

Comisuroplastia en un caso con Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica

Commissuroplasty in a case with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis

Carlos Albornoz López del Castillo^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1100-1629>

Elizabeth Vázquez Blanco² <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>

Yanisel Josefina Zayas Vázquez² <https://orcid.org/0009-0006-6480-9564>

¹Hospital Sir Lester Bird Mount. Saint John's Medical Center, Antigua y Barbudas.

²Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia: elo1189@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: La comisura o ángulo bucal es la unión del labio inferior y superior. Existen distintas variedades de procedimientos quirúrgicos especialmente cuando se trata de cambios en los tejidos blandos en esta región anatómica.

Objetivo. Describir una comisuroplastia con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica.

Presentación de caso: Paciente femenina de 51 años de edad, con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica y presencia de manifestaciones cutáneas generalizadas. Fue remitida al servicio de maxilofacial por presentar fusión de ambas comisuras labiales, con limitación de la apertura bucal, además de dificultad para alimentarse. Se le indicaron una serie de análisis complementarios de laboratorios y se decidió, como tratamiento quirúrgico, realizar una comisuroplastia.

Conclusiones: La comisura labial tiene importancia en la estética y función de los labios y existen causas que pueden ocasionarle defectos. Su reconstrucción depende de varios factores, fundamentalmente el conocimiento de su anatomía y la correcta planificación son vitales para corregir cualquier daño.

Palabras clave: microstomía; procedimientos quirúrgicos orales; comisuroplastia; síndrome de Stevens-Johnson; necrólisis epidérmico tóxica.

ABSTRACT

Introduction: The commissure or buccal angle is the union of the lower and upper lip. There are a variety of surgical procedures especially when it comes to soft tissue changes in this anatomical region.

Objective: Describe commissuroplasty with Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis.

Case presentation: A 51-year-old female patient, diagnosed with Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis, with the presence of generalized skin manifestations. She was referred to the maxillofacial service for presenting fusion of both labial commissures, with limited mouth opening, as well as difficulty feeding. A series of complementary laboratory analyzes were indicated and a commissuroplasty was decided as surgical treatment.

Conclusions: The labial commissure is important in the aesthetics and function of the lips, there are causes that can lead to a defect in it, its reconstruction depends on several factors, mainly knowledge of its anatomy and correct planning is vital to correct any damage.

Keywords: microstomia; oral surgical procedures; commissuroplasty; Stevens-Johnson syndrome; toxic epidermal necrolysis.

Revisado: 14/05/2023

Aprobado: 16/06/2023

Introducción

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son enfermedades inflamatorias agudas. Su origen es una reacción de hipersensibilidad, secundaria a ingesta de medicamentos o infecciones^(1,2) y se caracteriza por desprendimiento epidérmico y erosión de las mucosas.⁽³⁾ Estas enfermedades son dos espectros de presentación de la misma enfermedad, diferenciadas entre sí por el grado de desprendimiento epidérmico, se le confiere mayor severidad a la NET.^(4,5)

Causas

El síndrome de Stevens-Johnson y la NET son idiopáticas (en menos del 5 % de los casos) y mayormente se encuentra relacionada con la hipersensibilidad a fármacos (sulfas, ampicilina, penicilina, amoxicilina, cefalosporina, eritromicina, griseofulvina, cloranfenicol, antituberculosos, ciprofloxacina, difenilhidantoína, fenobarbital, carbamacepina, ácido valproico, alopurinol, naproxeno, ibuprofeno, oxicanes, acetaminofén (antiinflamatorios no esteroideos), algunas vacunas (antivaricela, antisarampión, rubéola, antihepatitis B).

La infección es la segunda causa precipitante más común. Los principales gérmenes involucrados son: *mycoplasma pneumoniae*, citomegalovirus, herpes virus y virus de hepatitis A.

También en pacientes con trastornos inmunológicos y neoplasias (carcinomas, linfomas) puede aparecer esta enfermedad.^(6,7,8)

Diagnóstico

Se realiza al tener en cuenta los antecedentes de infección o uso de medicamentos.^(5,9) Las manifestaciones clínicas ocurren durante la primera y la tercera semana, y cursa por tres fases:

1. Antes de la aparición de lesiones pleomórficas mucocutáneas presenta un pródromo catarral, fiebre de hasta 41 °C, tos y odinofagia.
2. El cuadro empeora entre el tercer y sexto día y, en caso de superarlo, puede lograr epitelización completa al mes.

3. Dérmicamente se inicia como máculas irregulares purpúricas parduzcas que progresan a necrosis como ampollas flácidas que se desprenden fácilmente (signo de Nikolsky).^(4,10)

Las mucosas más afectadas son las bucales, conjuntivales, genitales, urinarias, gastrointestinales y el tracto respiratorio superior.⁽⁴⁾ En la mucosa oral se pueden presentar erosiones hemorrágicas dolorosas cubiertas con una membrana de color blanco. La estomatitis y la mucositis pueden dificultar la ingesta oral, lo que conlleva a la desnutrición y la deshidratación.⁽⁶⁾

Aproximadamente entre un 25 y un 50 % de los casos solo se encuentra afectada la mucosa oral, con especial predilección por el borde rojo de los labios; raramente afecta las encías.⁽⁴⁾ La afectación de las diferentes mucosas conduce a la formación de sinéquias, con disfunción y dolor, que han de ser prevenidas.⁽⁷⁾

La microstomía es una disminución de la apertura bucal. Se debe a la formación de bridas cicatrizales en la mucosa de revestimiento, en la piel de la región labial, principalmente en las comisuras labiales, así como en la obliteración del vestíbulo bucal. Esto se forma en ocasiones por las lesiones peribucales extensas.⁽¹⁰⁾

El objetivo de este artículo fue describir una comisuroplastia con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica.

Caso clínico

Paciente femenina de 51 años de edad, color de piel negra, natural de Antigua y Barbudas. Antecedentes de hipertensión arterial (llevó tratamiento con alopurinol), además de presentar otros (amoxicilina y omeprazol).

Refirió que aproximadamente un mes y medio la diagnosticaron con el Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, con presencia de manifestaciones cutáneas generalizadas, por lo que fue remitida el 14 de marzo del 2022 al Servicio de Maxilofacial del Hospital Sir Lester Bird Mount Saint John's Medical Center, por presentar fusión de ambas comisuras labiales, con limitación de la apertura bucal y dificultad para alimentarse. Se le indicaron complementarios que fueron normales, y se decidió el tratamiento quirúrgico a través de una comisuroplastia.

Examen clínico

Examen físico general

Lesiones cutáneas vesículo-ampollares, de color grisáceo, con áreas eritematosas, irregulares en el tronco, cuello y miembros superiores e inferiores, pruriginosos y con descamación (fig. 1).



Fig. 1 - Lesiones cutáneas vesículo-ampollares en la espalda.

Examen físico regional

Cara: lesiones eritemato-papulosas y edema en toda la región facial, con áreas denudadas de la epidermis. Presencia de secreción de un líquido claro.

Boca: en la fase aguda se observó en bermellón de los labios, lesiones ampollares, ulceradas, eritematosa, húmedas. Esto le ocasionó malestar a la deglución, con dificultad para utilizar la vía oral, lo que derivó a realizar la microstomía dada la inflamación crónica de las mucosas en ambas comisuras labiales, lo que resultó en una adherencia de un pliegue de tejido en forma de brida cicatrizal, con limitación a la apertura bucal con una distancia inter labial de 27 mm (fig. 2).



Fig. 2 - Lesiones faciales.

El tratamiento quirúrgico se realizó transcurridos dos meses, una vez mejorada la fase aguda de las lesiones mucocutáneas del síndrome. Se realizó con anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2 %. Se decidió realizar una incisión en forma triangular (fig. 3). El cierre fue por planos en dirección vertical con el objetivo de ampliar ambas comisuras labiales.



Fig. 3 - Marcaje en forma de triangular.

Se realizó la retirada de sutura a los siete días y no existió dificultad en la cicatrización. Tuvo seguimiento por consulta y a los cuatro meses del tratamiento se observó una evolución satisfactoria de la zona intervenida por lo que se logró los objetivos de estética y funcional (fig. 4).

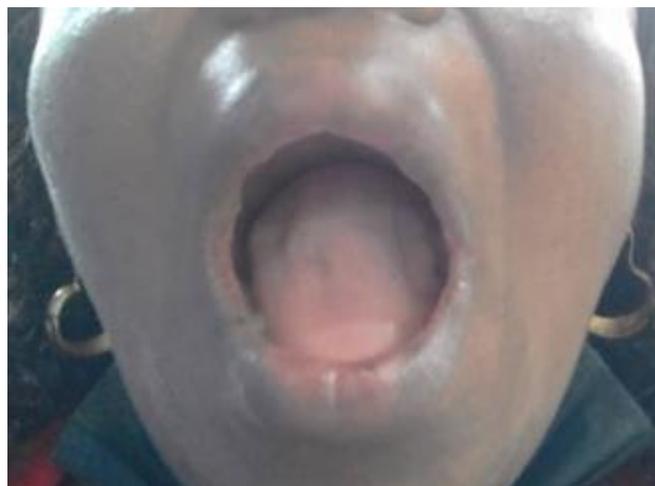


Fig. 4 - Posoperatorio al cabo de 4 meses.

Discusión

El síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmico tóxica son procesos inflamatorios agudos, con período prodrómico de uno a 14 días.⁽⁵⁾

La enfermedad tiene un comienzo repentino: fiebre de 39 a 40 °C, dolor de cabeza, de garganta y boca, malestar general. La estomatitis es un síntoma precoz, con vesículas sobre los labios, lengua y mucosa oral; se agrava con pseudomembranas y ulceraciones; que hacen difícil la alimentación e ingestión de bebidas.⁽¹¹⁾

Los labios son estructuras que cumplen funciones importantes en la alimentación, la fonación, la protección de las estructuras bucales, y en las áreas social y afectiva mediante la expresión de la sonrisa.⁽¹²⁾ La comisura o ángulo bucal es la unión del labio inferior y superior. Constituye el punto de anclaje de varios músculos que producen elevación, depresión y retracción del ángulo bucal. La comisura también limita la apertura bucal.⁽¹³⁾

Existen ciertas afecciones como el cáncer, traumatismos, ingestión de sustancias cáusticas, quemaduras orofaciales y deformidades congénitas, principales causas de dimorfismo labial que requieren reconstrucción,⁽¹⁴⁾ y según su ubicación pueden producir problemas funcionales como el que ocasiona la microstomía.⁽¹²⁾ En el presente caso la causa de la microstomía fueron secuelas durante la cicatrización por las lesiones peribucales ocasionadas por el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmico tóxica.

Se coincide con *Silvestre* y otros,⁽¹⁵⁾ que definen la microstomía como una apertura bucal pequeña e insuficiente que dificulta el diagnóstico y el tratamiento bucodental. La apertura bucal adecuada es esencial para una adecuada higiene bucal, la expresión facial, la alimentación y el habla.

Según *Silvestre* y otros,⁽¹⁵⁾ se determina la microstomía leve cuando la apertura bucal máxima está entre 41 a 50 mm, microstomía moderada entre 31 a 40 mm y severa si la apertura no supera los 30 mm. La apertura bucal máxima debe ser de 51 a 60 mm. Con respecto al presente caso se observó una apertura bucal severa con una distancia de 27 mm.

Es necesario evaluar la apertura de los tejidos blandos midiendo el mayor diámetro entre el labio superior e inferior y el diámetro de ambas comisuras. La magnitud de

la apertura bucal es un determinante para el diagnóstico dental que puede tener implicaciones en el tratamiento dentro de estos pacientes.

La reconstrucción de defectos en los labios requiere una comprensión sólida no solo de la anatomía, sino de la función. Los objetivos cosméticos de la reconstrucción del labio incluye restaurar la simetría labial, la apertura oral adecuada y el evitar las cicatrices.⁽¹⁴⁾

El tratamiento de la microstomía es complejo y depende (principalmente) de las causas que la producen. Se ha descrito una variedad de procedimientos quirúrgicos, especialmente cuando se trata de cambios en los tejidos blandos, aunque es posible utilizar otros procedimientos no quirúrgicos como ejercicios de fisioterapia bucal.⁽¹⁵⁾

La comisuroplastia tiene dificultades en sus diversos pasos que se deben 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.⁽¹²⁾

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento (por los efectos causados por la microstomía debido a la alteración de los tejidos blandos) han sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo. Para la comisuroplastia se ha utilizado colgajos triangulares con pedículo en forma de "Z" plastia a nivel de la mucosa interna, colgajos romboides que la transposición del músculo orbicular con un avance de la mucosa bucal. También su uso es para reconstruir los bordes de los colgajos labiales los injertos libres de muslo o de antebrazo. Se utilizan igualmente colgajos con incisión oblicua de bermellón para transponerlo o acercarlo a la nueva comisura oral.⁽¹⁵⁾

En los últimos años se ha empleado la técnica con colgajos pericomisurales con avance mucomuscular, un simple colgajo en "cola de pez", para corregir comisuras orales deformadas con el propósito de ampliar la apertura bucal para que sea funcional y estéticamente sin recurrencia. Esta técnica es más simple, económica en comparación con los métodos quirúrgicos tradicionales que generalmente son más costosos, complejos y menos prácticos.⁽¹⁵⁾ Se coincide con López y otros,⁽¹³⁾

en que se proponen infinidad de nuevas técnicas de reconstrucción del labio, este procedimiento persiste como un reto quirúrgico debido a su inmensa complejidad, no solo en términos de una aceptable rehabilitación estética, sino porque el esfuerzo debe encaminarse a la conservación o restauración de la funcionalidad. La “función” que es necesario preservar o restaurar es la “competencia oral”; es decir, una correcta fonación y prevenir la salida involuntaria de saliva o alimento, además de mantener la apertura oral tanto activa (sonrisa) como pasiva. En el presente caso clínico se empleó la técnica quirúrgica en forma triangular. La reconstrucción fue asequible y además se obtuvieron los objetivos propuestos: la estética y la función de los labios.

Conclusiones

Se concluye que la comisura labial tiene gran importancia en la estética y en la función de los labios y existen causas que pueden ocasionarles un defecto. Su reconstrucción depende de varias causas, aunque el conocimiento de su anatomía y la correcta planificación es vital para corregir cualquier daño.

Referencias bibliográficas

1. Paredes Lascano P, Robalino-Quintana M, Acosta-Acosta E, Bravo-Paredes A, Naranjo Vázquez G. Síndrome de Stevens-Johnson en edad pediátrica. Revista científica INSPILIP. 2018 [acceso 09/02/2023];2(1). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/987106/2-sindrome_de_stevens_2.pdf
2. Arellano J, Álvarez D, Salinas MP, Molina I. Incidencia de síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en Chile años 2001-2015 y su asociación con latitud. Rev Med Chile. 2020 [acceso 09/02/2023];148:915-20. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n7/0717-6163-rmc-148-07-0915.pdf>
3. Akıncı B, Siviş ZÖ, Karapınar DY, Balkan C, Kavaklı K, Aydınok Y. Síndrome de Stevens-Johnson asociado al tratamiento con metotrexato de la leucemia

- linfoblástica aguda: a propósito de un caso. Arch Argent Pediatr. 2018 [acceso 09/02/2023];116(3):e459-e62. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n3a26.pdf>
4. Quintero Castro D, Cruzata Quintero Y, Durán Morgado D. Síndrome de Stevens-Johnson y uso de corticosteroides. Rev Inf Cient. 2017 [acceso 10/01/2023];96(2). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/12>
5. Sotelo Cruz N. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en los niños. Gaceta Médica de México. 2012 [acceso 09/02/2023];148:265-75. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n3/GMM_148_2012_3_265-275.pdf
6. Salazar Mayorga J, Valverde Jiménez A, Agüero Sánchez AC. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico. Revista Médica Sinergia. 2020 [acceso 10/01/2023];5(1):308. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399397>
7. Estrella Alonso A, Aramburu JA, González-Ruiz MY, Cachafeiro L, Sánchez Sánchez M, Lorente JA. Necrolisis epidérmica tóxica: un paradigma de enfermedad crítica. Rev Bras Ter Intensiva. 2017 [acceso 09/02/2023];29(4):499-508. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/kZPDJM5jvLj6GJTpDRfzmRx/?format=pdf&lang=es>
8. Martínez Cabriales SA, Gómez Flores M, Ocampo Candiani J. Actualidades en farmacodermias severas: síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET). Gac Med Mex. 2015 [acceso 09/02/2023];151:777-87. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM_151_2015_6_777-787.pdf
9. Hernández Dinza PA, González RM, Iragorri Dorado CA. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en una lactante. MEDISAN. 2018 [acceso 09/02/2023];22(6):446-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000600009&lng=es
10. Clavería Clark RA, Rodríguez Guerrero K, Peña Sisto M. Características clínicas, genéticas y epidemiológicas de la epidermolisis bullosa y su repercusión en la

cavidad bucal. MEDISAN. 2015 [acceso 10/01/2023];18(8):995. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san10198.pdf>

11. Soto Cáceres V A, Rodríguez Barboza RE. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica por profilaxis con TARGA en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Lambayeque, Perú. Acta Med Per. 2007 [acceso 09/02/2023];24(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100007&lng=es.

12. Sánchez NB. Comisuroplastia en un caso de microstomía debida a quemadura bucal. Rev Colombia Médica. 2008 [acceso 09/02/2023]; 39(1):64-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000500008&lng=en

13. López F, Vásquez O, Ocampo Candiani J. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. Dermatología CMQ. 2015 [acceso 09/02/2023];13(1):4-32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57443>

14. Romero Espinosa JF, Del Villar Trujillo A, Cobos Bonilla MG, Hernández Aguilar F, Castrejón Castro I, Lozada Salgado M. Versatilidad del colgajo Estlander en reconstrucción de labio. Cir Plast. 2020;30(2):126-32. DOI: <https://doi.org/10.35366/97677>

15. Silvestre Rangil J, Martínez Herrera M, Silvestre FJ. Dental management of patients with microstomia. A review of the literature and update on the treatment. J Oral Res. 2015 [acceso 10/01/2023];4(5):340-50. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/283699550>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.