

Full English text available at  
www.actasdermo.org

## VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

# Tratamiento quirúrgico de la fisura labial crónica mediante Z-plastia

## Surgical Treatment of Chronic Lip Fissure with Z-Plasty Repair

C. Ureña-Paniego\*, A. Soto-Moreno, S. Haselgruber y J. Tercedor-Sánchez

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España



### Introducción

La fisura labial crónica se define como la presencia de una úlcera lineal y persistente en el plano sagital del labio superior o inferior. Tienen una prevalencia del 0,57% en la población, siendo más frecuente en varones que en mujeres, con una ratio de 4:1<sup>1</sup>.

Clásicamente se ha asociado su aparición a la presencia de una debilidad fisiológica a nivel de los planos de fusión embrionarios del primer arco branquial, en concreto de los procesos mandibulares y/o maxilares (fig. 1a). Es por ello que parece que las fisuras labiales del labio inferior se encuentran en la línea media, mientras que las del labio superiores adoptan una posición más lateralizada (fig. 1b y c)<sup>1,2</sup>.

Existen, asimismo, otros factores predisponentes de la fisura labial crónica, como son la exposición a bajas temperaturas, el tabaco, la respiración bucal, la maloclusión dental, las infecciones locales, los déficits vitamínicos, el uso de instrumentos de viento, el síndrome de Down, la enfermedad de Crohn y la granulomatosis facial. Su localización y la presencia de humedad constante retrasan la

cicatrización espontánea y contribuyen a su curso crónico. La fisura labial crónica cursa con dolor, sangrado y alteraciones estéticas que pueden estar presentes de manera continua o intermitente<sup>3</sup>. Asimismo, más del 6% de las fisuras crónicas labiales tienen riesgo de malignización, por lo que un manejo adecuado y temprano es primordial<sup>1</sup>.

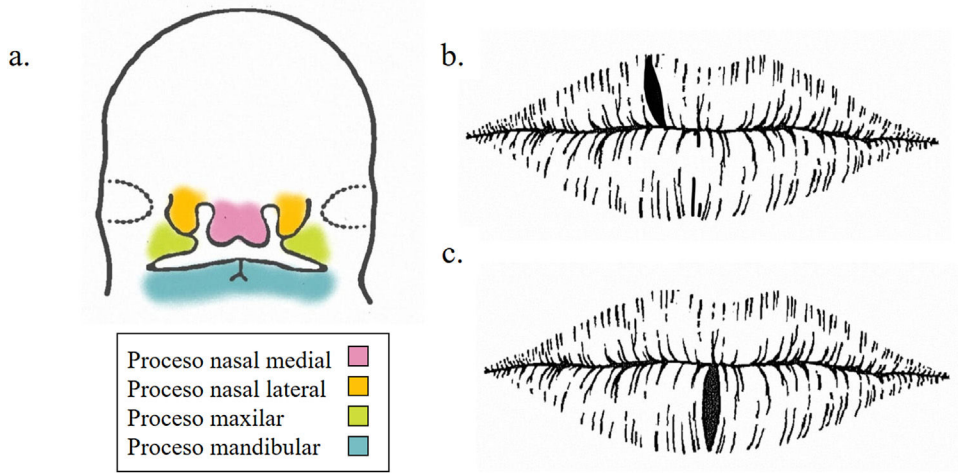
### Importancia de la Z-plastia en el tratamiento de la fisura labial crónica

El tratamiento de primera línea de la fisura labial crónica es conservador, con corticoides, inmunomoduladores y antibióticos. No obstante, la refractariedad al tratamiento tópico es frecuente y, por ello, en caso de fracaso o recidiva, se opta por tratamiento con láser de dióxido de carbono, crioterapia o quirúrgico<sup>1</sup>. En el ámbito quirúrgico, es importante que el cirujano evite la escisión simple de la fisura con posterior cierre directo. Esto se debe a que esta intervención favorece la recurrencia de la lesión, ya que se mantiene la misma tensión que ha provocado la fisura. La cicatriz de la intervención produce una escotadura en el plano sagital del labio donde puede reproducirse la lesión<sup>2</sup>. La realización de una Z-plastia en lugar de una exéresis simple solventa esta problemática.

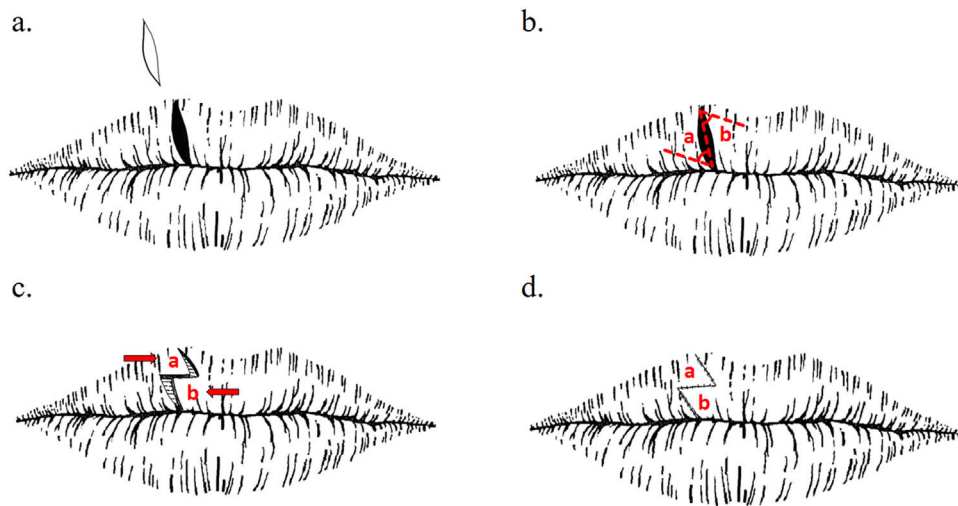
La Z-plastia es un colgajo de transposición doble. Su diseño consiste en 3 segmentos de igual longitud, con uno central del que parten los anteriores, en direcciones

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [urena.paniego@gmail.com](mailto:urena.paniego@gmail.com)  
(C. Ureña-Paniego).



**Figura 1** Estructuras que intervienen en la fusión de los planos embrionarios faciales (a). Por esta disposición, las fisuras labiales superiores tienden a la lateralidad (b), mientras que las inferiores suelen aparecer en la línea media (c).



**Figura 2** La técnica consiste en la exéresis elíptica de la fisura siguiendo las líneas de tensión del labio (a) y posterior diseño y marcaje con bisturí de 2 colgajos triangulares (b). Una vez marcados y tras liberar el tejido adecuadamente, se transponen los colgajos triangulares de manera contralateral y se procede a suturar el defecto (c y d).



**Figura 3** Diseño de Z-plastia en paciente con fisura crónica (a). Aspecto de la herida en el postoperatorio inmediato (b), a la retirada de puntos, a la semana (c), y a los 2 meses de la intervención (d).

opuestas y con un ángulo variable, del cual depende la longitud de la cicatriz final. En nuestra experiencia, la realización de una Z-plastia con un ángulo de de 60° proporciona los mejores resultados estéticos y funcionales, ya que a

pesar de que la utilización de este ángulo alarga la cicatriz hasta en un 75%, proporciona una longitud adecuada a la zona anatómica sin comprometer la irrigación del colgajo. Como resultado, la Z-plastia alarga la cicatriz y modifica la

dirección de la misma, reduciendo su contracción<sup>4</sup>. La técnica consiste en la exéresis elíptica de la fisura, incluyendo la mucosa yugal y siguiendo las líneas de tensión del labio (fig. 2a). Posteriormente, se diseñan y marcan con bisturí los 2 colgajos triangulares (fig. 2b). Una vez marcados y tras liberar el tejido adecuadamente, se transponen los colgajos triangulares de manera contralateral y se procede a suturar el defecto (fig. 2c y d). Es importante respetar el límite de la semimucosa labial en el diseño del colgajo superior, buscando evitar la transposición de vello en la mucosa labial. En comparación con la exéresis simple, la Z-plastia tiene un 20% menos de recidivas a los 12 meses, ya que, al modificar la dirección de la cicatriz, disminuye la tensión en el plano sagital de la fisura, reduciendo la probabilidad de recurrencia<sup>2,5</sup>. Asimismo, consigue resultados estéticos muy aceptables a corto y largo plazo a pesar de que parece presentar mayor edema labial en el postoperatorio inmediato que la exéresis simple<sup>2</sup> (fig. 3).

## Conclusiones

La fisura labial crónica es una entidad relativamente frecuente que afecta la calidad de vida del paciente y presenta riesgo significativo de malignización, por lo que su abordaje quirúrgico es fundamental. La Z-plastia supone una alternativa más funcional y cosmética a la exéresis simple.

## Financiación

Este estudio no recibió ninguna financiación externa.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2023.04.024](https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.024).

## Bibliografía

1. Axel LT, Skoglun DA, Hazrati E. Chronic lip fissures. Prevalence, pathology, and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76:332, <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198508000-00047>.
2. Rosenquist B. Median lip fissure: Etiology and suggested treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;72:10–4, [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90180-K](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(91)90180-K).
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Physical and chemical injuries. En: Rateitschak KS, Wolf HE, editores. *Color atlas of oral and maxillofacial diseases*. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 169–203, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-55225-7.00008-7>.
4. Pérez-Bustillo A, González-Sixto B, Rodríguez-Prieto MA. Fundamentos quirúrgicos para la obtención de una cicatriz funcional y estética. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:17–28, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.010>.
5. Wentzell JM, Lund JJ. Z-plasty innovations in vertical lip reconstructions. *Dermatol Surg*. 2011;37:1646–62, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2011.02126.x>.