

BERMELLECTOMÍA EN QUEILITIS ACTÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Md. Gibsy Villacís ¹, Md. Cristian Salinas ¹,
Dra. Carmen López Acosta ², Dr. Victor Gutiérrez San Lucas ³.

Médico general adscrito al Servicio de Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. 1

Médico Patólogo- Dermatopatólogo del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. 2

Jefe del Departamento de Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. 3

RESUMEN

La queilitis actínica es una patología inflamatoria que afecta con mayor frecuencia al bermellón del labio inferior. Es considerada como una lesión premaligna al existir casos que evolucionan a carcinoma espinocelular.

Exponemos el abordaje quirúrgico detallado de la bermellectomía en un paciente masculino de 65 años con áreas de exulceración y máculas hipo e hiperpigmentadas con bordes irregulares mal definidas en bermellón, observándose aspecto edematoso y sensación áspera al tacto. Se diagnostica clínicamente como queilitis actínica y se realiza la bermellectomía/bermellectoplastia como tratamiento. Se obtiene la reparación del defecto, con la piel adyacente a la lesión sin complicaciones, con resultado estético satisfactorio.

PALABRAS CLAVE: Queilitis, bermellectomía, radiación ultravioleta, cirugía ambulatoria, cirugía reconstructiva.

ABSTRAC

Actinic cheilitis is an inflammatory pathology that most often affects the vermilion of the lower lip. It is considered as a premalignant lesion since there are cases that evolve into a squamous cell carcinoma.

We expose the detailed surgical approach of bermellectomy in a 65-year-old male patient with multiple vesicles, exulceration and hyperpigmented macules with irregular borders, poorly defined in vermilion, observing labial elastosis with edematous appearance and rough sensation to the touch. It is clinically diagnosed as actinic cheilitis and bermellectomy / bermellectoplasty is performed as a treatment. The defect is repaired, with the skin adjacent to the lesion without complications, with a satisfactory aesthetic result.

KEY WORDS: Cheilitis, bermellectomy, ultraviolet radiation, ambulatory surgery, reconstructive surgery.

INTRODUCCIÓN

La queilitis actínica (QA) es la patología inflamatoria que afecta con mayor frecuencia al bermellón del labio inferior con una incidencia 1:2 en hombres, siendo los fototipos de piel I, II y III mayormente afectados.(1,2) Su aparición está asociada a la exposición prolongada a rayos ultravioletas y su intensidad. En 1982 MacFarlane y Terezhalmly resaltaron que una corta exposición a la luz ultravioleta afecta de manera transitoria, pero su efecto es acumulativo y sus daños son irreversibles en los labios de las personas (3). Los países cercanos al Ecuador terrestre tienen una radiación UV de 20, una exposición extremadamente alta en comparación a Europa, su radiación UV es de 8.

Existen otros factores de riesgo de QA: edad avanzada, radiación ionizante, consumo de tabaco y realizar actividades diarias con exposición de 3 o más horas por tiempo prolongado (1,4). El diagnóstico es clínico y se caracteriza por dolor, erosión y resequead labial.(5) La presencia de queratosis solar en otras áreas expuestas (cara, nariz, cuero cabelludo, orejas) refuerza el diagnóstico de QA.(6)

Su tratamiento es médico o quirúrgico dependiendo de la localización, extensión, forma, las complicaciones por el área anatómica.La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección en casos crónicos con displasia moderada a severa.(7)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 65 años con fototipo de piel III, mestizo que trabaja en área agrícola, sin antecedentes patológicos, familiares o personales relevantes, con el habito de fumar 1 cigarrillo diario desde hace 10 años. Acude a la consulta dermatológica por presentar múltiples vesículas, exulceración y máculas hiperpigmentadas con bordes irregulares, mal definidas en bermellón observándose aspecto edematoso y sensación áspera al tacto acompañada con la pérdida de la humedad labial. Paciente refiere sensación de ardor y prurito de 6 meses de evolución (figura- 1A), también refiere el uso esporádico en ocasiones de bloqueador solar y nunca haber utilizado protector labial con factor de protección solar.

Se efectúa diagnóstico de queilitis actínica confirmado con biopsia punch de lesión, se decide realizar la bermellectomía total, se procede a marcar el borde del bermellón posteriormente se infiltra anestesia local (lidocaína + adrenalina) y se realiza una escisión precisa en forma transversal desde la unión labio cutánea hasta el límite entre la mucosa seca y húmeda, evitando lesionar el orbicular de los labios, obteniendo un bloque uniforme de mucosa que incluye tejido celular subcutáneo. (figura- 1B). Se diseña hasta el plano submucoso, por debajo de las glándulas salivales. Se procede a realizar la bermelloplastia usando un cierre primario con puntos simples de nylon 5-0, afrontando el borde posterior con el anterior de la lesión en la mitad de la misma, reduciendo la tensión de la sutura. (figura- 1C)

Se cita al paciente después de 10 días para el retiro de puntos, observándose un buen resultado estético y de sensibilidad, pudiendo realizar movimientos de reducción y extensión semejando al labio normal. (figura- 2).



Ilustración 1. Bermellectomía + bermelloplastia de mucosa labial: A: queilitis actínica y diseño de bermellectomía. B: Extirpación del QA. C: Colgajo suturado.



Ilustración 2. Resultados quirúrgicos de la bermellectomía: A. Movimientos del bermellón B. Apariencia estética posterior a la resección de puntos quirúrgicos.

DISCUSIÓN

La queilitis actínica afecta el labio inferior en el 95% de los casos y es considerada como una patología de diagnóstico fácil y visible.(8) Teniendo como diagnóstico diferencial el prurigo actínico, herpes labial, eritema multiforme, liquen plano erosivo y lupus eritematoso.(6)

La técnica quirúrgica y reconstructiva debe ser tomada de acuerdo al tamaño y extensión de las lesiones, en nuestro caso fue elegida la bermellectomía/ bermellectoplastia

La bermellectomía es el método recomendado para reparar defectos grandes y pequeños pero extensos limitados al bermellón.(2) Además es el método de elección que proponen muchos cirujanos por el riesgo de presencia de epitelio residual,(6) al ser la QA considerada premaligna, existiendo casos que puede evolucionar en un carcinoma espinocelular. (9,10)

La bermellectoplastia semeja al labio normal en grosor y proyección, permitiendo ocultar la dentadura, restaurando una apertura bucal adecuada sin afectar la mímica y la expresión humana con cicatrices aceptables (7). Hasta el momento no existe artículos de casos reportados en que la bermellectomía/bermellectoplastia produzca severas complicaciones; sin embargo, debemos mencionar que al ser una operación quirúrgica local ambulatoria, entre las complicaciones pueden existir dehiscencia de sutura, fibrosis post cicatrizal, incompetencia del esfínter bucal y pérdida transitoria sensitiva y motores del labio remanente.(5, 8, 11) En algunos casos el método quirúrgico no es la primera elección, siendo la crioterapia, láser de CO2 y radioterapia los tratamientos alternativos, teniendo baja respuesta al

tratamiento y un seguimiento prolongado para detectar tempranamente recidivas.(12)

CONCLUSIÓN

Se debe informar a la población respecto a medidas de fotoprotección, el uso de bloqueador solar desde edades tempranas para prevenir la QA, además de otras enfermedades de la piel causadas por la exposición diaria y prolongada a la radiación ultravioleta.

Quirúrgicamente se evidenció ausencia de complicaciones de la bermellectomía/ bermellectoplastia que se realizó de manera ambulatoria teniendo como resultado una cobertura total del defecto sin tensión, con rápida cicatrización, facilidad en sus curaciones y un buen resultado estético. Concluyendo que es una técnica poco invasiva con un post operatorio sencillo.

REFERENCIAS

1. Boza Y, Guillen D. Queilitis actínica: Reporte de tres casos y revisión de literatura. ODOVTOS-Int. J. Dental Sc.2018; 20(3): 33-42.
2. López F, Vásquez O, Ocampo J. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. Dermatología CMQ. 2015; 13(1): 24-32.
3. Cabello T, Sazo N, Salgado A, et al. Squamous cell carcinoma of the lip survival rate. Rev. méd. Chile.2015; 143(7): 847-855.
4. Alcalá D, García DA, Torres S, et al. Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento de carcinoma basocelular. Dermatol Rev Mex. 2015; 59: 294-302.
5. Bessede JP, Sannajust J, Vergnolles V. Cirugía otorrinolaringológica y cervicofacial. Elsevier masson SAS, Paris; 2006. 46-238.

6. Hernández C, Fuentes B, Cartes-Velásquez R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. Rev Cubana Estomatol. 2016; 53 (2): 45-55.
7. Cosci A, Nogueira M, Pratavieira S, et al. Time-resolved fluorescence spectroscopy for clinical diagnosis of actinic cheilitis. Biomed Opt Express. 2016; 7(10): 4210-4219.
8. Santos R, Oliveira R. Prevalencia y factores asociados con la queilitis actínica en trabajadores mineros extractivos. Braz. Abolladura. J. 2018; 29 (2): 214-221.
9. Díaz B, Saira R, Cabrejo P. Subtipos histopatológicos del carcinoma basocelular y su distribución corporal en pacientes del Hospital Belén de Trujillo 2007-2013. Revista UCV- científica. 2016; 8(2): 104-110.
10. Del pino F, Poleo luisa, Jiménez L, et al. Bermellectomía clásica como tratamiento de queilitis actínica. Dermatol Venez. 2019; vol. 57, N1.
11. Joo-Hak Kim, Chang Ahn, Sunje Kim, et al. Effective method for reconstruction of remaining lower lip vermilion defect after a mental V-Y advancement flap. ACFS. 2019; 20(2): 76-83.
12. Bertini F, Celina F, Aigotti A. Análisis del perfil clínico del paciente portador de queilitis actínica: importancia para el diagnóstico; 2010; 48 (3).

Correspondencia:

Dra. Gibsy Villacís
Email: dalm1093@hotmail.com