



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

TEMA

**TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LABIO DOBLE DE
ORIGEN CONGÉNITO EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CHIMBORAZO DURANTE EL PERÍODO JUNIO – NOVIEMBRE 2014**

AUTORA

JÉSSICA MONSERRATH BONILLA BRITO

TUTOR

DR. MARCO ZÚÑIGA

RIOBAMBA - ECUADOR

FEBRERO - 2015

HOJA DE APROBACION

El tribunal de defensa privada conformada por la Dra. Ms. Sonia Mora Sánchez Presidente del tribunal, el Dr. Marco Zuñiga miembro del tribunal y, el Dr. Josué Barzallo miembro del tribunal, certificamos que la señorita **Jéssica Monserrath Bonilla Brito**, portadora de la cédula de identidad N°060389682 – 0, egresada de la carrera de odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previo a la obtención del título de odontóloga, con el tema de investigación : **TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LABIO DOBLE DE ORIGEN CONGÉNITO EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO DURANTE EL PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE 2014.**

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, 27 Enero del 2015



Dra. Ms. Sonia Mora S.

Presidenta del tribunal



Dr. Marco Zuñiga

Miembro del tribunal



Dr. Josué Barzallo

Miembro del tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Jéssica Monserrath Bonilla Brito portadora de la cédula de identidad N° 060389682-0, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Jéssica Monserrath Bonilla Brito

060389682-0

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por la señorita **JÉSSICA MONSERRATH BONILLA BRITO** para optar al título de **ODONTÓLOGA**, y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 17 de Octubre de 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marco Zúñiga', is written over a horizontal dotted line.

Dr. Marco Zúñiga.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi familia, por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios, a mis profesores quienes me han brindado sus conocimientos para alcanzar así mi meta propuesta y llegar al éxito, pero sobre todo agradezco a Dios y a todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron para la realización de la tesina.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante y por estar conmigo en cada paso que doy.

Con mucho cariño principalmente para mis padres por su apoyo incondicional, comprensión, amor, sacrificio y ayuda, gracias por creer en mí y haber depositado su entera confianza en cada reto que se me presenta. A mis hermanas por estar junto a mí siempre y acompañarme en todo momento. A mis tíos y primos por cada palabra de aliento.

A mí querido hijo, a quien amo con todo mi corazón, gracias por tu afecto y cariño que a tu corta edad me demuestras como prueba de tu apoyo, tu eres y serás mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis amados abuelitos Alberto y Leonor que con su sabiduría me han guiado. Gracias a mi abuelita querida por su paciencia, por los consejos, por el amor que me da, por el apoyo incondicional en mi vida. A ti mi querido abuelito tiquito, fuiste un pilar muy importante en mi vida y a pesar de no estar físicamente conmigo vives en mi corazón y esto también es parte de ti, gracias por el infinito amor que siempre me diste. Gracias a todos ustedes, porque gracias a ustedes he logrado culminar una meta tan anhelada.

RESUMEN

El tema de la tesina es *“Técnicas quirúrgicas para el tratamiento de labio doble de origen congénito en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Nacional de Chimborazo”*. El labio doble se produce por una hipertrofia de la zona interna de la mucosa labial y no contiene por tanto fibras musculares. Puede aparecer de forma aislada o en asociación con otras malformaciones congénitas como el Síndrome de Ascher, que además presenta blefarocalasia (inflamaciones de párpados) y aumento asintomático de la glándula tiroides. En la literatura encontramos descritas diversas técnicas quirúrgicas para la corrección del labio doble, la mayoría de las cuales realizan resección elíptica; de todas maneras, la técnica quirúrgica final, es decisión del especialista, ya que cada paciente presenta características diferentes. En Latinoamérica existen pocos casos que reportan el labio doble, dentro de las anomalías en labios estas se desarrollan más o menos en forma simultánea o posterior a un trauma. El objetivo de la investigación fue, el diagnosticar y tratar el labio doble usando técnicas quirúrgicas apropiadas en una paciente de 52 años atendida en la Unidad Académica Odontológica de la Universidad Nacional de Chimborazo. El tipo de investigación fue explorativa y explicativa. Se diagnosticó el origen del labio doble, como congénito fundamentando la técnica quirúrgica adecuada para su tratamiento, la cual se determinó en dos elipses transversas, dando resultados positivos en la paciente. Los resultados fueron óptimos en la recuperación funcional y estética de la paciente. Es necesario conocer la etiología del labio doble, para aplicar el correcto tratamiento en los pacientes, ya que existen diferentes técnicas, que deben ser conocidas por el profesional, para el correcto tratamiento del labio doble, la cual se determina para cada caso. Los resultados del tratamiento, han sido en beneficio de la paciente y de la comunidad odontológica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The theme of the thesis is "Surgical treatment of congenital double lip in adult patients of the dental clinic of the National Technical University of Chimborazo." The double lip occurs by enlargement of the inner zone of the labial mucosa and therefore contains no muscle fibers. It may occur in isolation or in association with other congenital malformations such as Ascher syndrome, which also has blepharochalasis (inflammation of the eyelids) and asymptomatic elevations of the thyroid gland. In literature are described different surgical techniques for the correction of double lip, most of which perform elliptical exeresis; anyway, the final surgical technique is up to the specialist, since each patient has different characteristics. In Latin America there are few cases reported double lip, inside lips these anomalies are developed more or less simultaneously or after trauma. The aim of the research was the diagnosis and treatment of double lip using appropriate in a patient of 52 years treated at the Dental Academic Unit of the Universidad Nacional de Chimborazo surgical techniques. The research was exploratory and explanatory. The origin of the double lip was diagnosed as congenital basing the appropriate surgical technique for treatment, which was determined in two transverse ellipses, yielding positive results in the patient. Optimal results were functional recovery and aesthetics of the patient. To know the etiology of double lip to apply the right treatment for patients, since there are different techniques that should be known by the professional, for the proper treatment of double lip, which is determined for each case. Treatment results have been for the benefit of the patient and the dental community.

Reviewed by:

Patricia Moyota A.
ENGLISH TEACHER



ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	6
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.2.1.	Anatomía de los labios.....	7
2.2.2.	Musculatura labial.....	8
2.2.3.	Inervación.....	9
2.2.4.	Vascularización labial.....	9
2.2.5.	Embriología.....	9
2.2.6.	Labio doble.....	10
2.2.7.	Etiología.....	11
2.2.8.	Enfermedad congénita o adquirida.....	11
2.2.9.	Incidencia.....	12
2.2.10.	Características clínicas.....	12
2.2.11.	Enfermedades o trastornos asociados.....	12
2.2.11.1.	Síndrome de Ascher.....	12
2.2.12.	Tiempos quirúrgicos.....	14
2.2.13.	Tratamiento.....	15
2.2.13.1.	Técnicas quirúrgicas.....	16
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	18
2.4.	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	19

2.4.1.	Hipótesis.....	19
2.4.2.	Variables.....	19
2.4.2.1.	Variables dependientes.....	19
2.4.2.2.	Variable independiente.....	19
2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20

CAPÍTULO III

3.	MARCO METODOLÓGICO.....	21
3.1.	MÉTODO.....	21
3.1.1.	Tipo de investigación.....	21
3.1.2.	Diseño de investigación.....	21
3.1.3.	Tipo de estudio.....	22
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
3.2.1.	Población.....	22
3.2.2.	Muestra.....	22
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	22

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	23
4.1.	PROCEDIMIENTO.....	23
4.1.1.	Historia clínica.....	23

4.1.2.	Examen del sistema estomatognático.....	24
4.1.3.	Equipamiento e instrumental.....	24
4.1.4.	Preparación previa del paciente.....	25
4.1.5.	Preparativos inmediatos.....	26
4.1.5.1.	Preparación del paciente.....	26
4.1.5.2.	Preparación del operador.....	26
4.1.5.3.	Preparación de la zona quirúrgica.....	27
4.1.5.4.	Posiciones del paciente y del profesional.....	27
4.1.6.	Procedimiento quirúrgico.....	29
4.1.7.	Medicamentos.....	31
4.1.8.	Indicaciones.....	31
4.1.9.	Resultados del procedimiento quirúrgico.....	32

CAPÍTULO V

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1.	CONCLUSIONES.....	33
5.2.	RECOMENDACIONES.....	33
	BIBLIOGRAFÍA.....	34
	ANEXOS.....	36
	FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
	DIAGRAMA CONCEPTUAL DE LA PROBLEMATIZACIÓN.....	42
	ANÁLISIS DE LABORATORIO PREVIO A LA CIRUGÍA.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1.2: Partes del labio.....	7
Figura N° 2.2: Músculos del labio.....	8
Figura N° 3.2: Procesos frontonasales y maxilares en el craneofacial.....	10
Figura N° 4.2: Síndrome de Ascher.....	13
Figura N° 5.2: Deformidad evidente al momento de sonreír.....	16
Figura N° 6.2: Técnica de Z-plastia.....	17
Figura N° 7.2: Técnica quirúrgica W-plastia.....	17
Figura N° 8.2: Técnica quirúrgica en V-Y y en Y-V.....	18
Figura N° 1.4: Instrumental utilizado.....	25
Figura N° 2.4: Posición del paciente y operadores.....	28
Figura N° 3.4: Posición del paciente en Fowler.....	28
Figura N° 4.4: Anestesia.....	29
Figura N° 5.4: Delineado de la zona quirúrgica.....	29
Figura N° 6.4: Incisión con Bisturí.....	30
Figura N° 7.4: Desbridamiento del tejido.....	30
Figura N° 8.4: Sutura.....	31
Figura N° 9.4: Paciente exponiendo los resultados del tratamiento.....	32

INTRODUCCIÓN

El labio doble es una rara entidad clínica que se presenta como un exceso de tejido mucoso labial que puede ocasionar alteraciones funcionales, estéticas o ambas. Su origen puede ser congénito o adquirido y afecta principalmente al labio superior, uni o bilateralmente, pero puede afectar también al labio inferior o incluso a los dos labios. Su incidencia es desconocida, pudiendo aparecer de forma aislada o en asociación con otras anomalías. El tratamiento es quirúrgico y debe realizarse siempre que la anomalía interfiera con el habla, con la masticación, además de por motivaciones puramente estéticas; consiste en la resección de la mucosa y de la submucosa labiales redundantes.

El labio doble se produce por una hipertrofia de la zona interna de la mucosa labial y no contiene por tanto fibras musculares. Puede aparecer de forma aislada o en asociación con otras malformaciones congénitas como el Síndrome de Ascher, que además presenta blefarocalasia y aumento asintomático de la glándula tiroides. Otras condiciones que pueden asociarse son: úvula bífida, fisura palatina, queilitis glandular y alteraciones vasculares. Histológicamente detectamos una hipertrofia de las glándulas mucosas y conductos excretores dilatados. En la literatura encontramos descritas diversas técnicas quirúrgicas para la corrección del labio doble, la mayoría de las cuales realizan una resección elíptica. En 1992, Dorrance, preconiza la resección elíptica, en creciente, del exceso de mucosa y la sutura directa, técnica también preferida por Reddy y Kotewara así como por otros autores. Martins et al., también proponen la resección en elipse del área de mucosa redundante, con aproximación de los bordes de resección y sutura directa cuando el labio doble es unilateral.

Para Gerrero Santos y Altamirano, al resecar en elipse, el cirujano puede incurrir en el error de retirar más tejido del necesario, por lo que defienden realizar una w-plastia como técnica más apropiada para evitar deformidades pos-resección.

Eski et al., más recientemente, describen para aquellos casos en los que existe una brida central, una resección bilateral elíptica de la mucosa hipertrofiada asociada a una z-plastia vertical a nivel de la brida.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades bucales son uno de las principales alteraciones que presenta la población sin ni siquiera darse cuenta. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales son consideradas como uno de los problemas más prevalentes de salud debido a su alta incidencia en todas las regiones del mundo. De entre ellas, destacan las patologías del labio, tales como los trastornos del desarrollo, que incluyen el labio doble, entre otras. COSTA-HANEMANN J. A., TOSTES-OLIVEIRA D., FERNANDES-GOMES M., JAMES DA SILVA-DOS ANJOS M., SANTANA E. (2004).

En Latinoamérica existen pocos casos que reportan el labio doble. Las anomalías en labios se desarrollan más o menos en forma simultánea y abrupta, haciéndose más evidentes en la edad adulta o senil; pueden aparecer espontáneamente o posterior a un trauma, sin embargo, se desconoce la verdadera patogénesis. A veces las deformidades de labios son de tal magnitud que provocan alteraciones funcionales y estéticas, corregibles sólo con intervención quirúrgica. Las variaciones en la frecuencia de presentación de estos defectos se deben a diferentes condiciones como las raciales, es decir sin predilección por raza o género.

En el Ecuador casi no existen reportes en los cuales se presente casos de labio doble , sin embargo se desconoce esta patología debido a que los que la presentan ,lo ven como una forma antiestética mas no como una enfermedad que necesite tratamiento urgente , a menos que exista interferencia al hablar o al masticar.

El problema de este estudio fue principalmente el desconocimiento, debido a la escases de información que existente en torno a esta patología, tanto entre los propios afectados como entre la sociedad y los profesionales, hace que exista mucho desconocimiento, acerca de lo que es el labio doble, por tanto es muy difícil diagnosticar esta patología, ya que sólo afectan a una pequeña parte de la sociedad.

Por eso, estos pacientes se encuentran doblemente desprotegidos, por un lado por el desconocimiento de la propia patología y, por otro, por el desconocimiento de su tratamiento.

También se puede observar problemas estéticos, funcionales y psicológicos debido a que las deformidades de labios son de tal magnitud que provocan alteraciones funcionales y estéticas, corregibles sólo con intervención quirúrgica, y debe realizarse siempre que la anomalía interfiera con algunas funciones y que consiste en la extracción de la mucosa y de la submucosa labiales redundantes, sin compromiso del músculo subyacente. Además de presentar trastornos psicológicos, que con el tiempo y el tratamiento adecuado se va recuperando.

Existe además escases de recursos informáticos, debido al desconocimiento que ha existido y por la falta de información de el mismo tanto bibliográficamente como en la web, por lo tanto existen pocos casos publicados en la actualidad, ya que muchas de las personas que presentan esto no lo ven como una patología, simplemente como un defecto estético en muchos de los casos.

Otro de los problemas que se pudo ver es la inaceptación social ya que es un defecto estético visible en el momento que el labio se tensa, es decir en el momento que la persona sonríe, por tanto existe una inaceptación social debido a que la sociedad no lo ve como algo normal, además de las burlas ya sea tanto de su familia como en la sociedad en general, causa que exista un malestar en la persona que presenta esta patología.

En muchos de los casos cirugía es costosa esto lo realizan los cirujanos maxilofaciales, por lo tanto esta cirugía representa un gasto economía muy alto, y cuando el paciente presenta recursos económicos limitados, es poco probable la realización del mismo por eso en muchos de los casos los pacientes no se realizan el tratamiento.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas para el tratamiento del labio doble de origen congénito en paciente de 52 años atendida en la clínica odontológica de la Universidad Nacional de Chimborazo, durante el período Junio - Noviembre 2014?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo general.

Conocer las técnicas quirúrgicas apropiadas para el tratamiento del labio doble en una paciente de 52 años atendida en la clínica odontológica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

1.3.2. Objetivos específicos.

- ✓ Fundamentar teóricamente el labio doble y las técnicas quirúrgicas.
- ✓ Conocer el tratamiento quirúrgico adecuado para el caso clínico de labio doble.
- ✓ Realizar la reconstrucción quirúrgica del labio doble.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

En la presente investigación se iniciará con una revisión exhaustiva de caso similar, el cual nos va proporcionar información relevante referente a la patología mencionada, la cual dará recursos informáticos, y se dará tratamiento a la patología con el fin de restaurar las funciones y la estética, y de esa manera solucionar los problemas de inaceptación social.

Se ha podido establecer que la estética es una parte muy importante debido a que la falta de tratamiento causa problemas de autoestima e inaceptación social, dañando el ambiente psicosocial en el que se desarrolla la persona, por lo cual mediante este estudio se dará un tratamiento a adecuado con el fin de que exista una aceptación personal y física tras la cirugía.

Puede decirse que el tratamiento quirúrgico del labio doble está indicado en casos de dislalia e interferencia del cierre labial, llevando a hábitos como el chupeteo del tejido en exceso o, sencillamente, por la preocupación estética del paciente. Esta anomalía es de especial interés para el estomatólogo de práctica general, ya que es el primer profesional que la detecta y establece el diagnóstico de la misma.

El estudio del labio doble nos encamina a descubrir los procedimientos clínicos y semiológicos para un correcto diagnóstico y tratamiento del mismo a los profesionales odontólogos en formación general, hemos tomado un caso clínico en el cual se ha realizado el tratamiento quirúrgico del labio doble con lo que se tratara de mejorar la estética en cuanto a la forma y función de la sintomatología asociada a esta patología y reducir la secuela posquirúrgica al mínimo esto con el fin de generar un incentivo , basado en los resultados de la técnica en mención la cual será difundida para provocar al odontólogo en actualización y generación de nuevos conocimientos en la cirugía oral y maxilofacial.

En la literatura existen pocas referencias relacionadas con el tratamiento, complicaciones y resultados a largo plazo del labio doble, por lo que es prudente continuar con el seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, para normar conductas terapéuticas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

En primer lugar, el labio doble es una de las patologías del labio caracterizada por un repliegue excesivo de tejido en la parte interna de la mucosa labial. El mismo se evidencia al sonreír, puesto que se tensa al estirar el labio. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012).

De este modo, se ha descrito como un surco horizontal que se encuentra entre la parte interior y la exterior del labio, generalmente con mayor incidencia en el superior, aunque también se ha podido observar en la parte inferior o en ambos. Cuando éste se encuentra en reposo, en cambio, su observación se hace más difícil. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012).

El labio doble es una anomalía que se caracteriza por la presencia de un pliegue accesorio de mucosa que se aprecia al hablar, abrir la boca o al sonreír cuya etiología puede ser congénita o adquirida y presentarse en forma aislada o como parte del síndrome de Ascher; afecta mayormente el labio superior, aunque algunas veces puede observarse en el inferior.

El tratamiento quirúrgico está indicado debido a las alteraciones funcionales en la masticación y la fonación, así como defecto estético. Existen diversas técnicas quirúrgicas para su corrección. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012).

Es importante mencionar que en muchos de los casos es vital conocer acerca de lo que se trata el síndrome de Ascher, ya que se puede presentar de forma aislada o como parte de esta anomalía, además de presentar otros problemas asociados como la alteración en la masticación entre otros, como es mencionado en el párrafo anterior. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012).

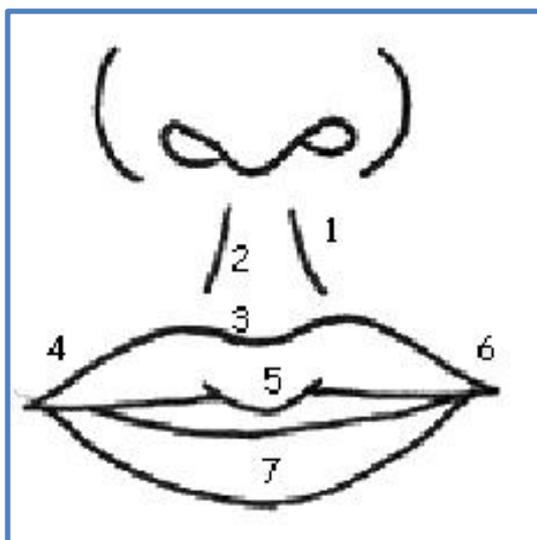
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. Anatomía de los labios.

Macroscópicamente se distinguen tres áreas. El labio blanco correspondiente al área cutánea queratinizada. En la parte media del labio blanco superior existe una depresión, denominada philtrum o arco de cupido. En el labio rojo se distingue una porción interna o “labio húmedo” en continuidad con la mucosa bucal y una porción externa llamada bermellón o “labio seco”. El labio húmedo se encuentra en contacto con la dentición y en su parte media se evidencian los frenillos labiales, siendo más acentuado el superior. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITTA P. (2006)

La porción cutánea se encuentra limitada superiormente por la línea horizontal que pasa por la raíz de los orificios nasales, inferiormente por el surco labiomentoniano y lateralmente por los surcos nasogenianos. La porción mucosa se encuentra limitada tanto superior como inferiormente por el fondo de los vestíbulos y lateralmente en los primeros premolares por delante del nervio mentoniano. Las comisuras labiales es una zona de transición entre el labio superior y el inferior, y constituye una reserva de tejido cutáneo y mucoso que les permite distenderse. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITTA P. (2006)

Figura N° 1.2: Partes del labio.



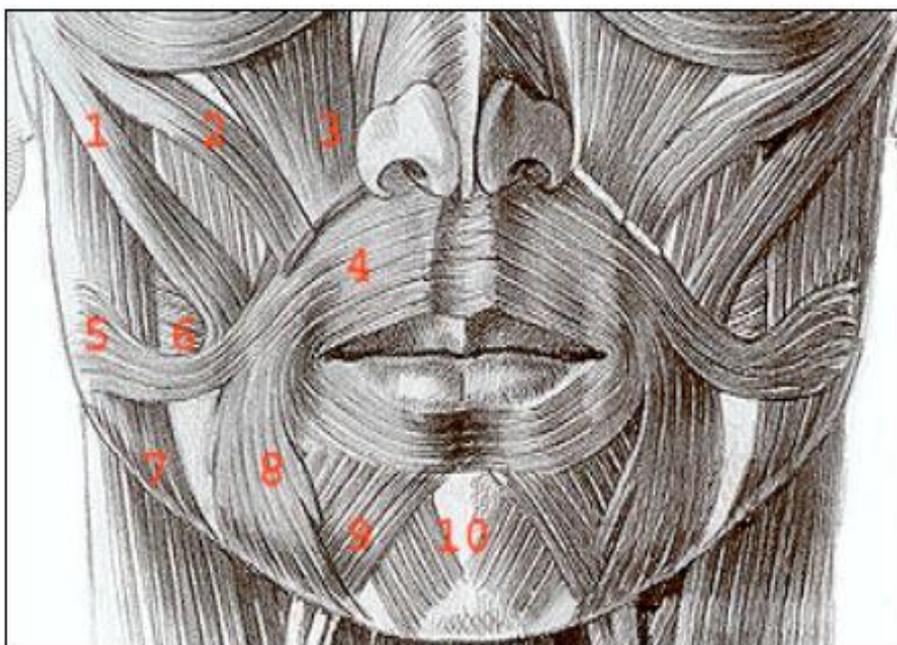
1-Columna del filtrum. 2.- surco del filtrum. 3.- Arco de Cupido. 4.-línea blanca del labio superior. 5.- tubérculo central. 6.-Comisura.7.- Bermellón.

Fuente: MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITTA P. (2006)

2.2.2. Musculatura labial.

El principal músculo perioral es el orbicular de los labios que se divide en dos porciones, una principal constituida por el orbicular interno (adherido a la mucosa oral) y otra accesoria por el orbicular externo (adherido a la dermis). El musculo orbicular es constrictor y asegura el cierre de la boca. A este musculo se adjuntan los músculos incisivos que son cuatro y que a su vez también son constrictoras. El resto de músculos labiales se encuentran en un plano superficial e intervienen en la expresión bucal. Los músculos elevadores del labio superior más importantes son: elevador del labio superior, cigomático mayor y elevador del ángulo bucal. En el labio inferior, la elevación y protrusión de la parte central es producida por los músculos mentonianos. JUAN CARLOS TORO. ANATOMÍA GENERAL Y TOPOGRÁFICA. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

Figura N° 2.2: Músculos del labio.



El orbicular de los labios (4). Los músculos elevadores del labio superior son: el elevador del labio superior (3), el cigomático mayor (1) y el cigomático menor (2). Otros músculos que actúan en los labios son el triangular de los labios (8), el risorio (5) y el buccinador (6). En el labio inferior la elevación por los músculos mentonianos (10), mientras que su descenso se debe a la acción de los músculos cuadrados del mentón (9).

Fuente: GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial.

2.2.3. Inervación.

La inervación motora : depende de las ramas del nervio facial a través de las ramas bucales superior e inferior, la rama mentoniana y la rama infraorbitaria que inerva los músculos elevadores, cigomáticos y caninos. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

La inervación sensitiva: depende exclusivamente de las ramas del nervio trigémino a través de sus ramas El nervio infraorbitario (sensibilidad cutánea y mucosa del labio superior) y el nervio dentario inferior a través de su rama terminal, o nervio mentoniano (sensibilidad del labio inferior). MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

2.2.4. Vascularización labial.

Labio superior

- Ramas colaterales directas de la arteria facial que siguen la dirección de los surcos nasogenianos.
- Ramas terminales de la arteria esfenopalatina que se anastomosan con las arterias coronarias.
- Arterias coronarias superiores labiales.

Labio inferior

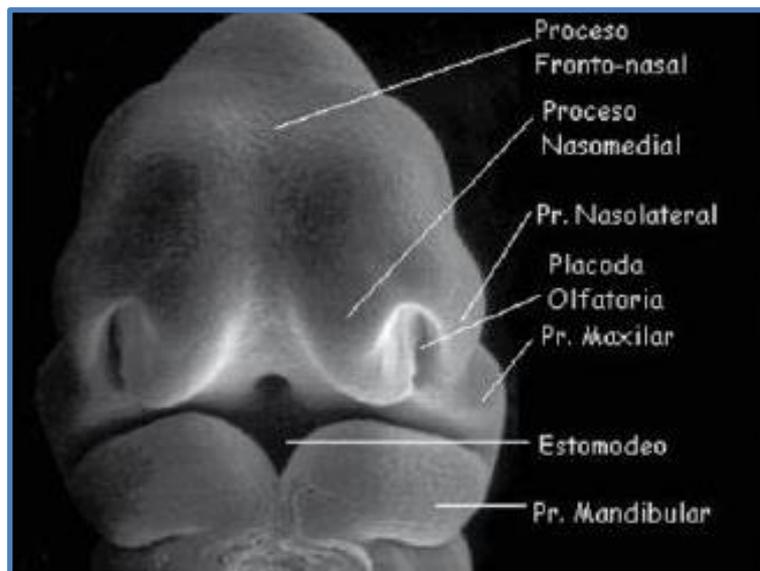
- Ramas colaterales directas de la arteria facial.
- Arteria mentoniana.
- Arterias coronarias inferiores labiales, también originadas en la comisura labial. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

2.2.5. Embriología.

La cara se forma entre las semanas cuarta a octava del desarrollo embrionario gracias al desarrollo de cinco mamelones: dos maxilares, dos mandibulares y uno frontonasal. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

El labio superior se forma a partir de un proceso central frontonasal que se une lateralmente a dos procesos maxilares. El labio inferior se forma a partir de dos procesos laterales mandibulares que se unen en la línea media. Esto es de gran importancia para comprender la diseminación de procesos tumorales en esta localización, ya que respeta las líneas de unión de los cinco mamelones por lo que penetra en profundidad en lugar de cruzarlas. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITTA P. (2006)

Figura N° 3.2: Procesos frontonasaes y maxilares en el craneofacial.



Fuente: MARÍA DEL MAR GARCÍA ZÚÑIGA, et. al Sep. 2012.

2.2.6. Labio doble.

El labio doble es una deformidad que puede ser congénita o adquirida y consiste en exceso de tejido en la cara mucosa del labio superior, que en ocasiones se proyecta hacia el bermellón y toma la forma de "arco de Cupido", más notorio cuando el labio está tenso o durante la sonrisa. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

Se presenta con mayor frecuencia en el labio superior en forma bilateral, pero también se ha observado en el inferior en forma unilateral o bilateral y existen informes de su existencia en ambos labios en un mismo paciente. El labio doble ha sido asociado con otro tipo de alteraciones. En 1909, Laffler fue el primero en reportar un caso asociado con blefarocalasia. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

Posteriormente en 1920, Ascher reseñó estos mismos hallazgos clínicos aunados a crecimiento tiroideo. La tríada del síndrome de Ascher consiste en labio doble, blefarocalasia y crecimiento tiroideo; de acuerdo con las publicaciones, el crecimiento tiroideo no tóxico está presente en aproximadamente 50 % de las ocasiones. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

Las anomalías en labios y párpados se desarrollan más o menos en forma simultánea y abrupta, haciéndose más evidentes en la edad adulta o senil; pueden aparecer espontáneamente o posterior a un trauma, sin embargo, se desconoce la verdadera patogénesis. La piel excedente de los párpados es delgada, pálida, flácida y localizada en el canto externo del ojo. A veces las deformidades de labios y párpados son de tal magnitud que provocan alteraciones funcionales y estéticas, corregibles sólo con intervención quirúrgica. COSTA-HANEMANN J. A., TOSTES-OLIVEIRA D., FERNANDES-GOMES M., JAMES DA SILVA-DOS ANJOS M., SANTANA E. (2004)

2.2.7. Etiología.

El labio doble es una anomalía que se caracteriza por la presencia de un pliegue accesorio de mucosa que se aprecia al hablar, abrir la boca o al sonreír cuya etiología puede ser congénita o adquirida y presentarse en forma aislada o como parte del síndrome de Ascher; afecta mayormente el labio superior, aunque algunas veces puede observarse en el inferior. El tratamiento quirúrgico está indicado debido a las alteraciones funcionales en la masticación y la fonación, así como defecto estético. Existen diversas técnicas quirúrgicas para su corrección. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

2.2.8. Enfermedad congénita o adquirida.

Una enfermedad congénita o adquirida, es aquella que se manifiesta desde el nacimiento o desde los primeros años de vida, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario. Las exposiciones a productos químicos en el medio ambiente pueden perjudicar la función reproductiva humana de muchas maneras. MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITA P. (2006)

Los sistemas reproductivos masculinos y femeninos son importantes sistemas de órganos, los cuales son sensibles a numerosos agentes químicos y físicos. La amplia gama de resultados reproductivos adversos incluye una reducción en la fertilidad, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, malformaciones y deficiencias del desarrollo. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

2.2.9. Incidencia

Su incidencia es desconocida, pudiendo aparecer de forma aislada o en asociación con otras anomalías. La incidencia de labio doble adquirido o congénito es probablemente mayor que la publicada en la literatura. Generalmente existe mayor incidencia en el labio superior, aunque también se ha podido observar el en inferior o en ambos. Esta incidencia también varía con la raza. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012)

2.2.10. Características clínicas.

- Se aprecia cuando el labio esta tenso y no cuando está en reposo,
- Se evidencia al sonreír,
- Cuando se encuentra en reposo, su observación se hace más difícil.

2.2.11. Enfermedades o trastornos asociados.

Dentro de las enfermedades asociadas se encuentran el síndrome de Ascher.

2.2.11.1. Síndrome de Ascher.

El Síndrome de Ascher es una enfermedad genética caracterizada por una combinación de una tríada que consiste en: labio doble, blefarocalasia y crecimiento tiroideo. Se inicia en la juventud con edemas de tipo angioneurótico en los párpados. Cuando la enfermedad progresa, se observa prolapso de la grasa orbital y de las glándulas lagrimales.

El síndrome de Ascher es una condición muy rara que se ha descrito en aproximadamente 50 pacientes. Las anomalías en labios se desarrollan más evidentes en la edad adulta; pueden aparecer espontáneamente o posterior a un trauma; sin embargo, se desconoce la verdadera etiología. La blefarocalasia se caracteriza por la presencia de párpados caídos, edematosos, y con piel atrófica de los mismos, presencia de blefarofimosis y aparición de pseudoepicanto. GUILLERMO RASPALL (2007) CIRUGÍA MAXILOFACIAL.

El labio doble consiste en el plegamiento de la mucosa bucal. Normalmente afecta al labio superior, pero el labio inferior también puede estar implicado. Otras anomalías que pueden presentarse son:

- Bocio eutiroideo, Hipertelorismo, Ptosis palpebral,
- Nariz ancha con la punta nasal ancha, Paladar muy arqueado,
- Clinodactilia de tercer dedo de ambas manos,
- En etapas posteriores se ha descrito hernia de grasa orbitaria y,
- Prolapso de la glándula lagrimal.

Los casos registrados son probablemente debidos a mutaciones autosómicas dominantes, de novo, pero hasta el momento no se ha localizado ningún gen.

Figura N° 4.2: Síndrome de Ascher.



Fuente: GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial.

2.2.12. Tiempos quirúrgicos.

Asepsia: Es la ausencia total de microorganismos patógenos y no patógenos. Esterilización de instrumental.

Antisepsia: Es el procedimiento por el que se destruyen los microorganismos patógenos de superficies animadas. Dentro de los tiempos quirúrgicos encontramos.

- Anestesia,
- Incisión o diéresis,
- Desbridamiento de tejidos,
- Maniobra quirúrgica,
- Restauración, limpieza y tratamiento de la zona operatoria,
- Sutura y, extracción de los puntos de sutura.

Anestesia: La anestesia es el bloqueo de los impulsos nerviosos, de forma temporal o no, con el objetivo de impedir la percepción de los estímulos dolorosos. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Incisión o Diéresis: Es el proceso de abrir por medios mecánicos (bisturí, tijeras) o térmicos (electro bisturí, laser) los tejidos más superficiales para tener un acceso a los planos más profundos con el fin de poder ejecutar la intervención quirúrgica indicada. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Desbridamiento de tejidos: Es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la salubridad del tejido restante. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Maniobra Quirúrgica: La intervención quirúrgica propiamente dicha consistirá en la exéresis, restauración, evacuación, etc. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Restauración, limpieza y tratamiento de la zona operatoria: Una vez finalizada la intervención quirúrgica, aunque se limite a una simple extracción convencional, deberá ejecutarse una serie de acciones con el fin de dejar un campo operatorio limpio y en óptimas condiciones para posteriormente cubrirlo con los tejidos blancos al realizar la sutura. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Sutura: La sutura consiste en la reposición de los tejidos blandos que están separados debido a un traumatismo o una acción quirúrgica. Se realiza como último paso de cualquier técnica operatoria. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

Extracción de los puntos de sutura : Los puntos deben retirarse tan pronto como sea posible , y esto depende de muchos factores, no obstante , en la cavidad bucal como norma general se retiran los puntos de sutura de los 5 a 7 días después de la intervención quirúrgica. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINIAYTES.

2.2.13. Tratamiento

La mayoría de los autores utiliza incisiones elípticas en el manejo quirúrgico. En 1969, Guerrero-Santos y Altamirano recomendaron W plastia para corrección de la deformidad. En 1983, Ira Lamster sugirió el manejo del labio doble basado en eliminar un triángulo de tejido mucoso y respetar el frenillo labial para evitar la deformidad labial. En 2005, Muhitdin Eski publicó la combinación de dos incisiones elípticas, una a cada lado del labio, separadas por una Z plastia en la parte central en los casos de constricción labial central.

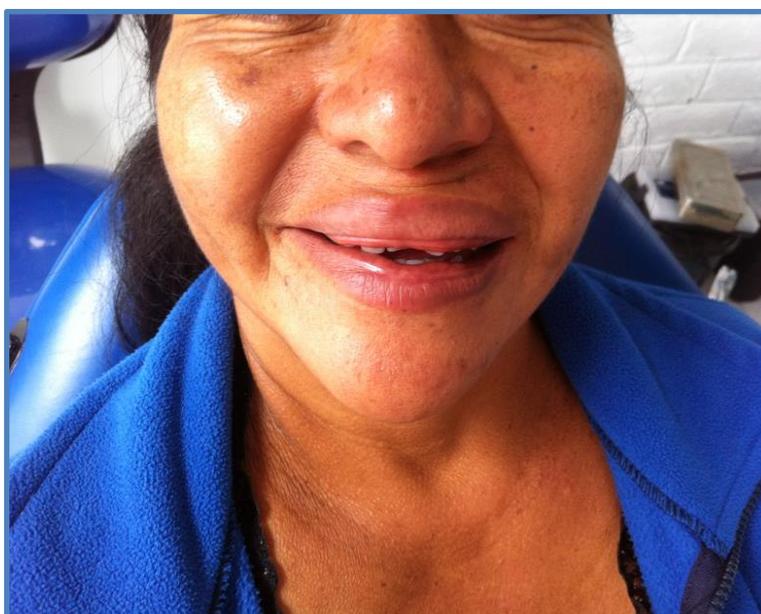
Esta técnica hace posible respetar las estructuras vasculares, el frenillo labial, músculos y adelgazar el grosor del labio superior al eliminar el tejido conectivo fibroso junto con el exceso de glándulas salivales menores presentes en esta región del labio, corrigiendo las alteraciones mecánicas y restableciendo la estética. A. PÉREZ-BUSTILLO, GONZÁLEZ-SIXTOY M.A. RODRÍGUEZ-PRIETO (2011).

El labio doble es una anomalía rara que se caracteriza por una redundancia de la mucosa labial visible al abrir la boca o al sonreír. Afecta con mayor frecuencia al labio superior Su tratamiento es quirúrgico, para lo cual están descritas diversas técnicas. En la paciente que presentamos se realizaron resecciones elípticas de la mucosa y del tejido submucoso combinadas con una z-plastia vertical en la parte central del labio superior. El cierre de la herida se realiza colocando puntos aislados con seda calibre 2-0. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012) Odontología actual. FES Iztacala. Año 9. N° 116. UNAM.

Numerosas modalidades de tratamiento como las inyecciones de corticoides y esclerosantes, cirugía, crioterapia y terapia con láser han sido recomendadas para el manejo de hemangiomas de cabeza y cuello. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012) Odontología actual. FES Iztacala. Año 9. N° 116. UNAM.

De cualquier modo, la elección de tratamiento depende de varios factores como el tamaño, localización, grado de invasión y estructuras anatómicas de la región de la lesión. CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012) Odontología actual. FES Iztacala. Año 9. N° 116. UNAM.

Figura N° 5.2: Deformidad evidente al momento de sonreír.



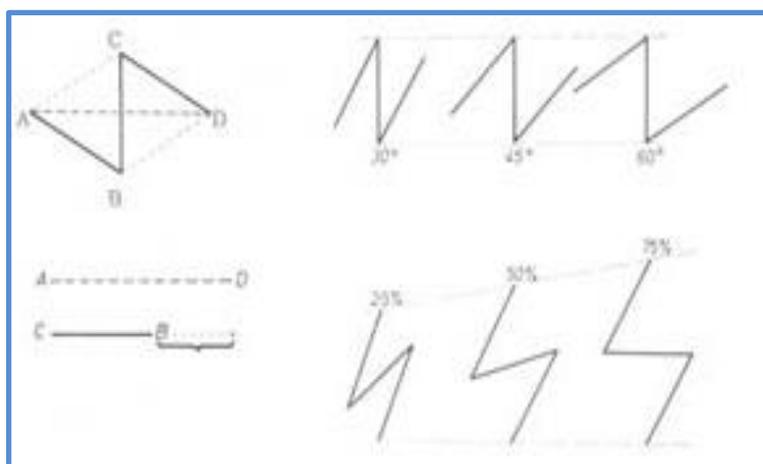
Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).

Elaborado por: Jérica M. Bonilla B.

2.2.13.1. Técnicas quirúrgicas.

Z-Plastia: La plastia en Z recibe este nombre el trazado de sus incisiones es semejante a dicho letra, con una línea central y dos brazos laterales. Esta técnica consiste en la realización de un doble colgajo triangular. La transposición de dos colgajos triangulares consiguiéndose el acortamiento y elongación. Se marcan las incisiones propuestas haciendo que el trazo central de la Z y la amplitud de cada ángulo sean de 60 grados. A. PÉREZ-BUSTILLO, GONZÁLEZ-SIXTOY M.A. RODRÍGUEZ-PRIETO (2011).

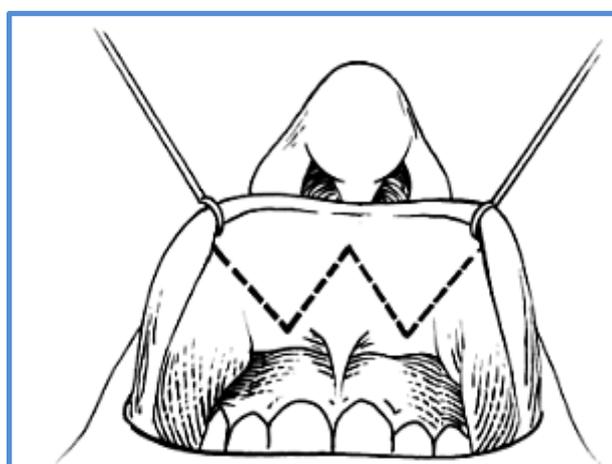
Figura N° 6.2: Técnica de Z-plastia.



Fuente: GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial.

W-Plastia: Consiste en colgajos triangulares interpuestos de forma uniforme y orientada de forma paralela a las líneas de tensión. Las W deben diseñarse de manera que los ángulos sean de al menos 60° y las puntas de los triángulos se sitúen de 3 a 7mm en la periferia de la cicatriz. Una distancia menor de 3mm es demasiado pequeña para evitar que la cicatriz parezca una línea recta y si es mayor de 7mm se creará una cicatriz que es individualmente visible. Es una técnica para el tratamiento de las grandes cicatrices lineales. La resección de la cicatriz no se realiza siguiendo linealmente sus bordes sino que lo hace en forma de W de manera que encajen los triángulos de un borde con los del otro sin elevar colgajos. A. PÉREZ-BUSTILLO, B. GONZÁLEZ-SIXTOY, M.A. RODRÍGUEZ-PRIETO, (2011)

Figura N° 7.2: Técnica quirúrgica W-plastia.

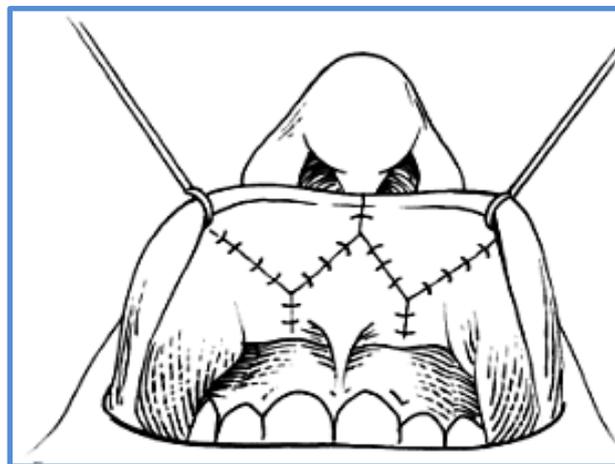


Fuente: GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial.

Escisión elíptica: Este procedimiento está indicado en cicatrices insatisfactorias que siguen las líneas de relajación cutáneas y son menores de 2cm de longitud. A. PÉREZ-BUSTILLO, GONZÁLEZ-SIXTOY M.A. RODRÍGUEZ-PRIETO, FUNDAMENTOS QUIRÚRGICOS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA CICATRIZ FUNCIONAL Y ESTÉTICA, (2011)

Plastia en V-Y y en Y-V: Son plastias útiles para transferir tejido adicional hacia un área de deficiencia. En la plastia en V – Y, se incide la piel en forma de V mayúscula, mediante el deslizamiento del triángulo en dirección a la abertura de la V se convierte en una Y, suturando la nueva posición. GUILLERMO RASPALL. CIRUGÍA MAXILOFACIAL. 2001. PÁG. 307.

Figura N° 8.2: Técnica quirúrgica en V-Y y en Y-V.



Fuente: GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Arco de Cupido: Región anatómica en la parte media del labio superior, correspondiente al filtrum, donde la línea de separación cutáneo-mucosa realiza una incurvación más o menos acentuada.

Blefarocalasia: Relajación de la piel del párpado superior que produce ptosis, se puede acompañar de pérdida de la grasa orbitaria produciendo ptosis. Aparece preferentemente en personas jóvenes como consecuencia de episodios recurrentes de edema e inflamación palpebral, generalmente de etiología desconocida.

Bocio eutiroides: Aumento benigno difuso del tiroides asociado a secreción normal de hormonas tiroideas. Es más frecuente en el género femenino. Junto a la tiroiditis linfocítica crónica constituye la causa más frecuente de bocio en las edades pediátricas.

Hipertrofia: Aumento del tamaño de un tejido cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; de esta manera, el órgano hipertrofiado tiene células mayores, y no nuevas. Se distingue de la hiperplasia, en que en esta crece el número de células, no su tamaño.

Queilitis glandular: Es un raro proceso inflamatorio crónico de las glándulas salivales menores principalmente del labio inferior, caracterizado por aumento de volumen y secreciones mucopurulentas.

Úvula bífida: Es cuando la úvula, que es una estructura bifurcada, se divide en el centro. Se aparece a la derecha en la parte posterior de la garganta, en frente de las amígdalas que compone la porción paladar blando de la boca.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. Hipótesis.

H_i: La utilización de la técnica quirúrgica para el tratamiento del labio doble, resuelve totalmente las disfunciones asociadas.

2.4.2. Variables.

2.4.2.1. Variable independiente.

- ✓ Técnica quirúrgica.

2.4.2.2. Variable dependiente.

- ✓ Labio doble.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
<i>Dependiente</i>				
Labio doble	Exceso de tejido en la cara mucosa del labio	Labio superior Labio inferior	Problemas del habla Estética	Examen extraoral
<i>Independiente</i>				
Técnica quirúrgica	Procedimiento que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea de diagnóstico, terapéutico, o simplemente de pronóstico	Quirúrgica y Médico-quirúrgicas	Z-plastia Escisión Elíptica W-plastia Plastia en V-Y y en Y-V Media luna	Múltiples

Fuente: Investigación propia
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODO.

Descriptivo: Por medio de este método se entendió en el tema planteado el cual es “técnicas quirúrgicas para el tratamiento de labio doble de origen congénito en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la universidad nacional de Chimborazo durante el periodo junio - noviembre 2014” detallando las características del mismo. Para describir lo que se investiga es necesario asociar las variables independientes y dependiente entre sí.

3.1.1. Tipo de investigación.

Explorativa: Puesto que me permitió apreciar de manera concreta in situ, las manifestaciones clínicas propias de la alteración del labio doble, en el examen clínico extra oral a través de la elaboración de la historia clínica, y donde se pudo identificar el tipo de tratamiento quirúrgico a emplear.

Explicativa: Puesto que se detallaron las características clínicas a través de la elaboración de la historia clínica así como también el origen del labio doble.

3.1.2. Diseño de la investigación.

Bibliográfica: Es aquella etapa de la investigación científica donde se explora qué se ha escrito en la comunidad científica sobre el labio doble y su correcto tratamiento quirúrgico.

Campo: Porque la investigadora actuó en el tratamiento quirúrgico realizado por profesionales en el caso clínico que se presentó.

3.1.3. Tipo de estudio.

Es un estudio prospectivo, porque posee una característica fundamental, que es la de iniciar con la demostración de una supuesta causa o variable independiente (Tratamiento quirúrgico), para luego seguir a través del tiempo determinando o no, la aparición del efecto (labio doble).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La investigación planteada, se realizó en una paciente de 52 años, que presenta labio doble de origen congénito y que ingresó a la clínica odontológica de la carrera de odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo.

3.2.2. Muestra.

Al ser una investigación de un caso clínico, no se trabajó sobre una población o grupo mayor; por lo tanto, no fue necesario el cálculo de Chi^2 para establecer la muestra.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Según el tipo de investigación se utilizaron técnicas como: la observación y examen extraoral, lo que sirvió de soporte para la investigación, diagnóstico y desarrollo del proyecto.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La técnica utilizada, fue la participación directa de la tesista en la intervención quirúrgica del labio doble y el posterior análisis y elaboración del procedimiento.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.1. PROCEDIMIENTO.

4.1.1. Historia clínica.

Motivo de la consulta: Chequeo dental.

Enfermedad o Problema actual: Paciente refiere que desde muy pequeña presento un aspecto antiestético en su labio superior y que tras pasar el tiempo comenzó hacerse más notorio. Refiere además que presenta una gran dificultad social debido a su aspecto, así como también la relación de pareja. Además de presentar un trauma masticatorio.

Antecedentes personales y familiares: Parálisis facial.

Alergia antibiótica		Alérgica anestesia		Hemorragias		VIH/Sida		Tuberculosis	
Asma		Diabetes		Hipertensión		Enfermedad cardiaca		Otros	x

Examen estomatognático.

Labios	x	Mejillas		Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Lengua		Paladar	
Piso		Carrillos		Glándulas Salivales		Oro Faringe		A.T.M.		Ganglios	

- Mango de bisturí N° 3,
- Aguja larga y porta agujas,
- Tijera mayo curva,
- Tijera Metzenbaum,
- Pinza de Adson con diente,
- Pinza hemostática – mosquito,
- Pinza diente de ratón,
- Sutura Vicryl N° 4 / 0.

Figura N° 1.4: Instrumental utilizado.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jessica M. Bonilla B.

4.1.4. Preparación previa del paciente.

Se informó al paciente de las características y duración de la intervención, el postoperatorio, los cuidados y la alimentación durante el mismo así como de la medicación de elección previa y postoperatoria. Así como también firmo el consentimiento informado en el cual acepto la paciente de forma libre, voluntaria y consciente, realizarse la intervención quirúrgica, posterior a la información suministrada, acerca de la intervención con sus riesgos y beneficios.

4.1.5. Preparativos inmediatos.

4.1.5.1. Preparación del paciente.

- Realizaremos las primeras medidas de asepsia y colocaremos calzas, gorro y bata al paciente. De esta manera colocamos una primera barrera frente a los gérmenes que transporta el paciente en su ropa desde la calle.
- Se le proporciono Clorhexidina 0,2 % como colutorio antiséptico antes de proceder a la intervención quirúrgica. con el fin de reducir el número de gérmenes en la cavidad oral.
- Se realizó un lavado extra-oral con gasas estériles y clorhexidina 0,2%. Debemos tener en cuenta que la piel es un reservorio de gérmenes, así que lavaremos la zona con el fin de no ir trasladando gérmenes de un lugar a otro.
- Además se le coloco los paños de campos estériles, tanto en la cara dejando descubierto la zona de la boca y en su pecho.

4.1.5.2. Preparación del operador.

1. Colocación de las calzas, el gorro y la mascarilla.
2. Un lavado minucioso de las manos , que seguirá los siguientes pasos:
 - Se debe quitar todas las joyas ya que estas transportan microorganismos.
 - Mójese totalmente las manos y antebrazos con agua fría.
 - Se utiliza un jabón antimicrobiano para reducir el número de microorganismos.
 - Se limpia mediante un cepillo para aumentar la fricción mecánica durante el lavado.
 - Se frota las manos y brazos aproximadamente 3 a 5 minutos comenzado desde los dedos hacia arriba. Manteniendo las manos siempre más elevadas que los codos.
 - Enjuagamos con abundante agua siempre con las manos elevadas, de esta manera que el agua fluya de la punta de los dedos hacia los codos, es decir, de zona menos contaminada a la más contaminada.
 - Finalmente, secaremos las manos con un paño estéril o toallas desechables desde los dedos hacia los codos. Utilicé una cara distinta de la toalla por cada brazo.
 - Mantenga las manos por encima y no toque nada antes de ponerse guantes quirúrgicos esterilizados.

3. Colocación de la bata estéril : abrimos la funda estéril, cogemos la bata de los extremos , la desdoblemos con cuidado de que no toque ninguna superficie , introduciendo las manos por las mangas sin tocar la parte exterior delantera , el circulante atara los cordones situados en la parte posterior.

4. Finalmente colocación de guantes estériles.

- Cogemos la envoltura interna y la depositamos sobre una superficie lisa.
- Con el pulgar y los 2 dedos de la mano, sujetamos el borde del puño del guante, únicamente podemos tocar la superficie interna del guante.
- Tirar con cuidado el guante sobre la mano y soltar el puño asegurando que no se enrolle en la muñeca.
- Con la mano enguantada, deslizar los dedos por debajo del puño del otro guante.
- Deslizar con cuidado el segundo guante sobre la mano.
- Después bajaremos los puños, solo tocando los lados estériles.

4.1.5.3. *Preparación de la zona quirúrgica.*

Retirar todos los objetos que no son necesarios y limpieza de las superficies es el primer paso para conseguir un ambiente aséptico. Todas las superficies como mesas, sillón dental, lámpara, aspiración y suelo se limpiaron previamente con un desinfectante.

- **Zona estéril:** En donde se realiza la cirugía y se mueve el personal que interviene en la misma debidamente lavado, vestido con calzas, gorro, bata y guantes estériles.
- **Zona no estéril:** Donde las condiciones de asepsia no son tan elevadas, el ayudante que se mueva en esta zona lo denomina circulantes, su función es la de ayudar a vestir al personal que intervendrá en la cirugía.

4.1.5.4. *Posiciones del paciente y del profesional.*

Las posiciones que adoptan el operador, su ayudante y el paciente tienen como fin conseguir una perfecta visualización del campo quirúrgico y una postura ergonómica de trabajo.

El equipo quirúrgico se posiciona así:

- El cirujano a la derecha del paciente.
- Primer ayudante a la izquierda.
- Segundo ayudante a la cabecera del paciente.
- El Instrumento a la derecha del cirujano.

Figura N° 2.4: Posición del paciente y operadores.



Fuente: Cirugía oral e implantología.

Posición del paciente:

- **Posición fowler:** Se levanta el respaldo del sillón, haciendo que la espalda del paciente forme un ángulo de 45 grados en relación con el suelo. Las articulaciones de las rodillas deben flexionarse ligeramente.

Figura N° 3.4: Posición del paciente en Fowler.



Fuente: Cirugía oral e implantología.

4.1.6. Procedimiento quirúrgico.

➤ Se colocó anestesia local, tróncular a ambos nervios infraorbitario, aplicando la técnica intrabucal, anestesiando desde incisivos hasta los caninos, ala de la nariz, parpado inferior y labio superior. La anestesia utilizada fue Xylestesin 2%.

Figura N° 4.4: Anestesia.



➤ Marcamos la zona quirúrgica con azul de metileno en forma de dos elipses transversas con una "z" central.

Figura N° 5.4: Delineado de la zona quirúrgica.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

- Incisión con mango de bisturí N°3 y hoja # 15, de la zona quirúrgica, comenzando desde los extremos hacia la línea media, empezando por el lado derecho y luego izquierdo. En la zona media aplicando Z-plastia en dirección al frenillo.

Figura N° 6.4: Incisión con Bisturí.



- Desbridamiento del exceso de tejido mucoso y submucoso labial con escisiones elípticas y la brida central se corrigió con una z-plastia de acuerdo con el marcaje realizado, utilizando la tijera Metzenbaum.

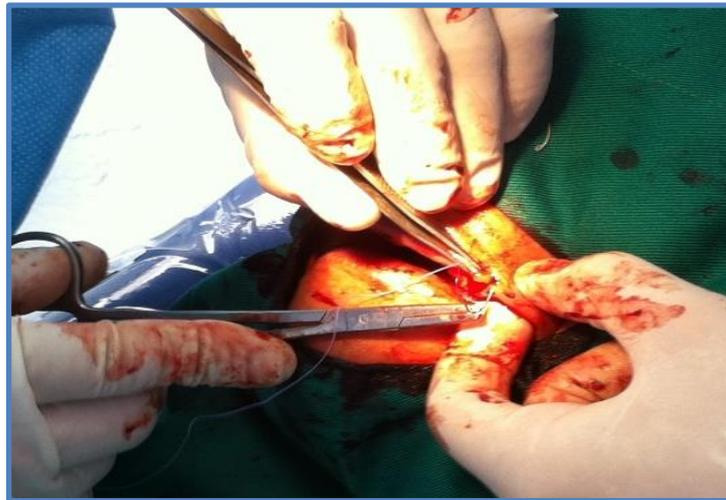
Figura N° 7.4: Desbridamiento del tejido.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

- Extirpación de las glándulas salivales, si no se realiza este proceso se puede dar complicaciones como quistes de retención.
- La cirugía finalizó con el cierre mediante suturas simples con hilo sintético reabsorbible vicril 4-0. Desde los extremos terminando en la z-plastia.

Figura N° 8.4: Sutura.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

4.1.7. Medicamentos.

- Amoxicilina 500 mg. cada 8 horas por 7 días,
- Ibuprofeno 600 mg. cada 8 horas por 3 días,
- Vitamina C,
- Enjuague con clorhexidina.

4.1.8. Indicaciones.

- Mantener una gasa firmemente sobre el sitio de la cirugía por 30 – 40 minutos y desechar.
- Mantener en lo posible reposo absoluto por el tiempo recomendado.
- Colocación de compresas frías y/o hielo durante las primeras 24 horas.

- No succione o escupa en las primeras veinticuatro horas.
- Dieta líquida, evitando los alimentos duros durante los primeros días.
- Mantener siempre una buena higiene oral, realiza enjuagues estos deben realizarse a partir del segundo día posterior al procedimiento.
- No realice esfuerzos físicos por 2 días.
- No se someta al calor intenso
- Evite el cigarro, alcohol y café por al menos 2 días (Si se pudiera el mayor tiempo posible) Seguir la medicación prescrita.
- Asistir a las citas de control según las indicaciones.

4.1.9. Resultados del procedimiento quirúrgico.

Figura N° 9.4: Paciente exponiendo los resultados del tratamiento



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

Luego del análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la paciente, podemos enunciar que:

- Se diagnosticó el origen del labio doble, como congénito y se fundamentó la técnica quirúrgica adecuada para su tratamiento.
- Se determinó la técnica de dos elipses transversas, para el correcto tratamiento del labio doble, dando resultados positivos en el mismo.
- Los resultados fueron óptimos en la recuperación funcional y estética de la paciente.

5.2. RECOMENDACIONES.

En base a los resultados del caso clínico, se recomienda:

- Es necesario conocer la etiología del labio doble, para aplicar el correcto tratamiento en los pacientes.
- Existen diferentes técnicas, que deben ser conocidas por el profesional, para el correcto tratamiento del labio doble, la cual se determina para cada caso.
- Los resultados del tratamiento han sido en beneficio de la paciente y de la comunidad odontológica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALKAN A., METIN M. (2001) Maxillary double lip: Report of two cases. J Oral Sci. Pag. 4369-72
- CASTILLEJOS VIZCAÍNO V.H., SÁNCHEZ VÁZQUEZ DEL MERCADO M., HERRERA BECERRIL A. (2012) labio doble. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. Odontología actual. Año 9. N° 116. FES Iztacala UNAM.
- CORTÉS ARROCHE S. (2007) Labio doble tratado con incisión de media luna. Presentación de un caso. Revista del IMSS.
- COSTA HANEMANN J. A. (2004) Labio doble congénito asociado a hemangiomas: a propósito de un caso. Medicina Oral.
- COSTA-HANEMANN J.A., TOSTES-OLIVEIRA D., FERNANDES-GOMES M., JAMES DA SILVA-DOS ANJOS M., SANTANA E. (2004) Labio doble congénito asociado a hemangiomas: a propósito de un caso. Med. Oral.
- GREENFIELD M.F., ICOCHEA R., HOFFMAN C., GROPPER C. (2000) Double lip: an unusual presentation. Cutis. Pag.66:253-6.
- GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía Maxilofacial. 2da. Ed. Ed. Médica panamericana. Buenos aires.
- GUILLERMO RASPALL (2007) Cirugía oral e implantología. 2da. Ed. Ed. Médica panamericana. Buenos aires.
- LÓPEZ CRUZ E. (2005) Labio doble congénito: revisión de la literatura y presentación de un caso. Geodental Quintessence.
- MAGALLANES N., FLORES R., TORRES D., HITTA P. (2006) Patología del labio. Revista Secib On Line; 1:34-66. ISSN 1697-7181.

OLIMPIO AGUILAR P. (2011) Labio doble: Caso clínico y revisión de literatura. Cirugía plástica Ibero-Latinoamericana.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1985) Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología. Segunda edición. Washington, DC.

ANEXOS

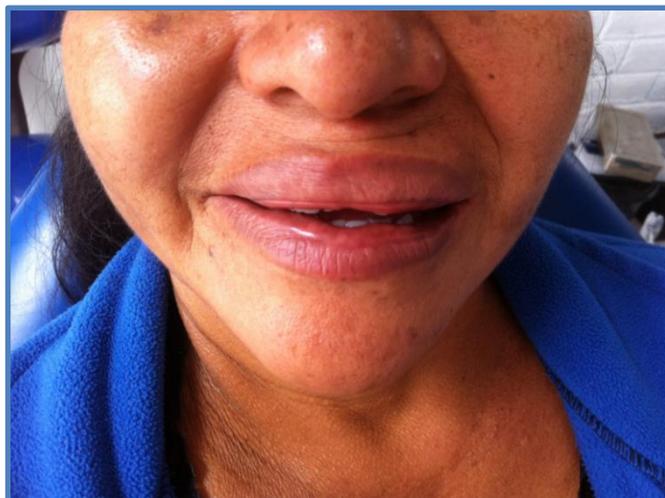
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Fotografía N° 1: Elaboración de la historia clínica.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 2: Examen extraoral y características clínicas de labio doble.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografías N° 3: Examen Intraoral.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 4: Colocación de los campos quirúrgicos y ubicación de los profesionales.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 5: Lavado extraoral con gasas estériles y sablón.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 6: Colocación de anestesia local, tróncular a ambos nervios infraorbitarios.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 7: Sutura.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 8: Anestesia local, tróncular a ambos nervios infraorbitarios.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 9: Corte con bisturí.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 10: Desbridamiento de tejido.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 11: Desbridamiento de tejidos.



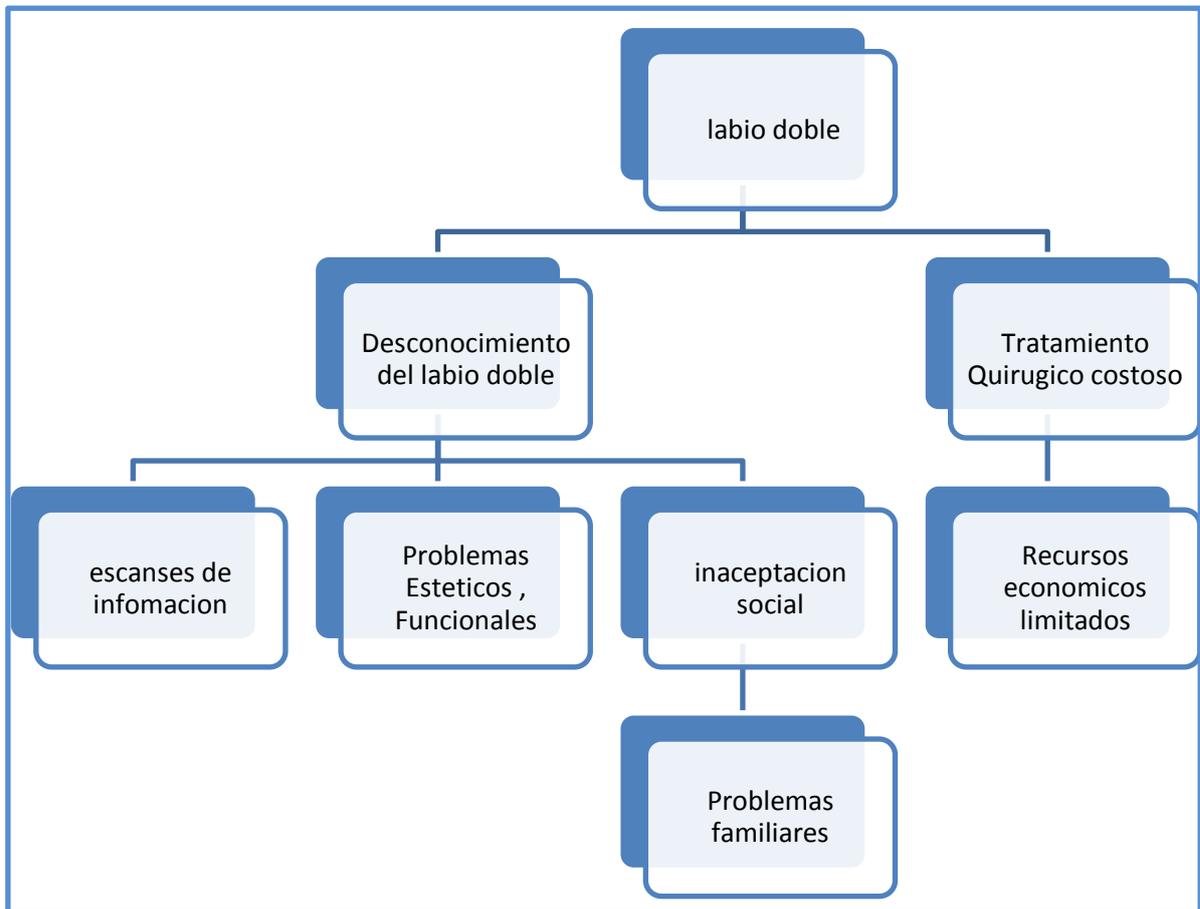
Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

Fotografía N° 12: Limpieza tras terminar la cirugía.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

DIAGRAMA CONCEPTUAL DE LA PROBLEMATIZACIÓN.



Fuente: Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología (FCS - UNACH).
Elaborado por: Jéssica M. Bonilla B.

ANÁLISIS DE LABORATORIO PREVIO A LA CIRUGÍA.

ANÁLISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGÍA		
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
A - Eritrograma		
Hemoglobina	14.1 gr/dl	13.0 a 17.0
Hematocrito	43 %	40.0 a 52.0
Eritrocitos	4.60 x10 ¹² /l	4.3 a 5.8
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	* 93 fL	80 a 92
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30 pg	27 a 31
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32 g/dl	32 a 36
B - Leucograma		
Leucocitos	5.86 x10 ⁹ /l	4.0 a 10.0
Neutrófilos (%)	60 %	40 a 75
Linfocitos (%)	38 %	25 a 40
Monocitos (%)	* 2 %	3 a 7
Eosinófilos (%)	0 %	0 a 5
Basófilos (%)	0 %	0 a 1.5
C - Plaquetograma		
Plaquetas.	244 x10 ³ /uL	150 a 450
D - Sedimentación		
V.S.G. Wintrobe	16 mm/h	0 a 15

Validado por: LCDA. ANDREA ASQUI


 Dr. Jacinto Mera Balseca
 BIQUÍMICO FARMACEUTICO

España 23-13 y Primera Constituyente (2do. piso) Telf.: 032942112 / 032951022 / 0984252944
 laboratorioclinicosucre@yahoo.es
 RIOBAMBA - ECUADOR

Paciente: PAUCHI TANGUILA MARIA ISABEL
 Id: 1500253250
 Médico : No Asignado

Edad: 53 A Sexo: F
 Fecha recep.: 21/11/2014 07:04
 Fecha impre.: 21/11/2014 12:03



ANÁLISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
COAGULACIÓN		
Tiempo de Protrombina	12.7	segundos
% de actividad	93	% 50 a 130
Valor de I.N.R.	1.06	0.9 a 1.3
Tiempo parcial Tromboplastina (T.T.P.)	26.9	Segundos 25 a 45

Validado por: LCDA. ANDREA ASQUI

QUÍMICA SANGUÍNEA

Grupo	O		
Factor Rh	Positivo		
Glucosa	80.6	mg/dL	70 a 110
Creatinina Sérica	0.69	mg/dl	0.6 a 1.1

Validado por: DR. JACINTO MERA

Dr. Jacinto Mera Balseca
 BIQUÍMICO FARMACEÚTICO

