

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
REPUBLICA DE GUATEMALA. AMERICA CENTRAL

Nueva Técnica de Queiloroplastia con Colgajo Lingual

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR

KENNETH ANTHONY EWING BURGESS

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO



GUATEMALA, OCTUBRE DE 1963



PLAN DE TESIS

- 1.—Introducción.
- 2.—Descripción Anatómica de los labios y la lengua.
- 3.—Descripción Histológica de los labios y la lengua.
- 4.—Revisión General de Patología del labio.
- 5.—Descripción General de Técnicas Operatorias.
- 6.—Descripción de Queiloplastia con colgajo lingual.
- 7.—Presentación de Casos Clínicos.
- 8.—Resumen y Conclusiones.
- 9.—Bibliografía.

INTRODUCCION

La alta incidencia de afecciones crónicas del labio, rebeldes a tratamiento médico y por considerar muchas de éstas sensibles a degeneración maligna; fue la causa primordial de la iniciación de esta técnica y por ende el interés de divulgar su aplicación, motivando la realización de éste trabajo; esperando con ello que el médico general cuente con un recurso más para resolver estos problemas, que como dijimos anteriormente son muy frecuentes en nuestro medio.

El siguiente plan de tesis se ha elaborado en la forma que se expone en este trabajo para facilitar la comprensión de la técnica que se trata; haciendo una revisión previa de las condiciones anatómicas, histológicas, y patológicas de la región que nos ocupa.

DESCRIPCION ANATOMICA DE LOS LABIOS Y LA LENGUA

"MUSCULOS DE LA BOCA Y LOS LABIOS"

Alrededor del orificio bucal se encuentran once músculos: que, partiendo de distintas regiones de la cara se insertan en su contorno en forma más o menos radiada y son: Elevador común del ala de la nariz y labio superior, Elevador propio del labio superior, Canino, Cigomático mayor, Cigomático menor, Buccinador, Risorio, Triangular de los labios, Cuadrado de la barba y el músculo de la borla del mentón.

ORBICULAR DE LOS LABIOS: Está alrededor del orificio bucal en forma de elipse con diámetro mayor transversal.

Inserciones: Según Wilson este músculo está formado por dos mitades; una superior y otra inferior, a la superior la designaremos como semi-orbicular superior y la inferior como semi-orbicular inferior.

a) *Semi-Orbicular Superior*: Constituye la capa más importante del labio superior. Se extiende transversalmente de una a otra comisura, y en altura ocupa el espacio comprendido entre el borde libre del labio y la base de la nariz. Sus fascículos arrancan de los lados de la línea media; de la cara profunda de la piel y la mucosa labial, dirigiéndose hacia afuera y abajo en haces de concavidad inferior hasta llegar a las comisuras, donde terminan entrecruzándose con las fibras procedentes del semi-orbicular inferior y las transversales del buccinador.

Los haces musculares más cercanos al borde libre se continúan sin interrupción de una a otra comisura labial formando la porción principal del músculo; ésta se ve reforzada por cuatro fascículos, dos por cada lado que son: el fascículo naso labial, que arranca del sub-tabique de las fosas nasales y el otro, el fascículo incisivo, que toma origen en la porción interna de la fosilla mirtiforme. Estos dos fascículos se dirigen hacia afuera para confundirse con la porción principal del músculo.

b) *Semi-Orbicular Inferior*: Muy análogo al anterior, éste constituye la capa más importante del labio inferior.

Se extiende de una a otra comisura y en altura desde el borde libre del labio al surco que separa éste, de la barba.

Se inserta a derecha e izquierda de la sínfisis mentoniana, en la cara profunda de la piel y mucosa labial; dirigiendo sus fibras musculares hacia afuera y arriba para terminar en la misma forma que el músculo anteriormente descrito.

Está reforzado por un fascículo accesorio; el fascículo incisivo inferior, el cual arranca de cada lado de la sínfisis y se confunde con las fibras principales del músculo.

Relaciones: En cada uno de los labios el orbicular está cubierto por piel y por los músculos siguientes: cuadrado de la barba para el semi-orbicular inferior; los dos elevadores del labio superior y cigomático menor, para el semi-orbicular superior, éste cubre a su vez la mucosa labial; de la cual está separado por una capa de glándulas mucosas.

Vascularización: Las arterias coronarias proveen de sangre a los semi-orbitales.

Inervación: Por el facial; el semi-orbicular superior por los filetes bucales superiores de la rama témporo-facial; el semi-orbicular inferior por los filetes bucales inferiores de la rama cérvico facial.

Acción: Entrecruzándose a nivel de las comisuras, los dos semi-orbitales constituyen un verdadero esfínter; cierran este orificio cuando ha sido abierto por los músculos dilatadores; constriñen y aplican fuertemente uno contra otro cuando se encuentran en oclusión pasiva.

Desde el punto de vista fisiológico cada semi-orbicular puede dividirse en dos zonas una exterior o periférica (con relación al orificio bucal) y otra inferior o marginal. Las contracciones de las dos zonas fruncen los labios proyectándolos hacia adelante; las contracciones de la zona interior lo fruncen pero dirigiéndolo hacia atrás aplicándolos a los arcos dentarios. Con esto explicado es fácil comprender que el orbicular coopera en actos como: soplar instrumentos de viento, succión, silbar, prensión de alimentos sólidos o líquidos, la acción de besar, etc., etc.

Por medio de experimentos electro-fisiológicos y como estudio clínico de la hemiplejía facial, se puede decir que en cada semi-orbicular hay dos mitades simétricas independientes, correspondiendo a los lados derecho e izquierdo.

BUCCINADOR: Es un músculo plano, situado en la mejilla, por detrás del orbicular y por delante del masetero. Se extiende de una a otra mandíbula y forma parte de la pared lateral de la cavidad de la boca.

Inserciones: Toma origen por detrás, primero: en el borde alveolar del maxilar superior, en la porción correspondiente a los tres molares mayores; segundo en el borde alveolar del maxilar inferior, también a nivel de los molares mayores; tercero: en el gancho del ala externa de la apófisis pterigoides; cuarto: en el ligamento pterigo-maxilar, que va del gancho antes citado a la extremidad posterior del borde alveolar del maxilar inferior.

De estos puntos de origen, los fascículos todos convergen en la comisura labial en la cara profunda de la piel y mucosa labial; de la misma manera que las fibras del orbicular.

Relaciones: Por detrás, con el constrictor de la faringe; por delante, con el orbicular de los labios, el cigomático mayor, el canino

y el triangular de los labios; por su cara interna con la mucosa bucal; por su cara externa con la rama del maxilar, apófisis coronoides y el tendón inferior del temporal, con los fascículos anteriores del masetero, de la que está separado por la bolsa de Bichat; con el conducto de Stenon, el cual a nivel del segundo molar superior lo perfora; con el nervio bucal, la arteria y vena faciales, con algunas ramificaciones del nervio facial y además se corresponde esta cara superficial con la llamada aponeurosis del buccinador.

Inervación: Está inervado a la vez por la rama temporofacial y la rama cervicofacial del séptimo par.

Acción: Los buccinadores tiran hacia atrás las comisuras labiales, agrandando transversalmente el diámetro de la boca.

ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR: Este músculo es aplanado y delgado, verticalmente extendido desde el ángulo interno del ojo, al labio superior.

Inserciones: Por arriba, en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior; algunas veces en los huesos propios de la nariz y hasta en la apófisis orbitaria interna del frontal. Desde aquí sus fibras se dirigen hacia abajo, siguiendo el surco nasogeniano y se divide al llegar a la base nasal en dos fascículos: internos y externos. Los internos, se insertan en la piel de la parte posterior del ala de la nariz y los externos, en la cara profunda de la piel del labio superior llegando casi al borde libre.

Relaciones: Está en relación con la piel en toda su extensión; cubre de arriba abajo la apófisis ascendente del maxilar superior y los músculos transversos de la nariz, mirtiforme, elevador propio del labio superior y el orbicular.

Inervación: Por el facial (filetes sub-orbitarios de la rama temporofacial).

Acción: Levanta el ala de la nariz y el labio superior.

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR: Tiene forma de cinta, extendido del borde orbitario al labio superior.

Inserciones: Por arriba en una extensión aproximada de 20 mm., en el maxilar superior, entre el agujero suborbitario y el borde inferior de la órbita; desde este punto se dirige hacia abajo y adentro, terminando en la cara profunda del labio superior.

Relaciones: Arriba está cubierto por el orbicular de los párpados; a su vez cubre el canino y el orbicular de los labios. Su borde externo está en relación con el Cigomático Menor; su borde interno en relación con el elevador común del ala de la nariz y del labio superior.

Inervación: Por el facial (filetes suborbitarios de la rama temporofacial).

Acción: Eleva la parte media del labio superior.

CANINO: Músculo cuadrilátero, situado en la fosa canina; por debajo y afuera del elevador del labio superior.

Inserciones: Por arriba en la parte más alta de la fosa canina, por debajo del orificio suborbitario; de aquí sus fibras se dirigen abajo y afuera hacia la comisura, donde se confunde aparentemente con fascículos del orbicular de los labios, del cigomático mayor, del triangular de los labios; pero su terminación real es en la cara profunda de la piel y de la mucosa de la región de las comisuras.

Relaciones: En su origen está cubierto por el elevador propio del labio superior, vasos y nervios suborbitarios; más abajo está cubierto por la piel, de la cual está separada por una capa de tejido celular adiposo.

Inervación: Como el anterior.

Acción: Levanta y lleva hacia la línea media la comisura labial.

CIGOMATICO MENOR: Es una pequeña cinta muscular, que va de la región molar a la piel del labio superior.

Inserciones: Se origina en la parte inferior de la cara externa del hueso malar; se dirige luego abajo y adelante para terminar al lado de los elevadores, en la cara profunda de la piel del labio superior.

Relaciones: Cubierto por la piel en su mayor parte; su porción superior, por el orbicular de los párpados.

Inervación: Como el precedente.

Acción: Atrae hacia afuera y arriba la parte media del labio superior, en la cual se inserta.

CIGOMATICO MAYOR: Se extiende desde el pómulo a la comisura labial.

Inserciones: Por arriba, en la cara externa del malar, algo por fuera del cigomático menor; se dirigen sus fibras hacia abajo y adelante hasta llegar a las comisuras de los labios donde terminan en su cara profunda.

Relaciones: En su trayecto descendente, el cigomático cruza el masetero, el buccinador y la vena facial; superficialmente está en relación con la piel, de la que está separada por la capa de tejido celular adiposo.

Inervación: Igual que el cigomático menor.

Acción: Tira hacia arriba y afuera la comisura labial.

RISORIO DE SANTORIN: Este pequeño músculo; tiene forma triangular, muy delgado, se encuentra situado a los lados de la cara.

Inserciones: Atrás, por medio de uno o varios fascículos en el tejido celular que cubre la región parotídea; éstos fascículos convergen en la comisura, terminando en la piel y parte también en la mucosa.

Relaciones: La cara superficial, corresponde a la piel en toda su extensión; su cara profunda cubre sucesivamente: la parótida, el buccinador y el masetero. Su borde inferior es oblicuamente ascendente y corresponde al cutáneo del cuello.

Inervación: Por el facial (filetes bucales inferiores de su rama cervicofacial).

Acción: Lleva hacia atrás la comisura labial.

TRIANGULAR DE LOS LABIOS: Se extiende del maxilar inferior a la comisura de los labios.

Inserciones: Se origina por debajo, en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior, por una serie de lengüetas tendinosas, que se entrecruzan con las correspondientes del cutáneo del cuello. Desde aquí, se dirigen hacia arriba para converger en la

comisura y parecen continuarse con las descendentes del canino y el cigomático mayor; perdiéndose en la cara profunda de los tegumentos.

Relaciones: Cubierto por la piel; cubre a su vez el cuadrado de la barba, el buccinador y el orbicular de los labios.

Inervación: Por el facial (filetes mentoneanos de la rama cervicofacial).

Acción: Hace bajar la comisura labial.

CUADRADO DEL MENTON: Situado por abajo y adentro del anterior, se extiende del maxilar inferior al labio inferior.

Inserciones: Por abajo, en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar, inmediatamente por debajo del triangular; de aquí se dirige hacia arriba y adentro, entrecruzándose parcialmente en la línea media con el opuesto, y se inserta en la piel del labio inferior.

Relaciones: Cubierto por el triangular en su origen; el resto de su extensión, está cubierto por la piel.

Inervación: Como el triangular de los labios.

Acción: Dobla hacia afuera el labio inferior, dirigiéndolo también abajo y afuera.

MUSCULOS BORLAS DEL MENTON: Los dos borlas de la barba, son dos pequeños músculos conoideos, situados a cada lado de la línea media, entre la parte superior de la sínfisis mentoniana y la eminencia barbilar.

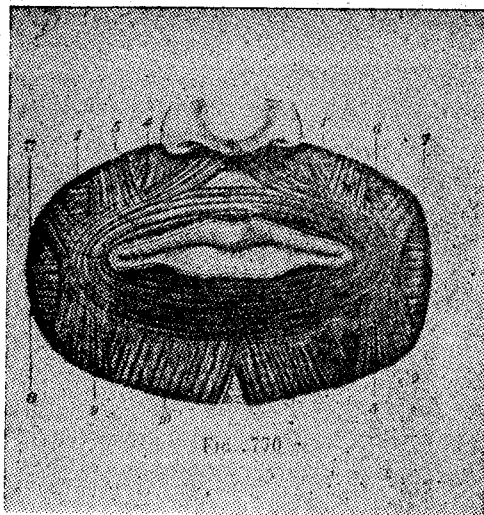
Inserciones: Por arriba, uno al lado del otro en el maxilar inferior, inmediatamente por abajo de la mucosa de las encías. Desde aquí, se dirigen hacia abajo y afuera, esparciéndose sus fibras en forma de pincel para terminar en la cara profunda del mentón.

Relaciones: Descansa directamente sobre el hueso a cada lado de las sínfisis mentoniana.

Superficialmente corresponde a los tegumentos en su mayoría y parte cubiertos por el orbicular de los labios.

Inervación: Como el precedente.

Acción: Tiran hacia arriba, la eminencia mentoniana.



1, semiorbicular superior, con 1', su fascículo accesorio nasolabial.—2, semiorbicular inferior.—3, comisura de los labios.—4, elevador del labio superior.—5, canino.—6, cigomático menor.—7, cigomático mayor.—8, buccinador.—9, triangular de los labios.—10, cuadrado del mentón.

“L E N G U A”

Es un órgano musculoso muy movable, alojado en el espacio parabólico que circunscriben los arcos dentarios, rellenando por completo este espacio cuando la boca se halla cerrada. La lengua, es el órgano esencial del gusto; pero además, desempeña papel importante en la masticación, en la deglución, en la succión y en la articulación de sonidos.

Es un órgano impar, medio, simétrico, que tiene forma de cono dispuesto en sentido sagital, y cuya punta se inclina hacia abajo y adelante.

En su mitad anterior es horizontal, y en la posterior es vertical; éstas dos mitades se denominan porción bucal y porción faríngea respectivamente; limitadas por el istmo de las fauces.

Se describe en la lengua: dos caras, superior e inferior; dos bordes laterales; una base y un vértice o punta.

Cara Superior o Dorsal: (a) En su parte media, y en la unión de su tercio posterior con los dos tercios anteriores, se ven las papilas calicimormes dispuestas en forma de “V” abierta adelante.

b) Por delante de la “V” lingual, la lengua tiene aspecto casi uniforme y se relaciona con la bóveda palatina.

Cara Inferior: Bastante menos extensa que la anterior, descansa en el piso de la boca. Ofrece en la línea media, un surco antero-posterior, que se continúa por detrás con un repliegue de la mucosa, conocido con el nombre de frenillo. Dicho frenillo limita los movimientos de elevación y proyección hacia adelante del órgano.

En la parte más inferior del frenillo, y a cada lado de la línea media se encuentran dos pequeños tubérculos perforados en su centro: los orificios de los conductos de Wharton, que conducen a la cavidad bucal la saliva de las glándulas sub-maxilares.

A cada lado del frenillo se encuentran las venas raninas, que se manifiestan como eminencias longitudinales de reflejo azulado.

Bordes: Son libres y redondeados, están en relación con los arcos dentarios. Se adelgazan gradualmente a medida que se aproximan a la punta.

Base: Es gruesa y ancha; está en relación de delante atrás: con los músculos milohioideos, geniohioideos, con el hueso hioides y con la epliglotis.

Punta: Llamada también vértice, es aplanada y delgada. En su parte media se reúnen el surco superior y el inferior.

CONSTITUCION ANATOMICA DE LA LENGUA:

Anatómicamente está formada por tres partes: 1º El esqueleto de la lengua; 2º Los músculos de la lengua; 3º La mucosa lingual.

El esqueleto de la lengua, está constituido por el hueso hioides y por láminas fibrosas; la membrana Hioglosa, y el septum medio

Hueso Hioides: Es impar, medio, simétrico, transversalmente extendido en la parte anterior del cuello, por encima del esternón, por debajo de la lengua.

Convexo por delante y cóncavo por detrás, tiene la forma de una “U” mayúscula. Está formado de cinco partes: una media llamada cuerpo y cuatro prolongaciones conocidas con el nombre de astas.

Cuerpo: El cuerpo del hioides representa un segmento de elipse con dos bordes, dos extremos y dos caras.

Caras: Una es anterior y otra posterior. La cara anterior es convexa, dividida transversalmente por una cresta en dos partes, una superior que mira hacia arriba y otra inferior que mira hacia adelante. Cada una de estas porciones está sub-dividida a su vez en dos pequeñas caras laterales por otra cresta media. Las cuatro caras que resultan del entrecruzamiento de estas dos crestas prestan inserción a músculos.

La cara posterior es marcadamente cóncava y se halla en relación con la membrana tirohioidea, de la cual está separada por la bolsa serosa de Boyer.

Bordes: Son superior e inferior.

El borde superior es delgado y en él se inserta la membrana hioglosa.

El borde inferior también delgado está en relación con los músculos tirohioideos.

Extremos: Los dos extremos del cuerpo se dirigen hacia afuera, implantándose en ellos las astas mayores y menores correspondientes.

Astas Mayores o Tiroideas: Se dirigen horizontalmente hacia afuera y atrás; son aplanadas de arriba abajo y se considera en ellas; 1º) Una cara superior, en la cual se inserta el músculo hiogloso por dentro y el constrictor medio de la faringe por fuera; 2º) Una cara inferior, que presta inserción a la membrana tirohioidea; 3º) Un borde externo convexo; 4º) Un borde interno cóncavo; 5º) Un extremo interno o base, articulado o bien soldado al cuerpo del hueso; 6º) Por último un extremo externo o vértice, que sirve de inserción al ligamento tirohioideo lateral.

Astas Menores o Estiloideas: Las astas menores, están por dentro de las anteriores; dirigidas de abajo hacia arriba, de adentro hacia afuera y de adelante hacia atrás.

Encontramos en ellas: 1º) El cuerpo en que se inserta un número de músculos; 2º) La base implantada en el cuerpo del hueso hioides; 3º) El vértice, en el que termina el ligamento estilohioideo.

Membrana Hioglosa: Es una lámina fibrosa, situada en la parte posterior de la lengua y dirigida transversalmente. Arranca del

borde superior del cuerpo del hioides en el intervalo comprendido entre el asta menor de un lado y la del lado opuesto, desde allí se dirige hacia arriba y adelante, desapareciendo entre los haces musculares de la lengua.

Se considera en ella: un borde inferior, que está en relación con el borde superior del hioides. Un borde superior convexo, que se pierde en las fibras musculares de la lengua. Una cara posterior, que se corresponde a la parte más posterior de la mucosa lingual, separada de ella por los fascículos del músculo lingual superior. La cara anterior, presta inserción a fascículos del músculo geniogloso. En la línea media, se fusiona con el septum medio.

SEPTUM MEDIO: Llamado también *sepum lingual*; es una lámina fibrosa, situada en la línea media, entre los dos músculos genioglosos. Tiene la forma de una hoz y ofrece dos caras laterales: derecha e izquierda, que sirven de superficie de implantación a fascículos musculares. Su borde superior, convexo, corre paralelo a la cara dorsal de la lengua. Su borde inferior, cóncavo, corresponde a las fibras más internas de los genioglosos. Su extremidad anterior, se pierde entre las fibras musculares de la punta de la lengua. Su extremidad posterior, se inserta en la membrana Hioglosa y en el tubérculo hioideo del hueso hioides.

MUSCULOS DE LA LENGUA: Son ocho pares y un impar.

GENIOGLOSO: Es el más voluminoso de los músculos de la lengua tiene forma de triángulo cuyo vértice está situado detrás de la sínfisis mentoniana y su base corresponde a la cara dorsal de la lengua en toda su extensión.

Inserciones: Hacia delante, por medio de un corto tendón en la apófisis geni superior; de aquí, sus fibras se dirigen a manera de un ancho abanico en direcciones diversas: las fibras inferiores o posteriores, oblicuas hacia abajo y atrás se insertan en la parte superior del hioides. Las fibras superiores o anteriores, se dirigen arriba y adelante, terminando en la punta de la lengua. Finalmente las fibras medias, que son las más numerosas terminan en la cara dorsal

de la lengua en su parte profunda, desde la región hioglosa a la punta.

Relaciones: Por su cara externa, con la glándula sublingual, el conducto de Wharton, la arteria lingual, el nervio hipogloso mayor y los tres músculos hiogloso, estilogloso y lingual inferior. Por su cara interna, con el músculo geniogloso del lado opuesto. Su borde anterior, con la mucosa de la cara inferior de la lengua; su borde inferior, descansa sobre el músculo geniohioides.

Acción: Las fibras inferiores, dirigen hacia arriba y adelante el hueso hioides; las fibras medias determinan su proyección hacia afuera de la cavidad bucal; las fibras superiores, dirigen la punta de la lengua hacia abajo y atrás. Cuando todas las fibras actúan, la lengua se apelotona sobre si misma, aplicándose contra el piso de la boca y cara posterior del maxilar inferior.

ESTILOGLOSO: Es un músculo largo y delgado, que se extiende desde la apófisis estiloides a las partes laterales de la lengua.

Inserciones: Por arriba, en los lados anterior y externo de la apófisis estiloides cerca de la punta; en la parte más alta del ligamento estilomaxilar. Desde aquí, se dirige hacia abajo y adelante llegando a los lados de la lengua, donde se divide en tres grupos de fascículos que son inferiores, medios y superiores. Los fascículos inferiores, se introducen entre las dos porciones del hiogloso, y se continúan por debajo de este músculo, con los fascículos del lingual inferior y con los del geniogloso. Los fascículos medios, siguen el borde de la lengua y llegan hasta la punta. Los fascículos superiores o internos, terminan en el septum lingual.

Relaciones: Por fuera con la glándula parótida, el músculo pterigioideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual; por dentro con el ligamento estilohioideo, el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

Acción: Lleva la punta de la lengua arriba y atrás, aplicándola contra el velo del paladar.

HIOGLOSO: Músculo delgado, aplanado, situado en la parte lateral e inferior de la lengua.

Inserciones: Por abajo, en el borde superior del cuerpo del hioides, cerca del asta mayor; en el borde externo del asta mayor en

toda su extensión. De aquí, sus fibras se dirigen hacia arriba y un poco adelante, para alcanzar al principio la parte interna de la porción media del estilogloso. Cambian entonces las fibras de dirección, inclinándose acia adentro y se mezclan con los fascículos del estilogloso terminando en el septum medio, desde la base a la punta de la lengua.

Relaciones: La cara profunda, con el constrictor medio de la faringe, el faringogloso, y el geniogloso; además con la arteria lingual que la cruza. Su cara superficial, está cubierta por los músculos hilohioideo, estilohioideo y digástrico; también con la glándula submaxilar, con el conducto de Wharton y con los nervios lingual e hipogloso mayor.

Acción: Los dos músculos hioglosos son depresores de la lengua.

PALATOGLOSO: Llamado también glosioestafilino, está situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar.

Inserciones: Por arriba, en la cara inferior del velo del paladar; desde aquí desciende hasta la base de la lengua y va a extenderse en el borde correspondiente de la misma, confundiéndose con las fibras del faringogloso y las de la porción media del estilogloso.

Relaciones: En su mayor parte con la mucosa.

Acción: Dirige la lengua arriba y atrás.

FARINGOGLOSO: Se da este nombre, a un fascículo de fibras que el constrictor superior de la faringe, envía a los lados de la lengua.

Estos fascículos se distinguen en superiores e inferiores. Los primeros, bordean al correspondiente de la lengua y se confunden con los fascículos del palatogloso y los fascículos medios del estilogloso. Los inferiores, se introducen por debajo del hiogloso y se continúan en este sitio con las fibras del geniogloso y con las del lingual inferior.

Acción: Dirige la lengua arriba y hacia atrás.

AMIGDALOGLOSO: Es un músculo aplanado y delgado, que va de la región amigdalina a la lengua.

Inserciones: Por arriba, se origina en la porción de la aponeurosis faríngea que cubre la amígdala; se dirige verticalmente abajo entre el faringogloso y la mucosa, alcanzando la base lingual. Cambia entonces de dirección y se hace transversal, gana la línea media para entrecruzarse con el del lado opuesto.

Relaciones: En su última porción, está por debajo del lingual superior.

Acción: Dirige la lengua hacia arriba y la aplica al velo del paladar.

LINGUAL SUPERIOR: Músculo impar, medio, está constituido por fibras longitudinales y paralelas, que se extienden por debajo de la mucosa, desde la base a la punta.

Inserciones: En su origen posterior, se divide en tres porciones distintas: una porción media y dos laterales. La porción media, se inserta en ese repliegue fibromucoso que une en la línea media, la epiglotis, con la base de la lengua (repliegue glosopiglotico medio). Las dos porciones laterales, nacen a derecha e izquierda de las astas menores del hioides.

Desde estos puntos, sus fibras se dirigen hacia arriba y adelante ensanchándose y aproximándose entre sí, hasta constituir una sola capa muscular que se puede seguir hasta la punta.

Relaciones: Por su cara inferior, está en relación con los músculos subyacentes. Por su cara superior, con la mucosa de la cara dorsal de la lengua. Lateralmente, se confunde con las fibras longitudinales del palatogloso, faringogloso y estilogloso.

LINGUAL INFERIOR: Ocupa la cara inferior de la lengua; está situado entre el geniogloso e hiogloso; debajo del estilogloso.

Inserciones: Su origen principal está en las astas menores del hioides, aunque recibe fascículos del faringogloso y del estilogloso. Todos estos fascículos se dirigen hacia delante y en dirección ascendente terminando en la cara profunda de la punta.

Relaciones: Está por debajo del estilogloso; entre el geniogloso por dentro y el hiogloso por fuera.

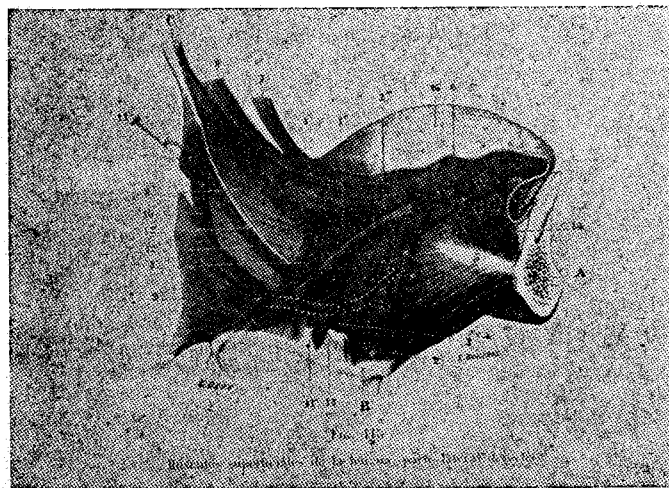
Acción: Acorta la lengua en diámetro anteroposterior y retrae la punta hacia abajo y atrás.

TRANSVERSO: Se extiende desde la línea media, a los bordes de la lengua.

Inserciones: Sus fascículos se insertan por dentro, en las caras laterales del septum lingual y terminan afuera en la mucosa de los bordes linguales.

Relaciones: En su trayecto se entrecruzan de manera irregular con las fibras longitudinales de los otros músculos.

Acción: Las fibras del transversal se contraen simultáneamente los de uno y otro lado, aproximando los bordes de la línea media; adoptando la lengua forma redonda y afilada.



VASOS Y NERVIOS DE LA LENGUA: Los estudiaremos separadamente en el cuerpo y en la mucosa.

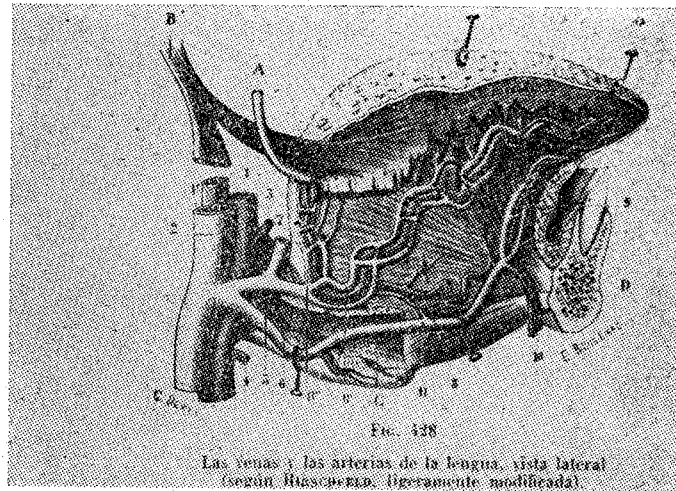
VASOS Y NERVIOS DEL CUERPO MUSCULAR: Arterias; provienen de la lingual, de la palatina inferior de la faríngea inferior, ramas inmediatas o mediatas de la Carótida Externa.

VENAS: Estas se dirigen la mayoría a la cara externa del hiogloso y se reúnen en un tronco común: La Vena Lingual, que desagua en la Yugular interna.

NERVIOS: Proviene de dos orígenes, del Facial y del Hipogloso Mayor.

El facial, da el llamado ramo lingual, que constantemente se anastomosa con el Glosio Faringeo y se distribuye por los músculos Estilogloso, el Glosioestafilino y el Ligual inferior.

El hipogloso mayor, es el nervio motor de la lengua y da ramos a cada uno de los músculos.



VASOS Y NERVIOS DE LA MUCOSA

Arterias: Tienen el mismo origen; son principalmente la Dorsal de la Lengua, la Ranina y la Sub lingual.

Venas: Las venillas que descienden de las papilas, se reúnen debajo de la mucosa lingual, con las venas nacidas en las formaciones glandulares y van finalmente a la Yugular interna.

Nervios: Los filetes nerviosos destinados a la mucosa proceden del Lingual y del Glosio faringeo.

El lingual, rama del (trigémico) (engrosado por la cuerda del Timpano) se divide en los dos tercios anteriores de la mucosa.

El glosiofaringeo se distribuye por las papilas caliciformes y la porción de mucosa lingual que está detrás de la "V" lingual.

También, el Neumogástrico por intermedio del laríngeo superior envía algunos filetes a la porción más posterior de la mucosa lingual.

DESCRIPCION HISTOLOGICA DE LOS LABIOS Y LA LENGUA

HISTOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL

La mucosa de la boca es muy parecida a la de la piel. El epitelio es de tipo pavimentoso estratificado y en sus partes profundas, más o menos fibrilar. No sufre cornificación en el hombre, en condiciones fisiológicas. El núcleo de las células superficiales se retrae y degenera, pero no desaparece. Las células superficiales se descaman en gran cantidad, encontrándose en la saliva. Las células de la capa media y superficial contienen gran cantidad de Glucógeno.

La lámina propia, contiene papilas similares a las de la piel. Su estructura es, sin embargo, más delicada, siendo sus fibras colágenas y elásticas más delgadas.

En la región posterior de la cavidad oral, la mucosa contiene gran cantidad de linfocitos, que a menudo emigran a través del epitelio.

Existe un plexo submucoso de grandes vasos, a partir de los cuales, salen ramas que forman un segundo plexo en la lamina propia, el que a su vez, envía pequeñas ramas a las papilas.

La mucosa es muy sensible y posee nervios pertenecientes al Trigémico a través del nervio lingual.

HISTOLOGIA DE LA LENGUA

La mucosa lingual presenta caracteres diferentes según la zonas consideradas.

Lo que caracteriza a esta mucosa en sus zonas típicas, es la existencia de las papilas linguales que son formaciones Dermo-Epiteliales de variados tipos y muy numerosos; lo que le da el aspecto característico.

Entre las papilas se destacan las Caliciformes, por disponerse y formar la "V" lingual, y también porque en ellas están de preferencia los corpúsculos gustativos. El vértice de la "V", dirigido hacia atrás, está ocupado por la papila de mayor tamaño y sus ramas



que se dirigen hacia adelante y afuera están compuestas de 4 o 5 papilas.

La constitución de la mucosa, por delante y por detrás de la "V" lingual, es muy diferente. Por detrás, que es la región que corresponde a la base de lengua, se encuentra gran número de formaciones linfáticas superficiales, los folículos linguales, desarrollados en torno a depresiones de la mucosa o criptas linguales. Este conjunto de folículos linguales, forma la llamada Amígdala Lingual.

Por delante de la "V" lingual, el aspecto es otro, además, es diferente en la cara superior y en la cara inferior del órgano. En esta última región es delgada, lisa, y se une laxamente con los planos profundos a través de un tejido conectivo, que forma una verdadera submucosa. La cara superior, es en cambio gruesa, de aspecto aterciopelado el cual es dado por gran número de papilas filiformes y está adherido a la capa muscular subyacente.

La mucosa lingual, consta en toda su extensión de un epitelio pavimentoso estratificado y de un corion, dermis o lámina propia, que es de tejido conectivo denso.

Las papilas linguales son de tres tipos: Papilas Filiformes, Fungiformes y Caliciformes. Las papilas filiformes son las más numerosas y ocupan casi en su totalidad el dorso de la lengua, por delante de la "V" lingual.

Las papilas fungiformes, se localizan de preferencia en los bordes y en la punta de la lengua; poseen un corto pedículo por lo que sobresalen algo de la superficie del órgano. Tienen mucha vascularización, están revestidas de una capa epitelial lisa, delgada y con muy pocos folículos gustativos.

Las papilas caliciformes, se encuentran como ya dijimos, exclusivamente en la "V" lingual, están separadas de la mucosa por el llamado surco circunvalador. Las glándulas de vonEbner desembocan en el fondo de dicho surco.

Los botones o yemas gustativas ya mencionadas son formaciones diferenciadas para la recepción gustativa; están formadas por células de sostén y células Neuroepiteliales.

Los filetes nerviosos sensitivos del gusto, proceden del glossofaríngeo (región posterior), y del lingual, (región anterior), terminan aplicados en la superficie de las células neuroepiteliales.

Por debajo de la mucosa, se hallan los haces de los músculos linguales, cuyas terminaciones se insertan directamente en la cara profunda el Corion. Estos haces musculares estriados se dirigen en todas direcciones, visibles en cortes longitudinales y transversales del órgano.

Los vasos sanguíneos, se encuentran en el tejido conjuntivo que existe, entre los músculos y la submucosa de la cara inferior.

Los nervios, se diferencian en motores y sensitivos. Los primeros, son ramas del hipogloso y terminan en los músculos estriados linguales. Los sensitivos, ya dijimos que provenían del glossofaríngeo.

Además existen fibras amielínicas, simpáticas y parasimpáticas que terminan en las glándulas y vasos de la región.

Los linfáticos situados en la dermis subpapilar, drenan linfaprocedente de los espacios linfáticos existentes en las papilas y la conducen a un plexo más profundo que se comunica con la amígdala lingual.



REVISION GENERAL DE LA PATOLOGIA DEL LABIO

AFECCIONES DE LOS LABIOS:

Se agrupan bajo este nombre las afecciones primitivas o secundarias de los labios.

Las queilitis primitivas se dividen, de acuerdo con su localización histológica, en epiteliales y glandulares.

Epiteliales: Exfoliativa
Abrasive precancerosa
Leucoplasiforme
Por agentes físicos o químicos (Por contacto, actínica, lápiz labial, frío, etc.).

Primitivas:

Glandulares: Glandular simple
Apostematosa y supurada
Crónica hiperqueratósica punteada
Psoriasis.

Secundarias a dermatosis de vecindad o a procesos generales: Liqueen plano
Lupus eritematoso
Lupus vulgar
Eczema
Herpe

Síndrome de Plummer y Vinson
Macroquilia posterisipelatosa.
Tumorales: angiomas, linfangiomas y epiteliomas.

QUEILITIS EXFOLIATIVA:

Sinonimia: Seborrea de los labios, psoriasis labial, pitiriasis rosada de los labios, eczema exfoliante de los labios.

Es una afección rara, de etiología desconocida, que se presenta en la adolescencia y edad media de la vida.

Se inicia generalmente en la parte media del labio inferior, de manera insidiosa, con costras escamosas de color blanco amarillentas, levantadas por sus bordes. Cuando estas caen, dejan una superficie rojiza, fisurada y muy sensible. Los labios están edematosos, con mucho ardor y las escamas se siguen formando incesantemente. No existe infiltración profunda y el proceso coincide frecuentemente con descamación de la lengua y eczemátides de la cara y cuero cabelludo.

Es de evolución crónica, algunas veces puede curar espontáneamente.

QUEILITIS ABRASIVA PRECANCEROSA:

Es poco frecuente; se observa en adultos después de los cincuenta años. En el labio inferior, produce pérdidas de substancia algo salientes y sangrientas no infiltradas, que curan fácilmente. Estas ulceraciones tienen recidivas constantemente. La transformación neoplásica es complicación común.

QUEILITIS LEUCOPLASIFORME:

Debe su nombre al color blanquecino de las lesiones. Se presenta con placas pseudomembranosas de superficie lisa o irregular, de límites precisos y muy adherentes a la mucosa labial. En otros casos los elementos son francamente queratósicos.

QUEILITIS POR EL FRIO:

Se presenta frecuentemente en invierno se caracteriza por edema, fisuras dolorosas y costras serohemáticas. Cuando entra en regresión el proceso, los labios descaman en forma irregular.

QUEILITIS POR CONTACTO:

Se observa en sujetos sensibles a ciertas substancias, como jugo de naranja, tomates, mentol, a los cigarrillos, café, dentífrico, etc., etc.

No tiene caracteres especiales y cura rápidamente al desaparecer la causa.

La más común es la queilitis por el lápiz labial; que se manifiesta con edema intenso que deforma el labio, placas rojizas, escamosas y fisuradas. Hay dolor y a veces vesículas o flictenas que contienen un líquido cetrino.

DERMATITIS ACTINICA:

Constituye un estado degenerativo crónico de la superficie bermellón de los labios, especialmente el inferior, en el que la piel se vuelve seca, delgada, descamativa y telagectásica, con tendencia a la formación de fisuras, queratosis o epitelomas de pigmentación melánica.

Los términos "piel de marino" y "piel de campesino", son empleados para designar alteraciones similares manifestadas precoz y severamente en éstas ocupaciones específicas, por exposición, a la luz solar. En los EE. UU. de Norteamérica, los pescadores y los jardineros acusan tendencia a tales cambios cutáneos.

En nuestro medio esta afección ocupa uno de los primeros lugares por su frecuencia; siendo importante su tratamiento por la gran incidencia de degeneración maligna, (epitelioma espino-celular) que alcanza la queilitis actínica.

QUEILITIS GLANDULAR:

Conocida también con el nombre de enfermedad de Puente y Acevedo. Es exclusiva del labio inferior y propia de varones adultos. Las lesiones están localizadas en la zona de transición entre la mucosa y la submucosa (zona de transición de Kline), justamente en su tercio medio. Son elementos puntiformes, rojizos, escasos en número, dispuestos en forma irregular. Se acompañan de edema y turgencia del labio, el cual está proyectado hacia adelante y recubierto por una escama blauecina.

Al observarlas con lupa, se comprueba que las lesiones corresponden a los orificios de las glándulas salivares, deprimidos y rodeados de un halo blanquecino.

El proceso se inicia y evoluciona generalmente sin síntomas llamativos; es rara su transformación en epitelioma.

QUEILITIS GLANDULAR APOSTEMATOSA DE VOLKMANN:

Sinonimia: Queilitis glandular, mixadenitis labial.

Es un proceso inflamatorio crónico, de etiología desconocida, generalmente congénita, debido a la infección de las glándulas heterotópicas. Es poco frecuente de evolución larga, sin tendencia a la curación espontánea.

Ataca por lo general el labio inferior, engrosándolo considerablemente, mostrando a nivel de la mucosa numerosos orificios que le dan un aspecto crivado muy especial. A la palpación las glándulas se encuentran como nódulos turgentes. La complicación más frecuente es la piógena, dando origen a costras piohemáticas muy adherentes, que al desprenderse dejan ulceraciones muy dolorosas, que dificultan el habla y la masticación. La sialorrea es marcada. No es raro que estas lesiones se acompañen de hipertrofia de las glándulas de la mucosa bucal, faríngea y del tejido amigdalino.

Es una enfermedad muy dolorosa, que produce deformación facial, y parece que no sufre transformación maligna.

QUEILITIS CRONICA HIPERQUERATOSICA PUNTEADA:

Las lesiones se encuentran en la sub-mucosa labial, desbordando ligeramente la mucosa. Son pápulas redondeadas, eritemato-escamosas, con puntos blanquecinos que se disponen simétricamente sobre el labio, adoptando una forma triangular.

Su etiología es desconocida y evoluciona sin síntomas subjetivos, persistiendo durante años.

QUEILITIS SECUNDARIA A LA ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA: O SINDROME DE PLUMMER Y VINSON:

Se observa en mujeres de edad media. Los labios pierden su elasticidad, se adelgazan, tomando aspecto de cuero; en otros casos hay costras e inflamación.

Esta queilitis, forma parte de un cuadro constituido por disfagia y atrofia de la lengua, faringe y esófago; coiloniquia, disminución de la hemoglobina; aquilia, diarrea y anemia.

La queilitis y la coiloniquia son los síntomas primarios del síndrome de Plummer y Vinson. Las lesiones labiales preceden al cáncer de la boca en el 70% de los casos.

LEUCOPLASIA:

Sinonimia: Leucoqueratosis, icteosis glossae, placas de fumadores.

Es un engrosamiento blanquizco del epitelio de la membrana mucosa, que se presenta como placas lechosas superficiales, de diversas formas y tamaños, y que pueden confluir para formar lesiones extensas. La superficie es brillante, a menudo reticulada y a veces pigmentada. La película blanca, es adherente a la mucosa subyacente, y al desprenderlas provocan hemorragia. Los labios, las encías, las mejillas y el dorso de la lengua son los lugares donde se observan con mayor frecuencia. Se observa principalmente en hombres de más de cuarenta años.

Las lesiones varían de aspecto según su duración y etapa evolutiva. En las recientes son superficiales y no dan sintomatología. Las antiguas, son particularmente sensibles al calor y a las comidas condimentadas. Se observan diminutos puntos o estrías blanco azuladas; que se engrosan y endurecen. La evolución de la enfermedad es crónica.

Se originan por abuso de tabaco, prótesis dentales mal ajustadas, dientes protuberantes, mala higiene oral u otros factores irritativos.

Es considerada como una lesión precancerosa.

HEMANGIOMA CAVERNOSO:

Este tipo de nevo vascular suele ser redondeado o plano, de color rojo vivo, o violeta oscuro y de apariencia esponjosa. Cuando persiste en la vida adulta, su consistencia puede variar por la incorporación de tejido conectivo fibroso.

Las lesiones pueden ser nodulares, lobuladas, polipoides o planas. La masa névica puede estar finamente recubierta, o bien el tumor puede ser tan superficial que no se observa piel que lo cubra. Cuando están afectadas las estructuras profundas, la porción subcutánea o submucosa puede ser mayor que la lesión cutánea. Esta variedad subcutánea simula muchas otras afecciones, de las cuales es necesario diferenciarlo por fluctuación o por pulsación.

La piel que lo recubre puede ser normal o bien el asiento de un nevo vascular.

El angioma puede estar formado de unas pocas pero grandes cavidades. El tumor desaparece con la presión. Frecuentemente, la masa consiste de una mezcla de elementos arteriales, venosos y linfáticos imperfectamente formados.

Ocasionalmente un nevo capilar o marca de fresa puede afectar la superficie de un angioma subcutáneo y conjuntamente con el mismo pueden observarse alteraciones pigmentadas o verrugosas, dando lugar a un tipo mixto de nevo.

En las lesiones que han sufrido trauma, especialmente con hemorragia o ulceración se observa mayor cantidad de tejido conectivo.

Se puede observar involución espontánea de nevos de este tipo, como consecuencia de traumas, hemorragias e infecciones; pero dicha involución suele ser incompleta y acompañarse de una formación cicatrizal más abundante que la que resultaría de un tratamiento adecuado.

LINFANGIOMA CIRCUNSCRITO:

Sinonimia: Linfangioma cavernoso, linfangioma simple, linfangiectodes.

Esta forma de nevo se caracteriza por grupos de vesículas que asientan profundamente, debido a un estado dilatado y quístico de los vasos linfáticos. Las lesiones suelen tener una coloración amarillenta, semejante a la paja. Si se las pincha, se produce exudación del líquido claro e incoloro.

Entre los sitios de preferencia de su localización se destaca la mucosa de los labios, la lengua, etc., etc.

La superficie afectada se presenta verrugosa, en cuyo caso la coloración puede ser parduzca y las lesiones pueden confundirse con verrugas.

Cuando están ubicadas subcutáneamente, las vesículas forman pequeños tumores redondeados, comprensibles y circunscritos, sobre los cuales la piel puede tener una coloración normal.

DESCRIPCION GENERAL DE TECNICAS OPERATORIAS

INTRODUCCION:

Desde el punto de vista de la reconstrucción cinemática, el labio, sigue siendo la suprema meta para el cirujano plástico. El labio es, un apéndice sutil, móvil y siempre cambiante que constantemente está lleno de expresión.

Los músculos de la cara, inervados por el VII par craneal (facial) influyen de manera constante, en una u otra forma, en la expresión y funcionalismo de los labios. La boca, como el cubo de una rueda actúa como centro de la expresión.

La reconstrucción de la pérdida total de un labio supone tres necesidades básicas: La mucosa labial, el contenido muscular y la cubierta cutánea. Hasta ahora la segunda no ha sido resuelta satisfactoriamente, por lo que la mayoría de las reconstrucciones totales se basan en el plan protésico de aportar una mucosa con su color bermejo y la cubierta cutánea. Esto, imita de manera bastante satisfactoria el apéndice normal. El revestimiento mucoso del labio, es sin duda más importante todavía que la cubierta cutánea desde el punto de vista de la integridad funcional definitiva.

Las incontables operaciones recomendadas para la reconstrucción total de los labios pueden dividirse en tres grupos.

Las del primer grupo, tienen como fundamento el desplazamiento o rotación en bloque de tejidos de las mejillas sin disección separada de la mucosa ni de la piel suprayacente.

Son los métodos de Denonvilliers, Lisfranc, Lexer, Dieffenbach, Nelaton-Ombredanne y otros. Aunque desde el punto de vista anatómico, algunas de estas operaciones son adecuadas y la ma-

yoría parecen satisfacer las necesidades; desde el punto de vista funcional, muchas son destructivas, por cuanto imponen a la mejilla una sobrecarga funcional y anatómica que no puede soportar.

Los cirujanos plásticos modernos, han basado la reconstrucción total de los labios en la disección separada de la mucosa intrabucal, desplazándola o girándola de tal manera que cubra los dientes con el lado cruento hacia afuera. Luego, esta mucosa se cubre con colgajos de piel y tejido subcutáneo movilizadas generalmente de la región paranasal para el labio superior y de la barbilla o de la región submentoniana para el labio inferior. Destaca en este grupo la operación de Neal Owens para reconstrucción del labio inferior.

El segundo tipo de procedimiento, se basa en llevar sobre los dientes colgajos cutáneos de la región vecina de la mejilla, a modo de revestimiento pseudomucoso para el nuevo labio y luego aplicar sobre éstos, colgajos cutáneos contiguos o adyacentes como cubierta externa. Entre estos métodos deben subrayarse los de Ferris Smith y G. Pierce que por regla general requieren múltiples sesiones por cuanto es preciso suministrar una zona bermeja para el labio. Esto se consigue por trasplante libre de la mucosa intrabucal, al borde libre del labio, desplazando hacia afuera la zona bermeja residual del labio, por transposición en hamaca de la zona bermeja del labio normal al nuevo, según el método de Schulten, o, como recomiendan Blair y Brown, por tatuaje del nuevo labio. El procedimiento de Cole, es una modificación del tercer tipo de métodos. Se basa en el empleo de un colgajo en estribo procedente del cuero cabelludo y que tiene sus pedículos algo por encima de las orejas. Los pedículos son reintegrados a la cabeza cuando se ha completado la organización del nuevo labio. Este procedimiento fue popularizado por Lexer y goza todavía de gran auge en Europa, ya que la región donadora permite la conservación de la barba en el varón, lo que en ciertos países es una ventaja social.

Cuando la falta del labio inferior se asocia con pérdida de la sínfisis maxilar, puede adoptarse el método de Kazanjian como base de la reconstrucción. Este método, crea un lecho adecuado para los injertos óseos ulteriores, lo cual es imposible con un colgajo

revestido con un injerto libre e improbable si se intenta tapizarlo con mucosa.

El tercer tipo de procedimientos, consiste en incorporar tejidos en forma de tubo. Esto es inevitable cuando la cantidad y la calidad de los tejidos adyacentes son inadecuadas para el desplazamiento de colgajos. Una vez bien extendido el tubo sobre el defecto labial y establecida una buena situación circulatoria con organización completa, se modela en una revisión secundaria escindiendo su contenido adiposo. Transcurridos dos o tres meses puede tatuarse el borde libre para imitar la zona bermeja o bien aplicar a su borde un injerto de mucosa.

Las pérdidas parciales pueden ser regionales, de piel total o superficiales que afectan la zona bermeja del labio. Las pérdidas regionales pueden dividirse en las del labio propiamente dicho y de las comisuras. Las pérdidas parciales del labio en sí se reparan generalmente con la llamada operación de Estlander-Abbe. Los defectos agudos o quirúrgicos más extensos, especialmente del labio inferior se ocuyen eficazmente por el método de C. Bernard, el de New Owens o alguno de los métodos más antiguos.

Los trastornos adquiridos, suelen deberse a lesiones directas, como quemaduras que destruyen la zona bermeja, la piel o ambas formaciones. Otros estados adquiridos, como el ectropión, el entropión y la microstomía, son estados cicatrizales tardíos.

Los injertos mucosos son de dos tipos: libres y pediculados. Entre las indicaciones de los primeros, está la reconstrucción de la cubierta bermeja de los labios; existe tan poca mucosa disponible para el trasplante libre que, excepto en la cubierta bermeja de los labios los injertos cutáneos parciales constituyen un suceso adecuado y aceptable.

Como hemos dicho, la única indicación importante de los injertos mucosos es la reparación del borde bermejo de los labios. Cuando ello no sea posible, lo cual es raro, es mucho mejor tatuar el nuevo labio que emplear un injerto cutáneo que nunca adquiere el aspecto y las cualidades de la mucosa. Así sucede en los injertos cutáneos cuando se aplican al interior de la boca.

DESCRIPCION DE QUEILOPLASTIA CON COLGAJO LINGUAL

Con los procedimientos y técnicas anteriormente descritas, además de ser muy laboriosas, se obtienen resultados cosméticos que no son del todo satisfactorios.

En el año de 1962, Guerrero Santos, de Guadalajara, Jalisco, describió por vez primera la técnica de reparación labial con colgajo lingual; practicando las primeras operaciones en humanos, después de largos experimentos llevados a cabo en perros, a los cuales se les practicaba estudios histológicos seriados, para comprobar las modificaciones microscópicas que se llevaban a cabo en el colgajo lingual; habiendo comprobado que dicho colgajo, perdía los caracteres histológicos de la lengua, como es el de las papilas linguales, para transformarse en epitelio propio del borde bermellón del labio.

A finales del año de 1963 se habían practicado 24 operaciones en humanos por diversas alteraciones patológicas del labio; habiéndose obtenido en estas experiencias resultados uniformemente satisfactorios tanto desde el punto de vista funcional, como cosmético. Fue entonces cuando reportó la técnica por él ideada, en la cual se hace especial énfasis en lo sencillo de la misma y en sus resultados. En Guatemala, a partir de 1963, el doctor Eduardo Silva Martínez, ha practicado esta técnica en el Servicio de Dermatología de Hombres del Hospital General, con los resultados que en otra parte de este trabajo se detallan.

Las indicaciones de esta técnica son principalmente:

- 1º—Lesiones ulcerativas resistentes al tratamiento médico o que recidivan a pesar del mismo: queilitis actínica, neurodermatitis circunscrita del labio, queilitis por contacto, etc.
- 2º—Lesiones que podrían considerarse como precancerosas: leucoplasias, queilitis actínica, queilitis glandular, queilitis apostomatosa, etc.
- 3º—Neoplasias benignas localizadas: linfangiomas y hemangiomas.
- 4º—Como complemento en cirugía reconstructiva de neoplasias malignas regionales o traumatismos.

DESCRIPCION DE LA TECNICA:

Una vez escogido el caso y después de exámenes de evaluación, comunes a todo preoperatorio, se procede con el paciente bajo anestesia local en la siguiente forma:

PRIMER TIEMPO:

- a) Incisión del borde muco-cutáneo del labio.
- b) Disección del borde bermellón del labio, hasta encontrar mucosa completamente sana.
- c) Extirpación del borde bermellón.
- d) Preparación del colgajo lingual.

EN EL LABIO INFERIOR:

- 1.—Incisión del vértice de la lengua.
- 2.—Disección de delante atrás de la cara dorsal de la lengua.
- 3.—Sutura de la cara dorsal de la lengua ya liberada, a la línea de incisión muco-cutánea del labio.

EN EL LABIO SUPERIOR:

- 1.—Incisión transversal en la cara dorsal de la lengua, a 3 cms. de distancia del vértice de la misma.
- 2.—Disección de la cara dorsal de la lengua, de atrás a adelante.
- 3.—Sutura de la cara dorsal de la lengua ya liberada, a la línea de incisión muco-cutánea del labio.

En esta situación y mientras se obtiene una adecuada vascularización del colgajo pediculado lingual, permanece el enfermo por espacio de 12 a 15 días sometido a dieta blanda, suplementos vitamínicos por vía parenteral, cubierto con antibióticos; haciendo notar que no se ha observado ninguna dificultad mecánica para la ingestión de alimentos y escasa para la articulación de la palabra. Al cabo de este tiempo se procede al segundo tiempo.

SEGUNDO TIEMPO:

LABIO INFERIOR:

- 1°—Incisión del segmento proximal del colgajo lingual hasta lograr su liberación total del resto de la lengua.
- 2°—Sutura de dicho colgajo a la incisión previa de la cara mucosa del labio.
- 3°—Sutura del vértice de la lengua, previa plastia de los bordes operatorios.

LABIO SUPERIOR:

- 1°—Incisión del colgajo lingual a medio centímetro aproximadamente del vértice de la lengua, hasta liberarla completamente del resto de la misma.
- 2°—Sutura del colgajo a la incisión previa de la cara mucosa del labio.
- 3°—Sutura de la cara dorsal de la lengua, previa plastia de los bordes operatorios.

Después de mantener por un período de 5 a 7 días al paciente con dieta blanda y un pos-operatorio de rutina, se quitan puntos de sutura.

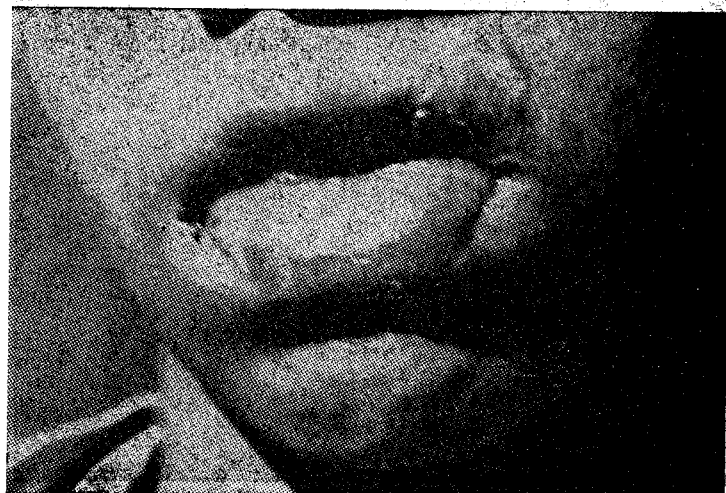
El material de sutura utilizado es inabsorbible delgado (se da 5 ceros). No se ha observado ninguna modificación en la longitud, forma y movilidad residual del órgano lingual, así como ningún trastorno gustativo ni de la articulación de la palabra.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Los casos presentados fueron intervenidos en el período comprendido entre los meses de febrero y agosto de 1963; siendo pacientes del Servicio de Dermatología de Hombres del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. A continuación presentaremos el cuadro refiriéndonos especialmente a:



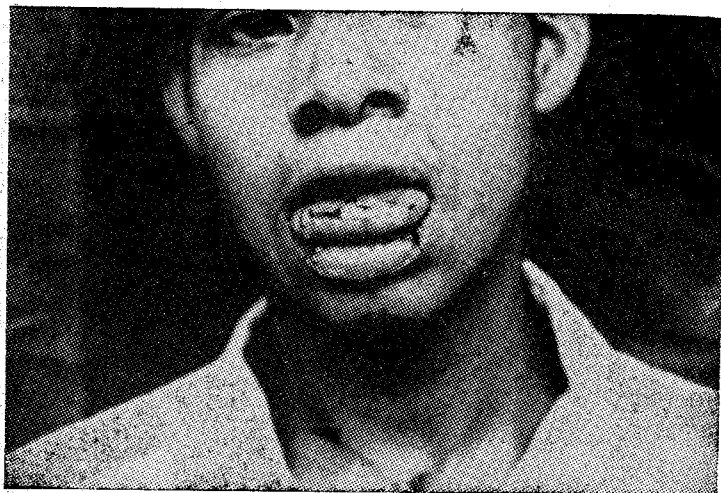
CASO No. 1.—Pre-operatorio. Queilitis Atópica.



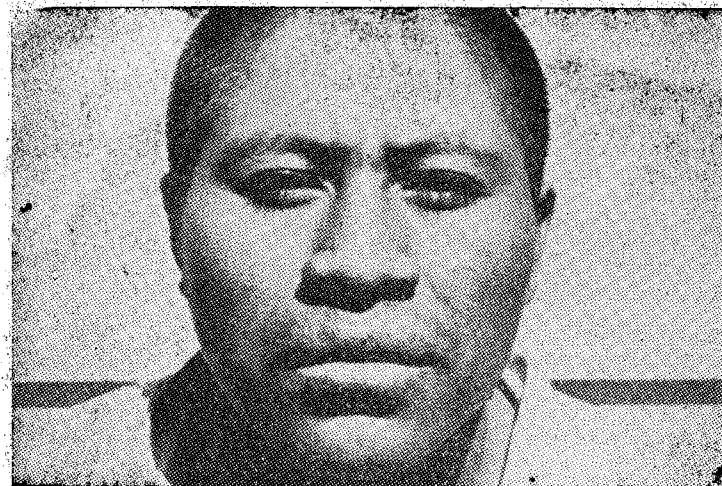
CASO No. 1.—7o. día post-operatorio. 1er. tiempo. Queilitis Atópica.

SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	EVOLUCION	FECHA	RESULTADOS OBTENIDOS
M	18 años	Queilitis Atópica	6 años	27-III-63	Satisfactorios
M	25 años	Queilitis Actínica	12 años	23-V-63	Satisfactorios
M	30 años	Queilitis Ulcerativa Crónica por contacto	8 años	3-VIII-63	Satisfactorios
M	30 años	Queilitis Ulcerativa Crónica por contacto	8 años	17-VII-63	Satisfactorios

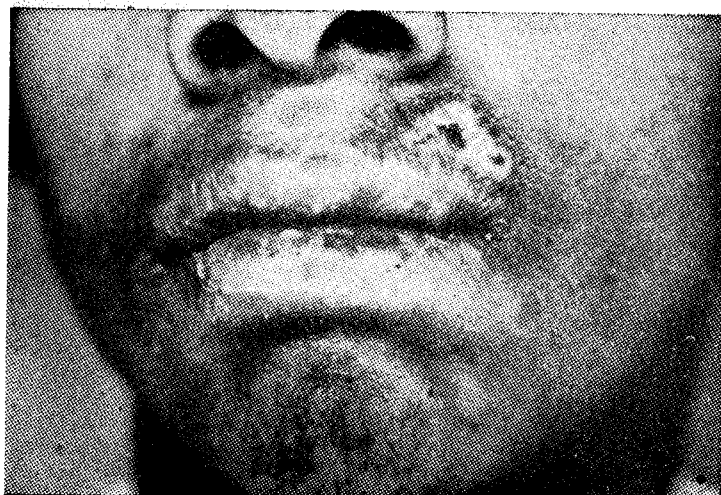
En todos estos casos se procedió a la técnica antes descrita; después de haber ensayado infructuosamente múltiples tratamientos tópicos y generales.



CASO No. 1.—4o. día post-operatorio. 2o. tiempo. Queilitis Atópica.



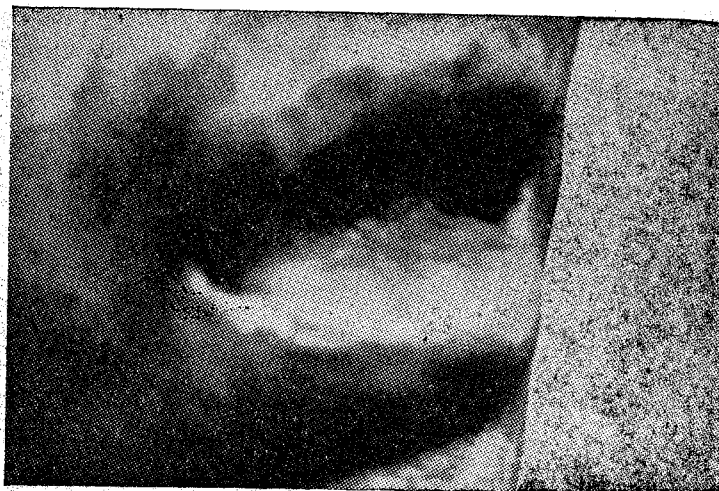
CASO No. 3.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. Pre-operatorio.



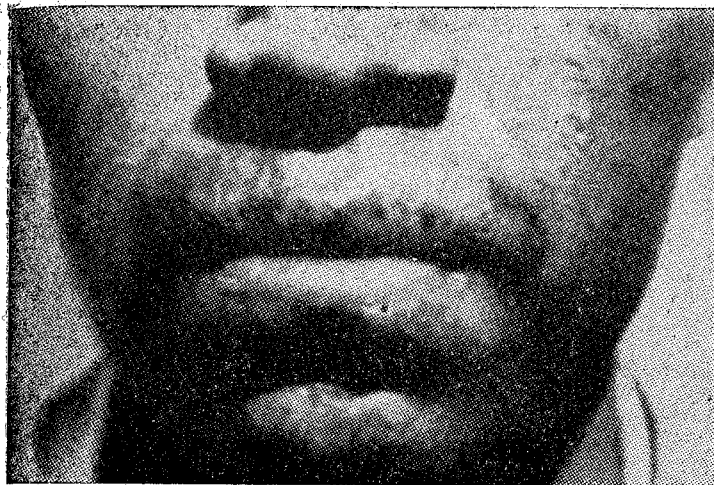
CASO No. 1.—10o. día post-operatorio. 2o. tiempo. Queilitis Atópica.



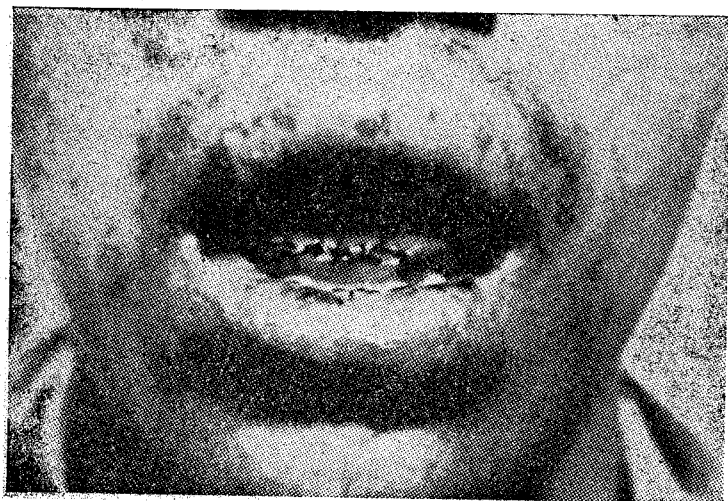
CASO No. 3.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 3er. día post-operatorio. 1er. tiempo.



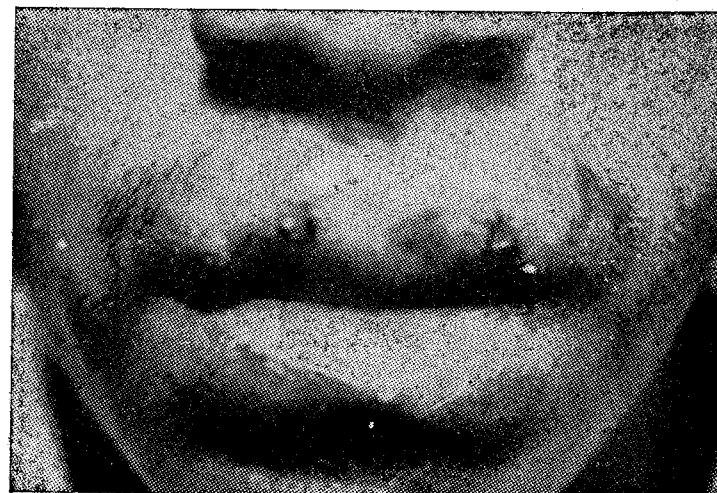
CASO No. 3.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 6o. día post-operatorio. 1er. tiempo.



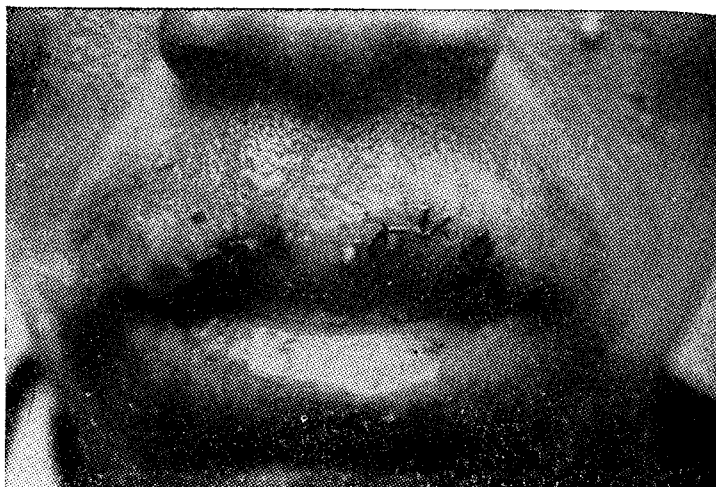
CASO No. 3.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 2o. tiempo.



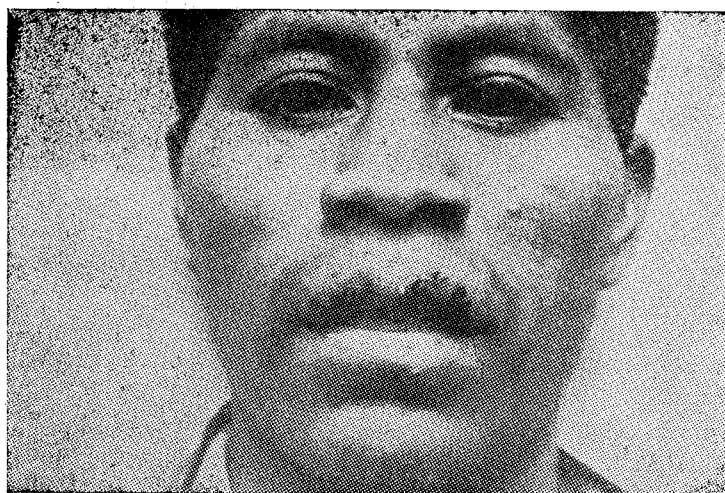
CASO No. 3.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 3er. día post-operatorio. 2o. tiempo.



CASO No. 4.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 3er. día post-operatorio. 1er. tiempo.



CASO No. 4.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 7o. día post-operatorio. 1er. tiempo.



CASO No. 4.—Queilitis Ulcerativa crónica por contacto. 5o. día post-operatorio. 2o. tiempo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1ª—Se hace una revisión de los caracteres anatómicos e histológicos de labios y lengua.

2ª—Se hace una descripción somera y general de las alteraciones patológicas más frecuentes de la región que nos ocupa.

3ª—Se enumeran brevemente las técnicas descritas con anterioridad para reparación de defectos labiales.

4ª—Se describe la técnica de queiloplastia con colgajo lingual y se hace mención del autor que la describió por primera vez.

5ª—Se presentan los casos tratados mediante esta técnica en el Servicio de Dermatología de Hombres del Hospital General, en el período comprendido entre el mes de febrero al mes de agosto de 1963.

6ª—En todos los pacientes sometidos a tratamiento se habían ensayado previamente sin éxito tratamientos conservadores.

7ª—Los resultados inmediatos obtenidos con esta técnica fueron uniformemente satisfactorios; en lo que se refiere a funcionalidad, corrección de la lesión que motivó su intervención; no observándose ninguna alteración secundaria.

8ª—En el transcurso entre el primero y segundo tiempo pudo mantenerse un adecuado estado nutricional de los pacientes sin ser necesario el uso de medidas coadyuvantes (sondas, suero, hidrolizado de proteínas, etc.).

Kenneth Anthony Ewing Burgess

BIBLIOGRAFIA

Stohn, Philipp Dr.—Tratado de histología y anatomía microscópica en el hombre, página 345-350, Salvat Editores, S. A. 1955.

Pick, John F.—Cirugía Reparadora página 710-713, Salvat Editores, S. A. 1955.

Uazzini, Miguel Angel.—Clínica Dermatológica, página 77-80; Talleres Gráficos Didot, 1958.

Testut L., Latarjet A.—Anatomía Humana, Tomo I página 795-807; 304-308; Tomo III página 493-517. Salvat Editores, S. A. 1959.

Andrews, George, Clinton, Kardel, Vegas, Francisco.—Enfermedades de la piel; página 318-330, Editorial Bibliográfica, Argentina. 1959.

Maximow, A. A., Bloom, W.—Tratado de Histología, página 332-334; Editorial Labor, S. A. 1960.

Difiore, Mariano, S. H.—Diagnóstico Histológico Tomo I páginas 331-344; Editorial El Ateneo, 1960.

Cortés, José Luis.—Dermatología Clínica, página 344-345; Talleres Unión Tipográfica, 1962.

Guerrero Santos, José Dr.—Colgajo Lingual en reparación del labio comunicación preliminar, segundo Congreso Mexicano de Dermatología, abril 1963, Guadajara Jalisco, México.

Silva Martínez, Eduardo Dr.—Comunicaciones Personales, septiembre, 1963.

Dr. Mynor Hernández Kramer
Asesor.

Dr. Arturo García Valdés
Revisor

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario.

Imprimase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano