

Tratamiento quirúrgico del labio doble Presentación de dos casos clínicos

Surgical treatment of the double lip. Presentation of two clinical cases

Dr. Alejandro Alonso Moctezuma 1

CD. Julia Esther Kattan- Rodríguez¹ 2

Dra. Fabiola Salgado- Chavarria 3

1. Doctor en ciencias odontológicas. Adscrito a la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: alonsomoctezuma@fo.odonto.unam.mx
ORCID: 0000-0001-6265-6636

2. Residente de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: julia.ekattan@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8570-0775

3. Doctora en ciencias odontológicas. Adscrito de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: cmf_fabiolasalgado@fo.odonto.unam.mx
ORCID: 0000-0002-8507-8346

Resumen

¹Autor de correspondencia. Dirección: Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación Científica, Facultad de Odontología, UNAM. Circuito de investigación científica. No 1853, Cu, Coyoacán, cp 04360. Ciudad de México, México.

El labio doble es una anomalía del desarrollo que consiste en un exceso de tejido conjuntivo en la mucosa del labio superior, producido por un aumento de las glándulas salivales menores. Puede ser congénita o adquirida, se relaciona con trauma o hábitos parafuncionales. Clínicamente puede tener la apariencia de un arco de cupido debido a que el frenillo se encuentra en la parte central en la mayoría de los casos. El objetivo de este artículo es reportar el tratamiento quirúrgico del labio doble adquirido en dos casos clínicos y realizar una revisión amplia de la literatura. El primer caso, una paciente mujer de 23 años con aumento de volumen de la mucosa del labio superior secundario a un tratamiento estético nasal; el segundo caso, paciente masculino de 26 años con antecedente de traumatismo en el tercio medio facial en la infancia, ocasionando un pliegue sobresaliente en el labio superior. Ambos casos fueron tratados quirúrgicamente mediante técnica de incisión elíptica, obteniendo excelentes resultados estéticos, sin recidivas a largo plazo.

Palabras clave: doble labio, síndrome de Ascher, macroquelia, incisión elíptica, hipertrofia labial (Mesh)

Abstract

The double lip is a rare anomaly that consists of an excess of hypertrophic tissue in the mucosa of the lip, produced by a non-inflammatory hyperplasia of the minor salivary glands. It can be congenital or acquired, it is related to trauma or parafunctional habits. Clinically it can have the appearance of a cupid's bow because the frenulum is in the central part in most cases. The objective of this article is to report the surgical treatment of acquired double lip in two clinical cases and to carry out a comprehensive review of the literature. The first case, a 23-year-old female patient reported an increase in the volume of the mucosa of the upper lip after an aesthetic treatment on the nasal tip; The second case is a 26-year-old male patient who reported trauma to the midface at 10 years of age, causing a protruding fold on the upper lip. The two cases were treated with an elliptical incision, obtaining excellent aesthetic results, without long-term recurrences.

Key words: Double lip, Ascher syndrome, macroquelia, elliptical incision, labial hypertrophy. (Mesh)

Introducción

El labio doble (LD) o *labium duplex*, también denominado "macroquelia" o hamartoma (1-2), es una anomalía del desarrollo del labio que es congénita o adquirida, es poco frecuente y puede afectar ambos labios, pero es común en el labio superior (1,3,4). Desde una perspectiva anatómica y de manera general, el labio está conformado principalmente por el músculo orbicularis oris (OO), un revestimiento mucoso de glándulas salivales en su parte interna y una cobertura externa de piel pilosa. El músculo OO es un músculo constrictor, carece de soporte óseo o conjuntivo, da forma a los labios y su principal función es esfinteriana, es decir, cierra la boca y la mantiene firmemente sellada (5). El labio superior es una estructura mas compleja. Su función depende de la acción del músculo OO y de tres músculos adicionales: el depresor del septi nasi, la porción alar del nasalis y del elevador del labio superior y el ala de la nariz (6).

La mucosa labial esta conformada por un epitelio plano estratificado no queratinizado, que se une al corion mediante la membrana basal. El corion esta compuesto por tejido conectivo laxo con papilas altas y fibras elásticas y colágenas firmemente adheridas al labio. La submucosa es poco desarrollada, con cúmulos linfoides y glándulas salivales menores de tipo mixto, con predominio mucoso. La mucosa es rosada, húmeda y muestra una red vascular notable. Su apariencia puntiforme se debe a los orificios de salida de las glándulas salivales, que están distribuidas principalmente en la submucosa del labio inferior y superior, contribuyendo a la lubricación y protección de la mucosa oral (7).

El LD consiste en un pliegue de tejido conjuntivo excesivo o redundante en el lado de la mucosa del labio y es causado por un aumento de las glándulas mucosas labiales (1-2). En cuanto a su desarrollo, no se observa predilección por edad o sexo; sin embargo, existen reportes de una relación hombre:mujer de 7:1 (8). Clínicamente, un LD es más evidente cuando el paciente sonríe o habla. Mientras sonríe, el labio doble bilateral se observa como un pliegue hipertrófico en forma de

arco de cupido por el exceso de mucosa que se coloca sobre los dientes superiores (1).

La variedad congénita se origina entre las semanas 4 y 12 del desarrollo embrionario y su formación es secundaria a la persistencia del surco horizontal que separa la *pars glabrosa* y *villosa* del labio en desarrollo (1,2,4). Durante el período fetal, la mucosa del labio superior se divide en dos zonas transversales: *pars glabrosa* y *villosa*. La primera es la zona exterior lisa cerca de la piel y la segunda es la zona interna similar a la mucosa de la cavidad bucal (2,4). Kalkur *et al.* (1) mencionan que la persistencia de un surco horizontal exagerado entre estas zonas da lugar al tipo congénito de labio doble. Actualmente, se desconoce la causa exacta de la formación del LD congénito; pero puede transmitirse como un trastorno autosómico dominante (9). En cambio, el LD adquirido está relacionado con trauma o hábitos orales como la succión del labio por los diastemas (1). El tratamiento para ambos tipos es quirúrgico y está indicado por razones estéticas; su recurrencia es rara (10).

Los casos reportados en este trabajo son de tipo adquirido que presentan un problema estético, por lo que el objetivo es describir el tratamiento quirúrgico del labio doble adquirido en dos casos clínicos y realizar una revisión de la literatura.

Presentación del caso

El primer caso refiere a una paciente identificada como mujer de 23 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Al interrogatorio refirió aumento de volumen en la parte de la mucosa del labio superior que le causaba un aspecto estético poco aceptable y, que apareció ulteriormente a un tratamiento infiltrativo con ácido hialurónico en la punta nasal. A la exploración clínica se observó un pliegue mucoso labial (LD) en el labio superior que le condicionaba a una apariencia más gruesa, sobrepasando el borde bermellón del labio (figura 1A).

El segundo caso, hombre de 26 años sin antecedentes patológicos de importancia, reporta caída en la infancia desde su plano de sustentación (bicicleta), recibiendo traumatismo contundente en labio superior; como consecuencia, menciona la aparición de un pliegue de mucosa labial, sobresaliente de los bordes anatómicos del labio. A la exploración clínica se observó un pliegue de tejido que se extiende de manera bilateral en el labio superior sin constricción en la línea media (figura 2A).

Ninguno de los pacientes presentaba alguna anomalía congénita asociada, dolor o hábitos parafuncionales. Se realizó el mismo protocolo quirúrgico en ambos casos.

Figura 1. Fotografías del momento inicial y posterior control. Caso clínico 1.



Fuente: registro tomado por los autores.

Descripción: Fig 1A: El labio doble (LD) de 4 mm de ancho desde la línea del bermellón labial. Fig 1B: Posoperatorio a las 2 semanas. Fig 2C: Posoperatorio a los 8 meses.

Figura 2. Fotografías del momento inicial y posterior control. Caso Clínico 2.



Fuente: registro tomado por los autores.

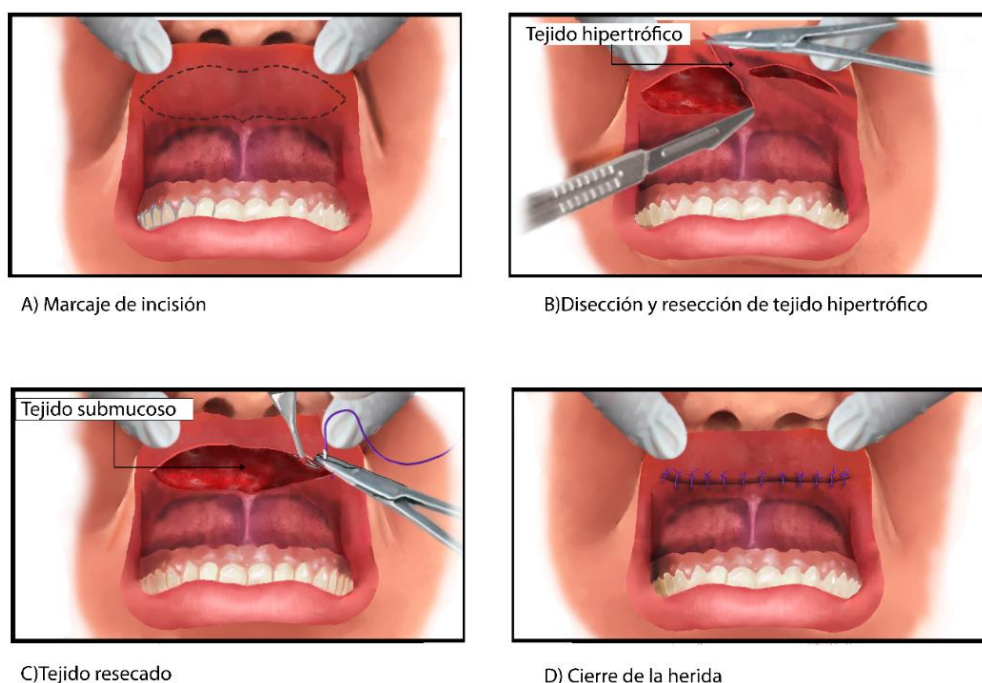
Descripción: Fig 2A: LD bilateral secundario a traumatismo, de 5 mm de grosor. Fig 2B: Posoperatorio a las 2 semanas.

Procedimiento quirúrgico

Previa antisepsia, se les pidió a los pacientes que sonrieran para definir bien los límites del tejido y poder delimitar el marcaje de forma elíptica conservando la inserción del frenillo (figura 3A), posteriormente se bloqueó el nervio infraorbitario con lidocaína y epinefrina al 2% para evitar la deformación del tejido. La incisión se realizó siguiendo los márgenes previos con hoja de bisturí Núm. 15, luego se continuó con disección roma para evitar daño de los nervios labiales superiores hasta eliminar todo el exceso de tejido mucoso y submucoso respetando el músculo orbicular (figuras 3B y 3C). Finalmente, se verificó hemostasia y se hizo el cierre primario de la herida con sutura Vicryl® 5-0 (figura 3D). Durante el procedimiento no hubo complicaciones quirúrgicas y para la recuperación, se envió medicación con antibiótico (amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 7 días), antiinflamatorio (ibuprofeno 600 mg cada 8 horas por 5 días) y antiséptico (clorhexidina al 0.12% cada 8 horas por 10 días). Se retiraron las suturas a los 7 días, observando

cicatrización y evolución favorable. El seguimiento a largo plazo no registró recurrencia del LD. Los pacientes quedaron completamente satisfechos con el resultado estético (figuras 1B, 1C y 2B).

Figura 3. Técnica quirúrgica.



Fuente: imágenes realizadas por los autores.

Consideraciones éticas

Este reporte de casos fue realizado de conformidad con los principios éticos establecidos. Ambos casos descritos contaron con el consentimiento informado por escrito de los pacientes, quienes autorizaron tanto la realización del procedimiento quirúrgico como la publicación de sus casos en este artículo científico. Se garantizó

la confidencialidad de la información mediante el anonimato de los datos personales, con el fin de asegurar que la identidad de los pacientes no pueda ser revelada.

Discusión

El LD es una anomalía poco descrita que se vincula a un origen congénito o adquirido. El LD adquirido puede ocurrir después de trauma o por hábitos orales y/o en algunos casos podría asociarse con otras anomalías como úvula bífida, paladar hendido, hemangiomas y queilitis angular (11). También, está asociado al síndrome de Ascher, el cual se acompaña de labio doble, agrandamiento de la glándula tiroides en un 10% al 50% de los casos y blefarocalasia en un 80% (4). La etiología de este síndrome es desconocida, pudiendo tener una causa congénita o adquirida, algunos autores lo asocian a trauma, disfunción hormonal y a una herencia autosómica dominante. Debido a que es un síndrome poco común, a menudo el diagnóstico es omitido (12-13). En nuestros casos ninguno de los pacientes se relacionó con el síndrome.

Entre sus diagnósticos diferenciales se mencionan hemangioma, linfangioma, angioedema, infecciones, mucocelo e hiperplasia fibrosa inflamatoria (14-15). Estos diagnósticos se descartaron en nuestros pacientes por no presentar una constricción central como se ha reportado en otros casos y, según Alkan y Metin podría tener diferentes presentaciones clínicas y etiologías (16).

Siwach *et al.* (14) mencionan que una herramienta diagnóstica clínica para diferenciar el LD adquirido por trauma o sindrómico, es que cuando este se encuentre asociado a un agrandamiento de la tiroides, se podrá observar un labio con edema angioneurótico que involuciona con el tiempo (sin un tratamiento específico). En cambio, cuando es secundario a un traumatismo, existe la presencia de exceso de tejido y un aumento de las glándulas mucosas labiales no inflamatorias. Por ejemplo, el *épulis fissuratum*, que surge debido a trauma constante por una prótesis dental, debe diferenciarse del LD por traumatismo

crónico. Clínicamente, el épulis está directamente relacionado con un borde de la dentadura sobreextendido y desaparece inmediatamente una vez retirada la dentadura.

Costa-Haneman informó un caso de hemangioma de cabeza relacionado a un labio doble que afectaba al labio superior. Este paciente tenía un ligero agrandamiento de la glándula tiroides, así como una evaluación hormonal normal (17). Los casos presentados en este artículo no se relacionaron con ninguna condición sistémica, eran de tipo adquirido.

El diagnóstico de labio doble se realiza de manera clínica. Por lo general, compromete la estética cuando el paciente sonríe, gesticula o intenta mostrar los dientes (18). La razón es que las contracciones del músculo *orbicularis oris* exageran el surco horizontal, retraen el labio y colocan la mucosa sobre los dientes maxilares dando una apariencia de doble labio (2). Según Converse *et al.* (19), la anatomía del músculo OO es normal y no hay fibras musculares presentes, lo que genera que cuando el paciente sonríe, el pliegue de tejido extra produzca esta anomalía. En los casos mencionados no se observaron clínicamente fibras musculares como ha sido reportado.

En cuanto al tratamiento, se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas para la mejora de esta condición. Principalmente van dirigidas tanto a mejorar la estética como la función del paciente. Sin embargo, se deben considerar varios aspectos importantes antes de realizar la cirugía y decidir el tipo de técnica que se va a seleccionar. Analizar la forma del labio es un punto esencial que debe ser tomado en cuenta para la elección de la técnica quirúrgica (20).

Las técnicas más comúnmente descritas para la corrección del labio doble son la z-plastia, v-y plastía, w -plastía y la incisión elíptica. Técnicas más nuevas son incisión triangular y más recientemente se ha descrito el uso del láser (21). El uso de láser

en combinación con el bisturí ofrece ventajas como un campo operatorio limpio y una mejor cicatrización posoperatoria con resultados satisfactorios (1,3).

En 1969, Guerrero- Santos y Altamirano (22) fueron de los primeros en recomendar la w-plastía, mencionando que su principal ventaja es que al final de la sutura no aparece un exceso de tejido a diferencia de otras técnicas. La z plastía se ha utilizado como alternativa para evitar la deformación y el adelgazamiento de los labios que podrían ocasionar otros métodos quirúrgicos (21). En el 2005, Eski *et al.* (23) demostraron que la incisión elíptica con plastia en Z vertical era una opción adecuada en pacientes con una banda de constricción central corta.

Cortes Aroche (24) empleó la incisión en media luna (elíptica) describiéndola como una técnica que permite respetar las estructuras vasculares, el frenillo labial y músculos, adelgazar el grosor del labio superior al eliminar el tejido conjuntivo fibroso junto con el exceso de glándulas salivales menores presentes en esta zona, y es una técnica indicada en casos sin constricción central (3). En este estudio se utilizó la técnica de incisión elíptica para el tratamiento, debido a que no solo es sencilla de realizar, sino que también presenta muy buenos resultados estéticos.

Muy pocos casos reportan recurrencias después del tratamiento. Anehosur *et al.* (9) mencionan que la recidiva es común en casos adquiridos a diferencia de los casos congénitos. No obstante, en nuestro estudio no se reportó ningún caso de reincidencia. Uchikawa *et al.* (25) reportó una recurrencia debido a la incorrecta determinación de la línea de incisión y a la falta de identificación de la capa profunda del exceso de tejido al realizar el tratamiento quirúrgico bajo anestesia general, por lo que recomiendan el procedimiento con anestesia local.

En conclusión, el labio doble es una anomalía que puede tener diversas etiologías, ya sea congénita o adquirida. Independientemente de su origen, el tratamiento es quirúrgico y busca restablecer la función y la armonía estética del labio. La elección de la técnica quirúrgica queda a criterio del cirujano, como lo fue en cada uno de los

casos aquí presentados, debido a que las diferentes opciones descritas para el tratamiento del labio doble han demostrado resultados estéticos favorables. La incisión elíptica es una de las técnicas de elección por ser sencilla, relativamente rápida y capaz de proporcionar resultados satisfactorios como los que encontramos en los casos reportados.

Si bien en este estudio se han abordado únicamente casos de labio doble adquirido, la literatura no menciona diferencias significativas en el manejo quirúrgico del labio doble congénito. A pesar de ello, sería relevante analizar si existen variaciones en la técnica o en los resultados posoperatorios, con el fin de mejorar el enfoque en la toma de decisiones quirúrgicas y optimizar los resultados funcionales y estéticos.

Agradecimientos: no se tienen agradecimientos adicionales para este trabajo

Conflictos de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés en la realización y publicación de este artículo.

Referencias bibliográficas

1. Kalkur C, Burde K, Anusha RL, Halim N, Sattur A. Acquired maxillary double lip. J Oral Res. 2019; 11: 29-31. DOI 10.4103/jorr.jorr_4_18
2. Aggarwal T, Chawla K, Lamba AK, Faraz F, Tandon S. Congenital Double Lip: A Rare Deformity Treated Surgically. World J Plast Surg. 2016; 5(3):303-307.
3. Gupta M, Vig H, Kumar Y, *et al.* Non-syndromic double upper lip with triple frena: cosmetic cheiloplasty. BMJ Case Rep. 2021;14: e243156. DOI:10.1136/bcr2021-243156
4. Lewandowski B, Brzecka D, *et al.* Surgical management of double lip: A case report. Eur J Paediatr Dent. 2020;21(3): 197-198. DOI: 10.23804/ejpd.2020.21.03.07

5. López F, Vásquez O, Ocampo-Candiani J. Reconstrucción del labio: conceptos actuales. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2015;13(1):24-32.
6. Boson AL, Boukovalas S, Hays JP, Hammel JA, Cole EL, Wagner RF Jr. Upper lip anatomy, mechanics of local flaps, and considerations for reconstruction. *Cutis*. 2021 Mar;107(3):144-148. DOI: 10.12788/cutis.0205
7. Gómez de Ferraris ME, Campos Muñoz A. *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.
8. Palma M, Taub D. Recurrent double lip: literature review and report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:e20–3. DOI: [10.1016/j.tripleo.2008.11.016](https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.11.016)
9. Anehosur V, Kulkarni K, Krishnamurthy K, Janardhan A. Congenital maxillary double lip: A case report and review of literature. *Int J Med Dent Case Rep*. 2019; 6:1-3. DOI: 10.15713/ins.ijmdcr.120
10. Gadre PK, Agarwal R, Kumar S, Singh D, Chaudhary M. Maxillary double lip. A case report and review literature. *Int J Res Health*. 2014;2(3):871-4.
11. Pokhrel K, Shrestha S, Sharma S. Congenital Maxillary Double Lip: A Case Report. *J Nepal Soc Perio Oral Implantol*. 2021;5(1):61-63. DOI: 10.3126/jnspoi.v5i1.38199
12. Mishra SS, Munde AD, Tambe SS, J. Farooqui AA. Ascher Syndrome: A Case Report. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 2020;32:405-7. DOI: 10.4103/jiaomr.jiaomr_146_20
13. Scardovi S, Bueno L, Raffo M. Síndrome de Ascher. clínica y tratamiento a propósito de un caso clínico. *Odontoestomatología*. 2018;20(31):78-85. DOI: 10.22592/ode2018n31a9
14. Siwach A, Mittal R, Mattoo K, Goswami R. Double Lip Correction for Enhancing Complete Denture Aesthetics. *Journal Of Case Reports: Clinical & Medical*. 2019; 2(2):133.
15. Dhanapal R, Nalin Kumar S, Saraswathi T R, Uma Devi M, Joshua E, Veerabahu M, Ranganathan K. Maxillary double lip and cheilitis glandularis:

- An unusual occurrence. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2007;11:35-37. DOI:10.4103/0973-029X.33963
16. Alkan A, Metin M. Maxillary double lip: Report of two cases. *J Oral Sci.* 2001;43(1):69-72. DOI: 10.2334/josnurd.43.69
 17. Costa-Hanemann J, Tostes D, Fernandes M, James da Silva dos Anjos M, Santana E. Congenital double lip associated to hemangiomas: report of a case. *Med Oral.* 2004; 9 (2): 155–8.
 18. Kaur A, Chaudhry K, Khatana S. Double Lip with Hexadactyly in All the Four Limbs: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019;20(4):586-588. DOI: 10.1007/s12663-019-01283-0
 19. Converse JM, Wood-Smith D, Macomber WB, Wang MKH. *Reconstructive plastic surgery.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1977.
 20. Troeltzsch M, Brocker I, Ehrenfeld M, Otto S. Surgical Correction of Double Upper Lip Deformities Without Mucosal Excision: A Transvestibular Approach. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2019; 39 (1): 49-54. DOI: 10.11607/prd.3450
 21. Ariyawardana A. Congenital double upper lip: review of literature and report of a case. *J Investig Clin Dent.* 2011; 2: 212-215. DOI: 10.1111/j.2041-1626.2011.00065.x
 22. Guerrero-Santos J, Altamirano JT. The use of wplasty for the correction of double-lip deformity. *Plast Reconstr Surg.* 1967;39(5):478-481. DOI: 0.1097/00006534-196705000-00007
 23. Eski M, Nisanci M, Aktas A, Sengezer M. Congenital double lip: Review of 5 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;45(1):68-70. DOI: 10.1016/j.bjoms.2005.04.017
 24. Cortés-Aroche S. Double Lip Treated with “Midmoon” Incision. Report of a Case. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(3):277-280. DOI: 10.1016/j.bjoms.2005.04.017
 25. Uchikawa E, Yoshizawa M, Funayama A, Mikami T, Kobayashi T. Recurrent congenital double upper lip: A case report. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2018;30(3):247-251. DOI: 10.1016/j.ajoms.2017.11.010

Versión preliminar