

Reconstrucción labial con un enfoque moderno. Informe de casos

Labial reconstruction with a Modern approach. Case report

Angel Rafael Sarduy Borges^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4329-6959>
Ernesto José González Choy¹ <https://orcid.org/0000-0001-9769-4958>
Dayana Rojas Balmaceda¹ <https://orcid.org/0009-0007-2875-7047>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo Electrónico: angelsarduyborges@gmail.com

RESUMEN

Introducción: los labios son el punto focal del tercio inferior de la cara y cumplen importantes funciones. El carcinoma de células escamosas y el de células basales son las neoplasias malignas más comunes que afectan al labio y que imponen la necesidad de su reconstrucción. Lo importante de la técnica empleada consiste en que cumpla las condiciones básicas de la queiloplastia: cubrir las arcadas dentarias, asegurar la oclusión del orificio bucal, reconstruir un labio lo más normal posible, permitir los movimientos de apertura y cierre, mantener los alimentos durante la masticación y retener la saliva. El defecto debe definirse en términos de profundidad, localización y tamaño.

Información de los pacientes: se presentaron seis casos con defectos labiales complejos postresección tumoral que fueron reconstruidos con colgajos locales, se obtuvieron resultados cosméticos y funcionales satisfactorios.

Conclusiones: se debe individualizar el caso y atender a las características propias del paciente y del defecto a reconstruir.

Palabras clave: reconstrucción labial; colgajos

ABSTRACT

Introduction: The lips are the focal point of the inferior third of the face and they keep an important functions. The scamous cancer and basal cells skin cáncer are the most common neoplasm that affect the lip, imposing the need for its reconstruction. The important thing about the technique used is that it meets the basic conditions of cheiloplasty: to cover the dental arches, to ensure occlusion of the buccal orifice, to reconstruct a lip as normal as possible, to allow opening and closing movements, to maintain foods during the mastication and to retain saliva. The defect should be defined in terms of depth, localization and size.

Case Report: Six cases were presented with complex labial defects after tumor ablation that were reconstructed by local flaps, obtaining excellent cosmetic and functional results.

Conclutions: Authors agree that the case should be individualized, taking into account the characteristics of the patient and the defect to be reconstructed.

Key words: lip reconstruction; flaps

Recibido: 27/05/2024

Aprobado: 01/10/2024

INTRODUCCIÓN

Los labios son el punto focal del tercio inferior de la cara y cumplen importantes funciones: son la puerta de entrada al organismo de todos los alimentos, protegen las estructuras bucales, participan en la fonación y, obviamente, tienen importancia estética, sublime en el área afectiva. El carcinoma de células escamosas y el de células basales son las neoplasias malignas más comunes que afectan al labio y que imponen la necesidad de su reconstrucción. Aunque se proponen infinidad de nuevas versiones, las técnicas de reparación de labio fueron definidas en el siglo XIX; sin embargo, este procedimiento persiste como un reto quirúrgico en la actualidad debido a su inmensa complejidad. Si se considera que no existe una técnica aplicable a todos los pacientes y que la reconstrucción debe adecuarse al defecto, el Especialista en Cirugía reconstructiva enfrenta el desafío de maximizar tanto el resultado funcional como el cosmético. Lo importante de la técnica empleada consiste en que cumpla las condiciones básicas de la queiloplastia: cubrir las arcadas dentarias, asegurar la oclusión del orificio bucal, reconstruir un labio lo más normal posible, permitir los movimientos de apertura y cierre, mantener los alimentos durante la masticación y retener la saliva. En la reconstrucción de labios el defecto debe definirse en términos de profundidad (superficial o profundo) y de localización respecto del bermellón y la piel del labio. El tamaño del defecto debe calcularse en proporción del volumen total del labio (regla de tres) y la ubicación respecto de las comisuras. Como principio para la reconstrucción de cualquier subunidad cosmética de cabeza y cuello el procedimiento, en la medida de lo posible, debe abarcar toda la subunidad y, en el caso del labio superior, incluye al filtrum.⁽¹⁾ Es ampliamente aceptado que los defectos que involucran la tercera parte del labio pueden manejarse con una V y cierre primario. La línea de Klein (o línea mucocutánea, la que separa el bermellón de la piel) y su correcta alineación son muy importantes como referente para conservar o reconstruir esas dos subunidades (incluido el filtrum). Para lesiones mayores se requieren colgajos de transportación a partir de remanentes del labio afectado, del tejido del labio opuesto, del tejido del carrillo o de los colgajos a distancia. La comisura es otro referente importante al reconstruir el labio, ya sea porque es parte del defecto o porque está incluida en la reconstrucción elegida y debe ser reubicada para preservar la funcionalidad y la estética.^(1,2)

INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

Todos estos pacientes asistieron a la Consulta de Maxilofacial del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara.

Caso 1

Paciente masculino de 49 años de edad, con antecedentes de salud, que presenta lesión en bermellón de labio inferior en contacto con la línea mucocutánea de aproximadamente 1,8 cm de diámetro, exofítica y ulcerada, de cuatro meses de evolución. El examen del cuello resultó negativo. Se realizó la exéresis de la lesión en V y se obtuvo un defecto de espesor total. Se ejecutó la reconstrucción mediante el cierre primario de los planos mucoso, muscular y cutáneo, con un resultado cosmético aceptable (todo se puede apreciar en la Figura 1). El resultado histopatológico arrojó carcinoma escamoso bien diferenciado.



Fig. 1. 1A: carcinoma espinoso de labio inferior, 1B: exéresis en V y cierre primario, 1C y 1D: herida quirúrgica a los siete días de la intervención. Función labial conservada y buen resultado cosmético.

Caso 2

Paciente femenina de 48 años de edad, con antecedentes de salud y fumadora inveterada, que presenta una lesión exofítica, blanquecina amarillenta, maculosa, de aproximadamente 1,3 cm con extensión al carrillo, en forma de lesión blanquecina, de aspecto leucoplásico de 1,5 cm, de un año de evolución aproximado. El examen del cuello resultó negativo. Se procedió a la exéresis de la lesión en forma de cuña a espesor total. Se trazaron dos colgajos de Goldstein (superior e inferior) y se realizó un avance de bermellón para la reconstrucción comisural. El cierre se llevó a cabo a tres planos afrontando la mucosa, el músculo y la piel. Se obtuvo un resultado satisfactorio en cuanto a estética y función, se logró una comisura competente y se evitó el microstoma (cada parte del proceso se observa en la Figura 2).



Fig. 2. 2A y 2B: imagen de la lesión, vista extraoral e intraoral, 2C: excéresis de la lesión con margen oncológico y defecto resultante, 2D: elevación de dos colgajos de Goldstein para el avance de bermellón. Es vital la preservación de las arterias coronarias nutricias de estos colgajos axiales, 2E y 2F: aspecto estético y funcional alcanzado. Comisura competente, apertura bucal aceptable y ausencia de microstoma.

Casos 3 y 4

Paciente masculino de 63 años de edad, con antecedentes de salud, que presenta lesión en bermellón de labio inferior de aproximadamente 3 cm de diámetro, exofítica y ulcerada, de seis meses de evolución y paciente masculino de 60 años, con antecedentes de salud, que acudió a la consulta por presentar aumento de volumen en bermellón de labio inferior, ulcerado, de aproximadamente ocho meses de evolución.

Ambos casos con biopsia incisional positiva a carcinoma escamoso bien diferenciado y examen del cuello negativo. Se realizó la exéresis tridimensional de la lesión bordeando el tumor en forma rectangular, se trató siempre de ahorrar mucosa en la componente lateral para la reconstrucción del bermellón y se obtuvo un defecto de espesor total. El colgajo en abanico se trazó de manera rectangular a pedículo superior basado en la arteria coronaria (colgajo axial). El ancho es equivalente a la altura del defecto. En la disección del pedículo es importante avanzar con cautela para evitar daño en los vasos y tratar siempre de liberar en lo más posible la rotación. Se rotó el colgajo medialmente 90 grados para ocupar el lugar del defecto y se realizó inicialmente la reconstrucción del bermellón con la mucosa de la componente vertical del colgajo. Se suturó en el sitio receptor en tres planos cuidando de mantener una línea mucocutánea uniforme en tres (las Figuras 3 y 4 muestran todo el procedimiento).



Fig. 3 y 4. 3A, 4A y 4B: aspecto de la lesión y trazo del colgajo, 3B y 4C: colgajo suturado sin tenciones, 3C, 4D y 4E: reconstrucción del neobermellón, resultado estético y funcional aceptable, comisura competente y ausencia de microstoma.

Caso 5

Paciente femenina de 71 años de edad, con antecedentes de salud, que presenta una lesión en el labio inferior que abarca bermellón, piel y mucosa de aproximadamente 4 cm de diámetro, exofítica, ulcerada, costrosa, que se extiende al bermellón adyacente en forma costrosa y ulcerativa, de un año de evolución aproximadamente; con biopsia incisional positiva a carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. El examen del cuello resultó negativo. Se realizó la exeresis tridimensional de la lesión en forma rectangular con margen oncológico y se extendió al bermellón contralateral mediante bermellectomía. Se llevó a cabo la reconstrucción a través de un colgajo de Mc Gregor. Los pasos operatorios respetaron lo antes descrito para la conformación del colgajo en abanico de Gillies porque se trata de una modificación del mismo. Incluye la conformación redondeada de los bordes, lo que evita su isquemia, la extensión por bermellectomía de ser necesaria (como en el presente caso) y la transferencia de tejido se produce alrededor de un pivot estático que le brinda el pedículo vascular, de esta manera no se modifica la posición original del ángulo oris (en la Figura 5 se observa todo lo descrito).



Fig. 5. 5A: aspecto de la lesión y dibujo del colgajo (la lesión se extiende a casi la totalidad del bermellón), 5B: resección tridimensional del tumor, 5C y 5D: resultado de la reconstrucción mediante colgajo de Mc Gregor. Amplitud bucal adecuada. 5E: Resultado estético y funcional óptimo.

Caso 6

Paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de salud, que presenta una lesión en el labio inferior que abarca bermellón, piel y mucosa de aproximadamente 3 cm de diámetro, exofítica y ulcerada, de ocho meses de evolución, con biopsia incisional positiva a carcinoma escamoso bien diferenciado. El examen del cuello resultó negativo. Se realizó la exeresis tridimensional de la lesión con margen oncológico en forma rectangular y se obtuvo un defecto de espesor total. Se realizó la técnica de Castañón: se trata de un colgajo rectangular basado en la arteria coronaria que presenta una incisión vertical que no sobrepasa la comisura labial. Este se rotó 90 grados hacia la línea media y se llevó a cabo la síntesis de los tejidos en tres planos cuidando de mantener una línea mucocutánea uniforme. El neobermellón se confeccionó a partir de la mucosa de la componente lateral. A demanda del defecto se conformó de forma bilateral en este caso (todo el procedimiento se refleja en la Figura 6).



Fig. 6. 6A: aspecto de la lesión y trazo del colgajo, 6B y 6C: defecto de espesor total y pieza quirúrgica. Se aprecia el gran tamaño de la lesión. El defecto abarca más de dos tercios de labio, 6D: colgajo de Castañón conformado de forma bilateral, 6E: preservación de los vasos nutricios, vital para su supervivencia, 6F: colgajo suturado sin tensiones. La reconstrucción del neobermellón y el resultado estético y funcional son aceptables.

Caso 7 (Figura 7)

Paciente femenina de 74 años de edad, piel blanca, con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril (20mg), una tableta diaria vía oral, y diabetes mellitus, medicada con glibenclamida (5mg), una tableta en desayuno, almuerzo y comida vía oral, que acudió a la consulta, por presentar una lesión localizada en la piel del labio superior medial al surco nasolabiogeniano, asintomática, de aproximadamente 2 cm, exofítica, telangiectásica, base sesil, bordes limitados y regulares, indurada a la palpación, con más de seis meses de evolución. El examen del cuello resultó negativo. Se realizó la exéresis de la lesión con margen de seguridad de 5 mm y se trazó el colgajo en forma triangular, su punta sigue el surco nasogeniano y consta de piel y tejidos subcutáneos a nivel de la fascia muscular superficial adyacente al defecto. La zona a moverse será de 1,5 a 2 veces el área del defecto, que varía de acuerdo con la elasticidad de los tejidos adyacentes al mismo. Se moviliza el área donadora y se fija el colgajo y el ala nasal a los planos profundos mediante puntos clave con catgut 4.0 para evitar la deformación estética del ala nasal. Se fija el colgajo externamente a nivel del borde superior proximal al ala nasal con nylon 5.0 y se continúa hasta culminar. Se obtuvo un buen resultado funcional y cosmético sin distorsión de las estructuras que componen las subunidades nasales y labiales (la Figura 7 muestra todo el proceso).



Fig. 7. 7A: aspecto de la lesión, 7B: defecto quirúrgico y trazo del colgajo. Es importante durante la disección del trazo proximal que se conserve la arteria coronaria, nutricia del colgajo, 7C: colgajo suturado. El edema ha provocado distorsión temporal de la armonía labial, 7D: evolución al séptimo día. Se aprecia el resultado cosmético y funcional logrado, sin distorsión de las subunidades labiales y nasales.

DISCUSIÓN

Para su reconstrucción, los defectos labiales se clasifican en defectos de espesor parcial y de espesor total. Los de espesor total pueden subdividirse en defectos que afectan menos de un tercio de labio, entre uno y dos tercios labiales y los que comprometen más de dos tercios.

Para defectos menores de un tercio de labio se puede utilizar la técnica en V. Se trata de un corte a espesor total en forma de corazón o ligeramente inclinado hacia fuera, que le da un margen adecuado a la lesión. La forma acorazonada y no en V perfecta como describe el nombre de la técnica permite que la concavidad de las incisiones, al

afrontarse el extremo proximal de la sutura, este quede algo sobreelevado y de esta forma no quede deprimido después de la cicatrización. Las arterias coronarias del labio se ligan o coagulan según el caso y se procede a la reconstrucción. Para evitar asimetrías en la altura de ambos colgajos se puede dar un punto inicial de referencia a nivel de la línea mucocutánea sin anudarlo, ese punto se puede utilizar, además, para tracción. Se finaliza cerrando los planos muscular, mucoso y cutáneo. La técnica en W es una modificación de la anterior, solo que el extremo inferior de la V se hace bífido, y queda una cicatriz en Y invertida. Suele emplearse para defectos ligeramente más anchos o de menor altura. Existen otras variantes para este tipo de defecto como en avance V- y para defectos de poca altura y el tonel o barril.^(1,2,3) Se han encontrado resultados satisfactorios con esta técnica.⁽⁴⁾ Los autores consideran que es una técnica sencilla, estética, rentable para la mayoría de los defectos menores de un tercio de labio y que acarrea el mínimo de complicaciones respecto a otras, como se evidencia en la Figura 1.

Los defectos que abarcan entre uno y dos tercios de labio pueden subcategorizarse en centrales (porción central del labio) y laterales (porción lateral). Entre las técnicas descritas para defectos laterales se encuentra el colgajo heterolabial de Estlander, que provoca un desplazamiento hacia dentro del modiolos y permite un mejor reparto de la longitud entre los dos labios, pero puede requerir una comisurotomía secundaria.^(1,2,3,5,6) En dos casos tratados con este método se alega que es adecuado para defectos que involucran uno o dos tercios de los labios con afectación de la comisura labial y que también se puede usar para la reconstrucción primaria de los labios o la reparación secundaria de defectos de la comisura oral; es cosmética y funcionalmente exitosa, lo que resulta en una buena simetría de la comisura.⁽⁷⁾ Otros^(5,8) también lo aplican con resultados excelentes. El colgajo de avance de tipo elastic flap de Goldstein, centrado en la arteria coronaria labial en el lado interno del labio en proyección de la línea de unión cutaneomucosa, es también una alternativa interesante. La incisión se realiza a este nivel o penetrando ligeramente el lado mucoso y su longitud depende del tamaño de la pérdida de sustancia que se va a reconstruir. Se extiende en profundidad a través del músculo orbicular a nivel de su *pars marginalis* y se conserva a nivel de la vertiente interna un grosor suficientemente importante como para preservar la arteria coronaria. La movilización del colgajo se termina con la incisión mucosa en el lado interno, que es paralela a la incisión externa. Presenta una capacidad de elasticidad importante, lo que le permite cubrir, por simple extensión, pérdidas de sustancia que alcanzan la mitad de la longitud del labio rojo sin ser responsable de deformaciones a nivel de los modiolos.⁽²⁾ En una investigación conformaron una exéresis en cuña de espesor total y reconstrucción mediante avance de bermellón superior e inferior a un paciente con una deformidad en boca de pescado secuela de una reconstrucción anterior mediante colgajo de Estlander.⁽⁹⁾ En este caso se realizó el mismo procedimiento como reparación primaria de un defecto tumoral, con un logro funcional y estético considerable, como se observa en la Figura 2.

Para defectos de más de dos tercios de labio se cuenta con variadas opciones reconstructivas. Aunque el colgajo en abanico de Gillies (fan flap) está indicado para defectos que no sobrepasen los dos tercios de labio, tanto el mismo como sus

modificaciones pueden ejecutarse de forma bilateral para defectos mayores a dos tercios. La resección debe hacerse en forma rectangular en lesiones preferentemente centrales. La incisión hecha a través de todo el espesor del labio y la mejilla a lo largo de una línea de arco de círculo, que tiene como centro el ángulo oris y sus radios y las longitudes del defecto labial, es continuada hacia atrás hasta la vecindad del borde rojo del labio superior (back-cut). Queda así configurado un colgajo de base extremadamente estrecha que solo contiene a los vasos labiales. El colgajo es movilizado y avanzado y se sutura plano por plano, así confeccionado sobrevive por la eficiencia de los vasos marginales.^(1,3) La denervación resultante fue mejorada con los colgajos de Karapandzic, de Mc. Gregor y de Nakajima. El colgajo de Gillies reconstruye defectos de espesor total de casi la totalidad del labio inferior, mantiene el aporte vascular y la inervación y deriva en resultados estéticos y funcionales sensatos. La desventaja de la microstomía puede ser minimizada y lograr articulación de los labios, restaurar el habla, la masticación y las demás funciones del labio. El colgajo neuromuscular en abanico de Karapandzic mantiene intactos los nervios motores y los sensitivos, junto a la irrigación del labio. La mantención de estas estructuras parece reducir la movilización y el deslizamiento del colgajo. A fin de compensar esta situación se talla bilateralmente. A ambos lados del defecto, las incisiones de piel son llevadas a cabo en forma similar al colgajo en abanico. Las fibras del músculo orbicular son seccionadas dejando la mucosa intacta y preservando los filetes nerviosos y los vasos encontrados. La reconstrucción distribuye el músculo orbicular y el bermellón y retiene la función esfinteriana, sin sacrificio de la inervación motora y la sensitiva. La pérdida de la acción elevadora y dilatadora del ángulo de la boca resulta en una comisura de boca redondeada que se ve reducida y mejorada, y que deja intactas las fibras musculares pertenecientes al músculo buccinador.^(1,3) Otros autores^(8,10,11,12,13) lo consideran recomendable para grandes defectos quirúrgicos. La alternativa propuesta por Mc. Gregor (reflejada en la Figura 5) brinda óptimos resultados en los casos en que la resección del labio inferior debe extenderse más allá del ángulo de la boca. El defecto a reparar es bastante cuadrado o rectangular y se logra tallando un colgajo rectangular vertical en la mejilla, paralelo al defecto a reparar. El ancho de este rectángulo es hecho para corresponder a la altura o ancho vertical del defecto labial a reparar y es, al largo del rectángulo diseñado, dos veces la amplitud vertical del defecto labial. Las razones para estas dimensiones son obvias para la movilización del colgajo. Su estrecho pedículo contiene a los vasos labiales superiores; sin embargo, su transferencia que de vertical rota noventa grados para llenar el defecto de labio inferior, la realiza alrededor de un pivot estático que le brinda el pedículo vascular. De esta manera, al finalizar la movilización el ángulo del labio inferior reconstruido, permanece en su posición original. Esto lo diferencia técnicamente del colgajo en abanico clásico y del neurovascular, en los que el ángulo oris no queda estático sino que gira con el colgajo. Las siguientes modificaciones permiten reducir la cantidad de avance requerido para cerrar el defecto secundario en la mejilla y también para modificar la forma cuadrada de resección y siguen la línea de la prominencia mentoniana. Rotar y suturar la posición del colgajo deja un lecho a cubrir de bermellón. El defecto será reparado por un avance de mucosa bucal o mediante un

colgajo de lengua; se obtiene un mejor resultado final. Una de las principales virtudes en esta reconstrucción es poder realizar una bermellectomía total asociada cuando condiciones patológicas de displasia premaligna de labio remanente o franco carcinoma afectan el labio. El colgajo en abanico modificado por Mc. Gregor puede bien aplicarse de manera uni o bilateral, así como en la escisión total de labio, acompañado de un colgajo de lengua. La pérdida de inervación motora y sensitiva se recupera paulatinamente.⁽³⁾ Nakajima, Yoshimura y Kami modifican el colgajo de Mc. Gregor al dejarlo irrigado por la arteria facial en lugar de la labial superior; la maniobra permite extender la sección ulterior hacia el bermellón del labio superior y el colgajo puede ser agrandado y rotado con mayor facilidad. Stranc y Robertson, en 1983, diseñaron un colgajo similar en isla: la base se apoyaba en los vasos faciales, al que denominaron colgajo en campanario, que en esencia es una isla nasolabial interna que luego es volcada hacia su posición definitiva. Aunque se evita la microstomía y puede haber alguna recuperación motora, en la mayoría de los pacientes la pérdida sensitiva es marcada.⁽¹⁰⁾ En esta experiencia se llegó a un resultado satisfactorio con el colgajo en abanico de Gillies (lo que se muestra en las Figuras 3 y 4). A pesar de las ventajas que aportan sus modificaciones es un colgajo versátil siempre que se respeten sus indicaciones en manos expertas.

En 1975 el Doctor Leandro Castañón⁽¹⁴⁾ presentó una técnica basada fundamentalmente en la creación y la rotación de un colgajo rectangular de los tejidos peribucales para la reconstrucción de defectos quirúrgicos labiales parciales o totales (en tal caso se conforma bilateral). El colgajo rectangular presenta una incisión vertical que no sobrepasa la comisura labial, lo que permite una restauración anatómica de las comisuras, elimina el microstoma y permite una adecuada función del esfínter labial que conserva las funciones nerviosas, sensitivas y motoras, como se observa en la Figura 6. Al diseñar el colgajo de espesor total, este aporta la mucosa del futuro labio. Luego de más de 30 años de uso de esta técnica y de realizar una evaluación de los resultados obtenidos, los autores la consideran satisfactoria y se recomienda su empleo en la reconstrucción de defectos quirúrgicos labiales. Varios autores presentaron un caso en el que utilizaron esta técnica con resultados favorables.⁽¹⁵⁾

Para defectos cutáneos hay una variada gama de posibilidades reconstructivas, pero se puede afirmar, sin vacilación, que el protagonismo lo poseen los colgajos nasogenianos y en isla. En una serie de casos se restituyeron todos los defectos cutáneos labiales de espesor parcial con estos colgajos.⁽⁴⁾ Otros autores^(1,9,10) plantean que el colgajo en isla es adecuado para defectos grandes que comprometen los bordes laterales del labio superior y alegan resultados cosméticos significativos. En el caso presentado en la Figura 7 el resultado fue adecuado desde el punto de vista estético y funcional, por lo que los autores coinciden con lo anteriormente discutido.

CONCLUSIONES

Existen abundancia y variabilidad en cuanto a técnicas quirúrgicas descritas para la reconstrucción labial; sin embargo, no se ha elaborado protocolo alguno sobre el

tema. La mayoría de los autores coinciden en que se debe individualizar el caso y estar atentos a las características propias del paciente y del defecto a reconstruir. Apliquen principios en relación a técnicas, la mente que domine los principios creará sus propias técnicas.⁽¹⁴⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López F, Vásquez O, Ocampo Candiani J. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. *Dermatol CMQ* [Internet]. 2015 [citado 19/06/2023]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2015/dcm151e.pdf>
2. Chaput B, Meresse T, de Bonnecaze G, Eburdery H, Vairiel B, Sadeler A, et al. Cirugía reparadora de los labios. *EMC-Cirugía Plástica Reparadora y Estética* [internet]. 2018 [citado 19/06/2023]; 26(2): [aprox. 17p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1634214318415142>
3. Huentequero CM, Siso SC, Unibazo AZ, Pino DD, Alister JP, Mayer CO, et al. Colgajos locales en reconstrucción facial: alternativas de tratamiento. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2021 [citado 19/06/2023]; 15(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n2/0718-381X-ijodontos-15-02-538.pdf>
4. Merech Y, Auvieux C, Belén de la Fuente B, Pildain F, Dávalos Núñez G. Reconstrucción de defectos de labio superior con colgajos locales: presentación de casos y revisión bibliográfica. *Rev Argent Cir Plást* [Internet]. 2021 [citado 19/06/2023]; 27(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223715>
5. Fernandes R. Local and regional flaps in head and neck reconstruction: a practical approach [Internet]. Florida: John Wiley and Sons; 2015. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781118947272.fmatter>
6. Hernandez González T, Solenzal Álvarez Y, Amaro Garrido MA, Martínez Hernández AL, Martín Basso R. Tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide de un 40% de labio inferior: reporte de caso. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2019 [citado 19/06/2023]; 21(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n3/1608-8921-gme-21-03-112.pdf>
7. 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* [Internet]. 2020 [citado 19/06/2023]; 30(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2020/cp202g.pdf>
8. Dubey SP, Molumi CP, Swoboda H. Color atlas of head and neck surgery: a step by step guide [Internet]. Papua, New Guinea: Springer International Publishing Switzerland; 2016 [citado 19/06/2023]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books/about/Color Atlas of Head and Neck Surgery.html?id=QdtkvgAACAAJ&redir_esc=y
9. Liu J, Shi B. Atlas of lip and nose plastic and cosmetic surgery [Internet]. PR China: Springer Nature Singapore; 2021 [citado 19/06/2023]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books/about/Atlas of Lip and Nose Plastic and Cosmetic.html?id=F-VJEAAAQBAJ&redir_esc=y

10.Thomaidis VK. Cutaneous flaps in head and neck reconstruction: from anatomy to surgery [Internet]. Greece: Springer Verlag Berlin Heidelberg; 2014 [citado 19/06/2023]. Disponible en:

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-41254-7>

11.Pérez Lopez I, Martínez Lopez A, Ruiz Carrascosa JC, Ruiz Villaverde R. Cierre de grandes defectos en el labio inferior: combinacion: colgajo de Karapandzic y colgajo de deslizamiento contralateral. Actas Dermo-Sifiliograf [Internet]. 2018 [citado 01/06/2023]; 109(2): [aprox. 2 p.].Disponible en:

<https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0001731017303502> <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.03.020>

12.Aldana C, Meza ME, Méndez E, Sandoval J. Reconstrucción de labio inferior con técnica e Karapandzic. Cir Parag [Internet]. 2018 [citado 19/06/2023]; 42(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v42n2/2307-0420-sopaci-42-02-28.pdf> <https://doi.org/10.18004/sopaci.2018.agosto.28-30>

13.Herrera Y, Longo A. Reconstrucción de labio inferior con colgajo Karapandzic. Rev Méd Col Méd Cir Guatemala [Internet]. 2020 [citado 19/06/2023]; 159(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/77b0e57b-bf60-47b7-ab5f-d8c9534ec84c>

14.Castañón Roche L, Delys Fernández RE, Rodríguez Jiménez R. Reconstrucción labial. Medicentro [Internet]. 2009 [citado 19/06/2023]; 13(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en:

<https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/download/290/381>

15.Canto Vidal B, Gil Milá JD, Pérez García A, Gil Ojeda E, Molina Macías D, Aguilar Colina D. Cirugía reparadora en el servicio de Cirugía Maxilofacial: Cienfuegos, 2015-2019. Medisur [Internet]. 2020 [citado 19/06/2023]; 18(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n6/1727-897X-ms-18-06-1130.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de autores:

ARSB: Concibió la idea, análisis formal, metodología, visualización, supervisión
EJGCH, DRB: Análisis formal, metodología, redacción del borrador inicial y versión final de manuscrito