

# Labio doble: Caso clínico y revisión de la literatura

## Double lip: Report of a case and review of the literature



Olímpio Aguiar, P.

Olímpio Aguiar, P.\*, Veras Aguiar, C.\*\*, Mittmann, M.\*\*\*, José Alves, P.\*\*\*

### Resumen

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. Los resultados estéticos y funcionales de nuestro caso fueron satisfactorios.

### Abstract

Double lip is a rare anomaly characterized by a redundancy of labial mucosa visible during mouth opening or during smiling. It occurs more frequently in the upper lip.

The treatment is surgical and there are many techniques for its correction.

In our clinical case we used an elliptical excision of mucosal and submucosal tissue combined with a vertical midline z-plasty of the upper lip. Satisfactory aesthetic result was achieved.

**Palabras clave** Labio doble, Mucosa labial,  
Z-plastia.

**Código numérico** 252-2522

**Key words** Double lip, Labial mucosa,  
Z-plasty.

**Numeral Code** 252-2522

\* Cirujano plástico y tutor de residentes del Hospital General de Fortaleza-SUS y del Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil.

\*\* Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Fortaleza-SUS

\*\*\* Cirujano plástico, ex-Residente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de Fortaleza-SUS.

## Introducción

El labio doble es una rara entidad clínica (1,2) que se presenta como un exceso de tejido mucoso labial que puede ocasionar alteraciones funcionales, estéticas o ambas (3).

Su origen puede ser congénito o adquirido (4) y afecta principalmente al labio superior, uni o bilateralmente, pero puede afectar también al labio inferior o incluso a los dos labios (2).

Su incidencia es desconocida, pudiendo aparecer de forma aislada o en asociación con otras anomalías (5).

El tratamiento es quirúrgico (2) y debe realizarse siempre que la anomalía interfiera con el habla, con la masticación, además de por motivaciones puramente estéticas (6); consiste en la resección de la mucosa y de la submucosa labiales redundantes (4).

## Caso clínico

Mujer de 27 años de edad que se queja por el aspecto inestético de su labio superior que comenzó a notar a los 18 años. Refiere gran dificultad para la relación social, así como para la relación de pareja.

La historia clínica familiar no reveló la existencia de casos semejantes.

Presentaba un aumento pronunciado del labio superior, que se hacía mucho más evidente cuando sonreía, junto con la presencia de una retracción central (Fig. 1).



Fig. 1. Paciente de 27 años. Labio superior doble con brida central. Lábio superior duplo com constrictão central.

El tratamiento quirúrgico se realizó bajo bloqueo anestésico de ambos nervios infraorbitarios. Marcamos la zona quirúrgica con azul de metileno en forma de dos elipses transversas con una "z" central (Fig. 2). Resecamos el exceso de tejido mucoso y submucoso labial con excisiones elípticas y la brida central se corrigió con una z-plastia de acuerdo con el marcaje realizado. La cirugía

finalizó con el cierre mediante suturas simples con hilo sintético reabsorbible de poliglactin 6-0

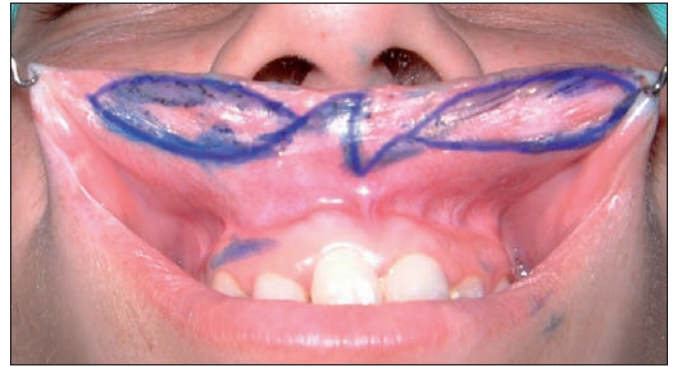


Fig. 2. Marcaje de la z-plastia y de las dos resecciones elípticas. Marcação de z-plastia e duas excisões elípticas.

La herida quirúrgica evolucionó con edema local que se resolvió al final de la segunda semana de postoperatorio. Dos meses después, en revisión en consulta ambulatoria, la paciente estaba plenamente satisfecha con el resultado obtenido, contando incluso que había vuelto a frecuentar relaciones sociales en compañía de su pareja. Tras 18 meses de seguimiento, no hay señales de recidiva o complicaciones tardías (Fig. 3, 4).



Fig. 3. Postoperatorio tardío (18 meses) mostrando un resultado satisfactorio. Pós-operatório tardio (18 meses) demonstrando bom resultado.



Fig. 4. Resultado estable a los 18 meses, labio con apariencia natural sonriendo. Resultado estável apos 18 meses, lábio com aparência natural sorrindo.

## Discusión

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 del tiroides (6). Otras condiciones que pueden asociarse son: úvula bífida (6), fisura palatina (7), queilitis glandular y alteraciones vaculares (9).

Histológicamente detectamos una hipertrofia de las glándulas mucosas y conductos excretores dilatados (1,5).

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 (8), preconiza la resección elíptica, en creciente, del exceso de mucosa y la sutura directa, técnica también preferida por Reddy y Kotewara (1) así como por otros autores. Martins et al (9) 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 Gerrerossantos y Altamirano (5), al reseccionar 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 postresección. Eski et al (4), 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.

En el caso de la paciente que presentamos, optamos por la técnica de Eski puesto que la hipertrofia de la mucosa labial se asociaba a una constricción central acusada. La resección en elipse única de toda la extensión del labio no habría corregido adecuadamente la brida y además podría haber provocado una cicatriz más extensa que llegaría hasta ambas comisuras labiales con la posibilidad de distorsionarlas.

## Conclusiones

Pensamos que el método descrito por Eski et al en 2007 es innovador al incluir una z-plastia, detalle simple pero decisivo e importante para restablecer la función y la estética del labio doble con brida central.

El resultado armónico y funcional que conseguimos en el caso que presentamos, ha sido nuestro incentivo para la divulgación de esta técnica.

## Dirección del autor

Dr. Pedro Olímpio Aguiar  
Rua Pedro Rufino 100, apto. 203-A  
Fortaleza, Ceará, Brasil  
CEP 60175-100  
e-mail: pedrolimpio@uol.com.br

## Bibliografía

1. **Reddy KA, Kotewara A.:** "Congenital double lip: a review of seven cases". *Plast Reconstr Surg* 1988; 84: 420.
2. **Benmeir P, Weinberg A, Neuman A, et al.:** "Congenital double lip: Report of five cases and review of the literature". *Ann Plast Surg* 1992; 28: 180.
3. **Marzola C, Pinto RS.:** "Lábio duplo: técnicas cirúrgicas". *Rev Ass Paul Cir Dent* 1996; 20: 180.
4. **Eski M, Weiberg A, Nisanci M, et al.:** "Congenital double lip: review of 5 cases". *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45: 68.
5. **Guerrerosantos J, Altamirano JT.:** "The use of W-plasty for the correction of double lip deformity". *Plast Reconstr Surg* 1967; 39: 478.
6. **Barnett ML, Bosshardt, LL, Morgan AF.:** "Double lip and double lip with blepharochalasis (Ascher's syndrome)". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 34: 727.
7. **Calnam J.:** "Congenital double lip: report of a case with a note on embryology". *Br J Surg* 1952; 5: 197.
8. **Dorrance GM.:** "Double lip". *Ann Surg* 1922.
9. **Martins WD, Westphalen FH, Sandrin R, et al.:** "Congenital maxillary double lip: review of the literature and report of a case". *J Can Dent Assoc* 2004; 70: 466.