

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

Use of Karapandzic technique in the lower lip squamous cell carcinoma

José Ángel Llerena Suárez¹ <https://orcid.org/0000-0001-7879-0602>

Yisel Cintra Castro^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2990-3778>

Dania Rodríguez Herrera¹ <https://orcid.org/0000-0002-6114-3932>

Dimas Morales Carbot¹ <https://orcid.org/0000-0003-0554-0148>

¹ Hospital Universitario Docente Clínico Quirúrgico “Faustino Pérez Hernández”. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yiselcc.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El cáncer de labio es un problema frecuente en las zonas tropicales. En esas regiones supone hasta el 30 % de los tumores malignos; este tipo de cáncer es el más habitual de la cavidad bucal. Casi el 95 % de todos los cánceres se desarrollan en varones.

Objetivo: Describir un caso de tumor maligno de labio superior, al cual se le aplicó como tratamiento la técnica de Karapandzic.

Caso clínico: Se presenta un caso de carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante e infiltrante de labio inferior. Se realizó diagnóstico clínico con examen físico, estudios hematológicos, electrocardiograma, rayos X. La conducta seguida fue la extirpación de la lesión con toma de biopsia y reconstrucción con técnica de Karapandzic.

Conclusiones: El método de Karapandzic incluye una amplia resección del tumor, así como una restauración adecuada de los labios y limitación funcional mínima.

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

ABSTRACT

Introduction: Lip cancer is a common problem in tropical areas. In these regions, it accounts for up to 30% of malignant tumors. This type of cancer is the most common of the oral cavity. Almost 95% of all cancers develop in men.

Objective: To describe a case of malignant tumor of the upper lip, to which the Karapandzic technique was applied as treatment.

Clinical case: A case of well-differentiated keratinizing squamous cell carcinoma and lower lip infiltrant is discussed here. A clinical diagnosis was made with physical examination, hematological studies, electrocardiogram, X-rays. The removal of the lesion with biopsy and reconstruction using Karapandzic technique was behavior followed.

Conclusions: The Karapandzic method includes extensive tumor resection, as well as adequate restoration of the lips and minimal functional limitation.

Keywords: squamous cell carcinoma; Karapandzic technique; lip tumor.

Recibido: 14/07/2019

Aceptado: 18/10/2019

Introducción

Entre los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a la población se encuentra el cáncer. Esta enfermedad muestra un incremento desproporcionado en los últimos años, un 12 % de las muertes son por su causa.^(1,2,3)

El cáncer de labio es un problema frecuente en las zonas soleadas. En esas regiones supone hasta el 30 % de los tumores malignos; es el cáncer más habitual de la cavidad bucal. Casi el 95 % de todos los cánceres surgen en varones.

En Cuba el cáncer es la primera causa de muerte desde el año 2012, desplaza así a las afecciones cardiovasculares. Entre todos los tipos de cáncer, el bucal es la sexta causa de muerte más frecuente en el mundo y en Cuba se comporta con una incidencia y mortalidad crecientes.^(4,5) Se reporta que las localizaciones más afectadas son la lengua y el labio; de este, en el inferior aparecen en el 90 % de los casos.^(6,7)

Dentro de sus formas de presentación encontramos la úlcera plana, mancha blanquecina, macula eritematosa, nodular submucosa, hundida o infiltrante, exofítica, excavada.^(8,9) La

enfermedad afecta predominantemente a personas mayores, en su gran mayoría del sexo masculino a partir de los 40 años, con un pico máximo a la edad de los 60.⁽¹⁰⁾

El cáncer bucal tiene una etiología multifactorial y muchos de los factores de riesgo han sido extensamente estudiados, entre ellos el consumo de tabaco y alcohol. Estos dos factores se comportan como carcinógenos por sí mismos, pero, en conjunto, desarrollan un mecanismo de sinergia; sin embargo, se conoce que varios factores pronósticos pueden influir sobre la supervivencia de los pacientes a la enfermedad.

La exposición a la radiación ultravioleta se ha relacionado principalmente con la localización labial de este tipo de carcinoma. Se han asociado otros factores como trabajos relacionados con la siderurgia, mala higiene dental, irritación mecánica crónica, infecciones a repetición y factores dietéticos principalmente relacionados como déficits proteicos y vitamínicos.⁽⁵⁾

El cáncer oral es un problema para la salud pública. El 90 % corresponde al carcinoma escamoso o espinocelular. La incidencia de este cáncer en el mundo, para el 2012, fue de 4 casos nuevos por 100 000 habitantes; 5,5 casos nuevos por 100 000 hombres y de 2,5 por cada 100 000 mujeres.

La mortalidad corresponde, en hombres a 2,7 por cada 100 000 y en mujeres a 1,2 por cada 100 000. Estos tumores son originados en el epitelio de revestimiento del bermellón, aunque también aparecen carcinomas basales, que lo invaden secundariamente. Su crecimiento es lento con un bajo potencial metastizante. El diagnóstico es fácil y frecuentemente precoz. Es un tumor con implicaciones estéticas importantes y, por ende, psicológicas.^(11,12,13)

El carcinoma epidermoide es el más frecuente entre los tumores malignos de los labios, su reconstrucción es difícil, pues debe lograrse un buen resultado tanto funcional como estético. Se han descrito varias técnicas para la reconstrucción de esta zona. Existe una técnica basada en la preservación anatómica de los pedículos vásculo-nerviosos faciales que se denomina de Karapandzic, que mantiene la irrigación y la funcionalidad futura del labio.

Por todo lo antes expuesto, el propósito de este trabajo fue describir un caso de tumor maligno de labio superior, al cual se le aplicó como tratamiento la técnica de Karapandzic.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino, de la raza blanca, de 63 años de edad, de procedencia rural con antecedentes de ser fumador inveterado y de estar expuesto durante años a las radiaciones solares. Acude a consulta de oncología de cabeza y cuello, proveniente de su área de salud

por presentar una lesión en labio inferior de aproximadamente 2 meses de evolución. Al examen físico se encuentra una lesión exofítica de color rosado en sus dos tercios centrales, con extensión lateral sobre el borde bermellón a unos pocos milímetros de la comisura en ambos lados, con superficie granular, bordes irregulares, de aproximadamente 3 cm de diámetro en labio inferior (Fig. 1). En el examen físico del cuello no se palparon adenopatías regionales.



Fig. 1- Lesión en labio inferior antes de la intervención.

Se le realizaron estudios hematológicos como hemograma, eritrosedimentación, hemoquímica (glicemia, creatinina), coagulograma completo, electrocardiograma, todos se encontraban dentro de parámetros normales. Se realizó además rayos X de tórax, en el cual se observó reforzamiento de la trama bronquial bilateral.

La conducta seguida fue la extirpación de la lesión y reconstrucción con técnica de Karapandzic.

Según la descripción de Miodrag Karapandzic se comienza por la marcación del área a extirpar con los respectivos colgajos (Fig. 1). Se realiza la extirpación de la masa tumoral y se realiza biopsia por congelación intraoperatoria para conocer si los bordes están libres de afectación. Se procede al tallado de los colgajos miocutáneos en forma delicada. Se disecciona el músculo orbicularis oris hasta encontrar las ramas arteriales y venosas (labiales superior e inferior), ramas de la arteria y vena faciales, identificándolas y preservándolas, se buscan las ramas nerviosas, tanto bucales como faciales preservándolas (Fig. 2).



Fig. 2 - Disección del músculo orbicularis oris hasta las ramas arteriales y venosas.

La operación transcurrió sin complicaciones y la evolución posoperatoria del paciente fue buena (Fig. 3).



Fig. 3- Evolución posoperatoria del paciente.

El informe de la biopsia posoperatoria informó carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante e infiltrante.

El método de Karapandzic mostró como resultado posoperatorio a los tres meses de la cirugía una restauración adecuada de la competencia de la cavidad bucal; así como una reconstrucción del defecto extenso del labio inferior, con una deformidad estética mínima.

Discusión

El carcinoma epidermoide aumenta en los individuos de piel clara, crece en pacientes expuestos a radiaciones ultravioletas y, sobre todo, a rayos X. Los cambios inflamatorios y enfermedades crónicas están íntimamente relacionados con el desarrollo de este tipo de cáncer, preferentemente las lesiones preneoplásicas, cicatrices por lupus, por quemaduras y cicatrices a tensión. Otra causa relacionada con el carcinoma epidermoide son las infecciones virales con predominio del herpes virus; también los pacientes inmunodeprimidos tienen mayores probabilidades de desarrollar este tipo de tumor.^(2,9)

De todos los cánceres de cabeza y cuello es conocida la complejidad anatómica que involucra la región labial. Son estructuras tridimensionales móviles, constituidas por un plano cutáneo, un plano mucoso y entre ambos un rico plano muscular, formado por el músculo orbicular labial que interactúa con gran parte de la musculatura de la mímica facial, entre los cuales destacan el músculo elevador del labio superior, cigomático mayor, elevador del ángulo bucal, depresor del tabique nasal, los nasolabiales, depresores del labio inferior (cuadrados) y depresor del ángulo labial (triangular); de ahí que muchos autores se refieran a esta región como el área esfinteriana bucal.⁽¹⁴⁾

La irrigación sanguínea se vincula principalmente con las arterias faciales, a través de las arterias labiales inferiores y superiores que discurren en forma tangencial a los músculos orbiculares. Esto permite la disección de amplios colgajos sin lesionar su vitalidad, cuando deben hacerse grandes resecciones por lesiones a nivel de estas estructuras anatómicas.

Diferentes autores describen que no existe el método ideal para la reconstrucción de los labios si la lesión ocupa hasta el tercio del borde de estos; puede realizarse cierre directo o recurrir a plastias en V o W. Cuando la lesión ocupa más del 35 % del labio se precisa para el cierre la reconstrucción con colgajos. La mayoría de ellos utilizan piel de las zonas próximas como son: el labio no afectado (tipo Abbe), de la mejilla (tipo Guillies o Estlander) o del mentón (tipo Bernard), entre otros.⁽¹⁴⁾

La finalidad del tratamiento inicial es el control a largo plazo del cáncer, con conservación de la competencia de la cavidad bucal y restauración del aspecto estético. La técnica elegida en este trabajo proporciona como ventajas, en lesiones de dimensiones considerables, la realización en un solo tiempo quirúrgico y la preservación de una importante red vasculo-nerviosa, lo cual permite una amplia seguridad tisular, con colgajos móviles y sencillos.

Este método permite el avance de la piel y del músculo, y deja intacta la mucosa subyacente. Además, hay que tener en cuenta que los labios son estructuras móviles y sensoriales y la reconstrucción de estos tiene que respetar este principio. Estos colgajos son remarcadamente móviles y pueden ser rotados hacia el defecto sin estrangulación de los vasos sanguíneos. Se realiza hemostasia cuidadosa y se procede al cierre del tejido celular subcutáneo.⁽¹²⁾

Los mejores resultados con la técnica de Karapandzic, se obtienen cuando la lesión se encuentra en el centro de los labios; cuando están en los ángulos, los resultados no son tan satisfactorios. La reconstrucción de labio mediante la técnica de Karapandzic es un procedimiento alternativo para grandes lesiones, mayores del 35 %, sobre todo del labio inferior.^(4,7)

El componente vital de la reconstrucción quirúrgica del labio exige una restauración de la competencia de la cavidad y comisuras bucales, cuando es técnicamente posible, para mantener la expresión facial y una conservación del tamaño de la entrada de la boca, con el fin de permitir la capacidad del paciente para comer y lograr un habla bien articulada.⁽¹⁴⁾

En conclusión, el método de Karapandzic, incluye una amplia resección del tumor, con restauración adecuada de los labios y limitación funcional mínima.

Referencias bibliográficas

1. Saman D. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. Head & Neck Oncology. 2012 [acceso 11/11/2015];4(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244087?dopt=Abstract&holding=f1000,f100m,isrctn>
2. Heck J, Berthiller J, Vaccarella S, Winn D, Smith E, Hashibe M, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. Inter J Epidemiol. 2010;39(1):166-81.
3. Thun M, Jemal A. Textbook of internal medicina: Epidemiology of cancer. 24th ed. Philadelphia; 2011

4. Pérez A, Carmona E, Velázquez A. Morbilidad del carcinoma epidermoide de lengua en Pinar del Río, 2000-2016. Rev Cien Méd. 2016 [acceso 16/05/2016];20(6):1-13. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2832>
5. Torres Y, Rodríguez O, Herrera R, Burgos G, Mesa R. Factores pronósticos del cáncer bucal. Revisión bibliográfica. MEDICIEGO. 2016 [acceso 16/05/2017];22(3):1-12. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/419/1007>
6. Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del Programa de Detección Temprana del Cáncer Bucal en Cuba. Rev Haban Cienc Méd. 2009 [acceso 11/05/2015];8(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es
7. Quintana J, Quintana M. Prevalencia de cáncer de labio en Artemisa 1996-2006. Acta Odontol Venezol. 2009 [acceso 11/05/2015];47(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100023&lng=es
8. Guzmán P, Villaseca M, Antonio L, Araya J, Aravena P, Cravero C, et al. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo: Estudio clínico-patológico. Rev Chil Cir. 2011 [acceso 10/04/2017];63(3). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000300003&lng=es
9. Ortega P. Actualización en metástasis ganglionar de carcinoma escamoso de cabeza y cuello: Disección ganglionar, ganglio centinela y técnicas de biología molecular. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2008 [acceso 10/04/2017];68(1). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000100010&lng=es
10. García V, González M, Bascones A. Bases moleculares del cáncer oral: Revisión bibliográfica. Av Odontoestomatol. 2005 [acceso 16/05/2017];21(6). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000600002&lng=es
11. Miguel P. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cub Estomatol. 2016 [acceso 16/05/2017];53(3). Disponible en:
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1030/303>

12. Greenlee R, Murray T, Bolden S, Wingo P. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2000 [acceso 11/05/2015];50:7-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.50.1.7/abstract>
13. Abulafia A, Edilberto L, Fernanda V. Reconstruction of the lower lip and chin with local flaps. Plast Reconstuction Surg.1996;97(4):847.
14. Calhoun K. Reconstuction of small-and medium-sized defects of the lower lip. Am J Otolaringol. 1992;13(1):16.
15. Jatin S. Head and Neck surgery and Oncology. 2004.
16. Hills R. Innervated musculo cutaneous lip flap (Karapandzic technique). Australas J Dermatol. 1998;39(3):190.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no refieren conflicto de intereses.

Contribución de los autores

- José Ángel Llerena Suárez: Aportaciones importantes a la idea, en el diseño del estudio y en el análisis e interpretación de los datos.
- Yisel Cintra Castro: Redacción del borrador del artículo y revisión crítica de su contenido intelectual sustancial.
- Dania Rodríguez Herrera: Revisión de la literatura e incorporación de las ideas esenciales.
- Dimas Morales Carbot: Recogida de datos.