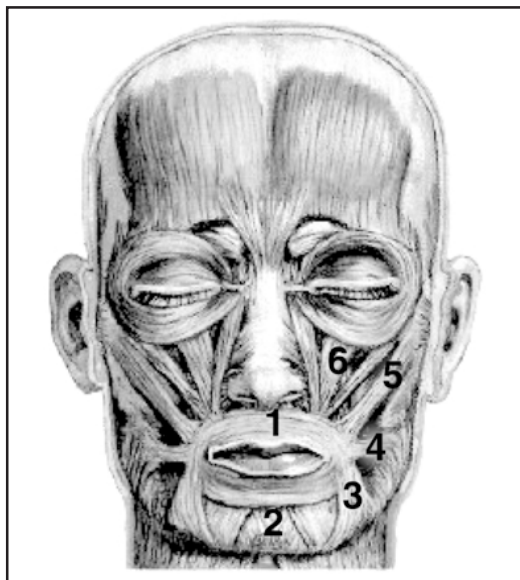


Figura 1A

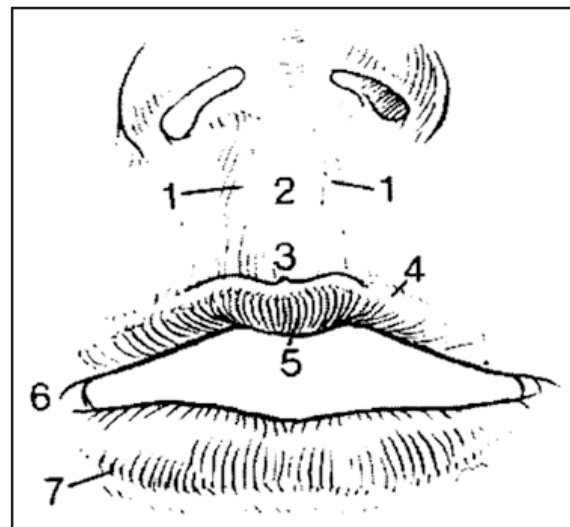


Figura 1B

- 1A. Músculo orbicular de la boca
- 1B. Columna de los filtros
- 2A. Músculo mentoniano
- 2B. Surco del filtro
- 3A. Músculo depresor del ángulo bucal
- 3B. Arco de Cupido
- 4A. Músculo risorio
- 4B. Línea blanca del labio superior
- 5A. Músculo cigomático mayor
- 5B. Tubérculo
- 6A. Músculo elevador del labio superior
- 6B. Comisura
- 7. Bermellón

Se han descrito varias opciones reconstructivas con base en colgajos que se diseñan en tejidos vecinos⁷ y también para defectos más extensos y complejos, colgajos microvascularizados^{18,19}. Las metas principales en la reconstrucción de los labios son conservar la competencia oral, lograr una máxima apertura, mantener la movilidad, en lo posible preservar la sensibilidad y conseguir el mejor resultado cosmético.

La reconstrucción de la comisura oral o comisuroplastia se efectúa para corregir las microstomías que impiden la funcionalidad adecuada de los labios, con más frecuencia en lo que se refiere al aseo oral, el acceso a los alimentos, así como el acceso a los procedimientos de odontología, el uso de prótesis dentales, y la expresión natural y espontánea de sonreír: Todos estos factores estaban en su mayoría presentes en el caso que se informa en este artículo.

La comisuroplastia tiene dificultades en sus diversos pasos, según los trabajos conocidos previamente^{20,21}. Esta dificultad se debe a la complejidad estética y funcional de esta región. La comisura labial es parte fundamental de la competencia de los labios, se forma por el entrecruzamiento del músculo orbicular con sus dos porciones horizontal y oblicua. Al perderse la comisura, se crea un déficit dinámico difícil de reproducir. Se han publicado diferentes técnicas de comisuroplastias, como la de Converse recomendada para defectos no mayores a 2 ó 3 cm, pero tiende a redondearse lo cual implica una alta posibilidad de requerir retoques. El colgajo de Estlander se utiliza para reconstruir la comisura con parte del labio inferior y el tercio externo del labio superior ipsilateral, el empleo de este colgajo requiere revisiones para agudizar la comisura. En defectos mayores en este sitio algunos autores recomiendan la comisuroplastia de Zisser^{4,22,23} que convierte diferentes defectos a una forma cónica. En defectos pequeños y moderados de 1 a 2 cm se recomienda la comisuroplastia por avance de colgajos V a Y de la mucosa vestibular para ampliar la apertura oral y la interposición de tejido vecino con las características más similares a la región que se va a reconstruir.

En el caso presente, además de los colgajos de mucosa en V-Y, se resecoó la parte central de la brida y se reparó el defecto con interposición de colgajos de mucosa en forma de W-plastia según las recomendaciones. El uso simultáneo de estos dos tipos de colgajos permitió restaurar la funcionalidad de los labios en esta

paciente en cuanto a la recuperación de la apertura oral de 2.5 a 4.8 cm, así como rehabilitar la expresión facial en su sonrisa y mejorar su calidad de vida.

Es importante, por último, enfatizar el manejo interdisciplinario de la paciente.

REFERENCIAS

1. Programa de actualización basado en la evidencia. El paciente quemado. *Tribuna Med.* 2003; 103: {2 páginas}. (fecha de acceso enero 6, 2007). Disponible en <http://www.medilegis.com>
2. Fernández-López JJ. Lesiones producidas por sustancias cáusticas. Saludalia interactiva.com, 2002. (fecha de acceso marzo 4, 2007). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos29/quemaduras-quimicas/quemaduras>
3. Swann LA, Munter DW. Esophageal emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 1996; 14: 564-7.
4. Salem C, Gorrón R, Del Valle M. Reconstrucción labial: Principios y técnicas. *Cuad Cir.* 2004; 18: 98-105.
5. Netter F. *Atlas de anatomía humana: sección de cabeza y cuello.* New Jersey: CIBA; 1996.
6. Johns F, Sandler N, Ochs M. The use of a triangular pedicle flap for oral commissuroplasty: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 56: 228-31.
7. Zisser G. A contribution to the primary reconstruction of the upper lip and labial commissure following tumor excision. *J Maxillofac Surg.* 1975; 3: 211-7.
8. Platz H, Wepner F. Results of standardize lip repair and tumor resection. *J Maxillofac Surg.* 1977; 5: 108-14.
9. Estrada M, Fernández-Vega F, Villeres I. Comisuroplastia en un paciente con síndrome de Freeman-Sheldon. *Rev Cubana Pediatr.* 2002; 74: 252-6.
10. Jaso-Roldan E. *Síndromes pediátricos dismórficos.* Madrid: Norma; 1998. p. 417.
11. López-Rodríguez EA. Síndrome de Freeman-Sheldon. Presentación de un caso. *Rev Mex Oftalmol.* 1998; 72: 315-8.
12. Taoube A. Freeman-Sheldon syndrome. *Surg Manag An Esp Pediatr.* 2002; 56: 157-9.
13. Borges AB. *Cicatrices inestéticas, prevención y tratamiento.* Barcelona: Editorial Labor SA; 1977.
14. Cardoso ERL, Stewart H, Bassam M. Postburn deformity of lip-chin complex: a method to restore the mentolabial sulcus. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 24: 148-50.
15. Lee P, Mountain R. Lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 8: 300-4.
16. Martins WD, Westphalen FH, Westphalen VPD. Microstomia caused by the swallowing of caustic soda: report of a case. *J Contemp Dent Pract.* 2003; 4: 91-9.
17. Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. Current concepts in lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004; 12: 281-7.
18. Roldán JC, Teschke M, Fritzer E, Dunsche A, Harle F, Wiltfang J, et al. Reconstruction of the lower lip: rationale to preserve the aesthetic units of the face. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120: 1231-9.

19. Anvar BA, Evans BCD, Evans GRD. Lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120: 57e-64e.
20. Takato T, Obsone H, Tsukakoshi H. Treatment of severe microstomia caused by swallowing of caustic acid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989; 64: 20-4.
21. Zide BM. Deformities of the lip and cheeks. In: McCarthy JG editor. *Plastic surgery.* Philadelphia: Saunders; 1990. p. 256-8.
22. De Carolis V, Ocampo C, Sepúlveda S, Scharaffia C, Prado A. Reconstrucción de labio. En: *Cirugía plástica.* Santiago: Sociedad de Cirujanos de Chile; 2001. p. 349-58.
23. Salem C, Pérez J, Henning E, Lucero P, Luengo M. *Reconstrucción del labio inferior con colgajo nasogeniano en compuerta.* Presentado en el LXX Congreso Chileno e Internacional de Cirugía, Iquique, noviembre 22 de 1997.