

Reconstrução do lábio inferior baseado na técnica de Karapandzic: descrição cirúrgica e relato de caso

NATÁLIA BIANCHA RENDÓN ^{1*}
 INARA DO CARMO LUCCHESI ¹
 CARLO MOGNON MATTIELLO ¹
 ROGÉRIO SCHUTZLER GOMES ¹
 ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE
 VASCONCELLOS ¹
 JORGE BINS ELY ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0051

RESUMO

A técnica de Karapandzic foi introduzida, em 1974, para reconstrução de lábio inferior. É uma modificação do *fan-flap* de Gillies, um retalho em avanço em rotação composto de espessura total ao redor da boca. O movimento do retalho emprega rotação e avanço, enquanto ele é transferido para a região periférica da comissura oral para fechar o defeito. Esse método de reconstrução é empregado mais comumente na reconstrução de defeitos do lábio inferior e sua melhor indicação é a reconstrução dos defeitos centrais. Neste trabalho descrevemos a técnica de Karapandzic em um paciente com tumor de lábio inferior que compromete mais de 50% do mesmo.

Descritores: Reabilitação; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstitutivos; Lábio.

INTRODUÇÃO

Os lábios são estruturas faciais particularmente expressivas, que demonstram conotações emocionais e sexuais. Seu contorno geral e sua espessura são elementos que podem prejudicar a beleza geral do rosto¹. Os lábios superiores e inferiores fazem parte de uma unidade anatômica distinta que representa a principal feição da parte inferior da face. Têm um papel preponderante na aparência e na função facial².

Constituem o orifício oral e são responsáveis por uma série de funções orgânicas, como articulação da fala, alimentação, mímica facial e continência salivar; entre outras. O desempenho dessas funções pode ser comprometido por defeitos estruturais dos lábios decorrentes de trauma, infecções, malformações congênitas e lesões tumorais³. A reconstrução do lábio representa um desafio para o cirurgião plástico que procura atingir excelência na restauração da estética e das funções dessa estrutura única.

A técnica de Karapandzic foi introduzida, em 1974, para reconstrução de lábio inferior. É uma modificação do *fan-flap* de Gillies⁴, um retalho em avanço em rotação composto de espessura total ao redor da boca. O movimento do retalho emprega rotação e avanço, enquanto ele é transferido para a região periférica da comissura oral para fechar o defeito. Esse método de reconstrução é empregado mais comumente na reconstrução de defeitos do lábio inferiores sua melhor indicação é a reconstrução dos defeitos centrais⁵.

A vantagem da técnica é a cirurgia em tempo único para restaurar a musculatura orbicular, restabelecendo a funcionalidade e a estética labial, podendo ser usada para reconstruir até três quartos do lábio inferior; é simples, rápida e os resultados são um lábio funcional e esteticamente aceitável².

Por ser um retalho neurovascular, permite a manutenção total da inervação labial; para tanto, é fundamental, em sua dissecação, não seccionar a estrutura nervosa, preservando a sensação e a motricidade do lábio reconstruído. As incisões do retalho são semicirculares, unindo a margem inferior do defeito à asa nasal, e devem envolver pele, tecido subcutâneo e musculatura, separando o músculo orbicular dos demais envolvidos na mímica facial⁶.

O resultado é um lábio inferior com sensibilidade, competente e funcional com uma pequena redução do estoma oral⁷. A técnica de Karapandzic apresenta como principal

desvantagem a microstomia, principalmente quando utilizada para reconstrução de defeitos maiores, que respondem satisfatoriamente a fisioterapia e dilatação⁸.

OBJETIVO

O trabalho tem como objetivo descrever o caso de um paciente portador de lesão de lábio inferior (CEC) com comprometimento de 50% do lábio inferior, submetido à reconstrução com emprego da técnica de Karapandzic após ressecção oncológica, tratado no Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFSC (Hospital Universitário ligado à Universidade Federal de Santa Catarina).

MÉTODOS

Relato de caso. Foram revisados o prontuário e os registros fotográficos do caso e realizada revisão bibliográfica da técnica cirúrgica.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 71 anos de idade, aposentado, hipertenso, cardiopata, ex-tabagista há 13 anos (fumou por 40 anos). Encaminhado do posto de saúde para o serviço da cirurgia plástica do Hospital Universitário de Santa Catarina, por apresentar lesão crostosa, ulcerada em terço médio esquerdo do lábio inferior com aparecimento havia 8 meses atrás, de crescimento rápido nos últimos 2 meses associada a sangramento, dor e edema local, gerando lesão de aproximadamente 3x2 cm, ocupando 50% do lábio inferior, com comprometimento da mucosa oral e músculo orbicular no exame físico (Figura 1).

Realizada biópsia, que diagnosticou carcinoma de células escamosas invasivo moderadamente diferenciado. O paciente foi submetido à ressecção total da lesão com margens e reconstrução primária com a técnica de Karapandzic, pelo serviço de cirurgia plástica do Hospital Universitário de Florianópolis. (Santa Catarina, Brasil).

Técnica cirúrgica

O paciente foi posicionado em decúbito dorsal, sob anestesia geral. Foi realizada infiltração local com solução de lidocaína a 2% sem vasoconstritor mais 1ml de adrenalina a 1:220.000. Foi realizada marcação do carcinoma epidermoide com margens e marcação do retalho com base na descrição da

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.



Figura 1. Aspecto pré-operatório de paciente com carcinoma epidermoide de lábio inferior. Avaliação pré-operatória.

técnica de Karapandzic⁵, foi realizada a ressecção do carcinoma epidermoide com margens cirúrgicas (Figura 2).

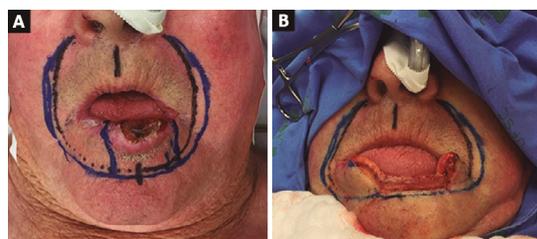


Figura 2. A: Tumor de lábio ulcerado de 3x2 cm e marcação pré-operatória de tumor com margens de 1,0 cm. desenho de retalho de Karapandzic; **B:** Grande defeito labial após ressecção de carcinoma epidermoide com margem cirúrgica.

As fibras musculares do músculo orbicular são circunferenciais e circundam o esfíncter oral, as margens externas dos músculos elevadores e depressores do lábio acompanham o eixo neurovascular se estendendo no sulco nasogeniano⁹. Foram realizadas, então, incisões transversais a partir da base do defeito pós-remoção em ambos os lados. Essas incisões se estendem em torno das comissuras para dentro do lábio superior equidistantes da margem livre do lábio a 0,5 cm lateral do sulco nasogeniano.

Procedeu-se à incisão e à dissecação dos retalhos miocutâneos (Figura 3A). O músculo orbicular foi dissecado com auxílio de tesouras delicadas e as fibras são separadas no sentido longitudinal até encontrar os ramos arteriais e venosos (labiais superiores e inferiores), que foram identificados e preservados. Da mesma forma, os ramos nervosos bucais e faciais foram identificados e preservados bilateralmente (Figura 3B).

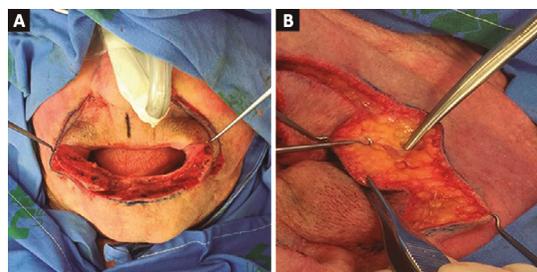


Figura 3. A: Grande defeito labial após ressecção de carcinoma epidermoide com margem cirúrgica. **B:** Confeção dos retalhos de avanço, preservando-se a rede vasculo-nervosa.

Os dois retalhos foram facilmente mobilizados e avançados para a linha média. Realizou-se cuidadosa hemostasia com bisturi elétrico e procedeu-se à síntese do retalho por camadas, sendo a musculatura com pontos simples de mononylon e monocryl 3,0 e mucosa com pontos simples separados de catgut 4,0, para fechamento do lábio foi realizado um primer ponto na sua borda inferior para orientar a sutura e manter a linha estética do lábio. Posteriormente, foi realizada síntese da pele com pontos simples separados de mononylon 5.0. (Figura 4).



Figura 4. Aspecto pós-operatório imediato após reconstrução labial.

O procedimento ocorreu sem intercorrências, sem complicações e bem tolerado pelo paciente durante o pós-operatório. O resultado foi considerado bom, do ponto de vista tanto estético como funcional. Não foram observados sofrimento dos retalhos ou hematomas. O paciente evoluiu com adequada cicatrização (Figuras 5 e 6). O anatomopatológico do paciente evidenciou carcinoma escamocelular invasivo com comprometimento da mucosa e musculatura com margens livres na mostra. O paciente mantém acompanhamento no ambulatório pelo serviço de cirurgia plástica da UFSC sem queixas estéticas nem funcionais.



Figura 5. Aspecto pós-operatório 21 dias após reconstrução labial.



Figura 6. Aspecto pós-operatório 45 dias após reconstrução labial.

DISCUSSÃO

Os lábios são órgãos táteis e sensoriais, utilizados na alimentação e articulação da fala. Além disso, são uma importante característica da expressão facial, podendo indicar prazer, desprezo, surpresa e dor. O padrão de beleza para os lábios varia de acordo com os grupos étnicos; entretanto, lábios simétricos, móveis e macios são sempre considerados atraentes, provocando o olhar do observador.

O câncer de lábio representa quase 30% dos tumores da cavidade oral e, juntamente com os tumores malignos cutâneos em esta região, é uma condição comum que apresenta necessidade, na maioria dos casos, de tratamento cirúrgico. O carcinoma epidermoide é o mais frequente entre os tumores malignos dos lábios. A região labial representa uma zona anatômica de elevado interesse devido à frequência de patologia tumoral envolvendo aquele que é o esfíncter natural da cavidade bucal. A sua reconstrução é um desafio para o cirurgião, que

deve tratar de conseguir um bom resultado, tanto funcional como estético¹⁰. Por isto, se descreveram numerosas técnicas para a reconstrução desta zona. Neste caso seguimos uma técnica baseada na preservação anatômica dos pedículos vasculonervosos faciais que mantêm a futura irrigação e funcionalidade do lábio.

O lábio é uma estrutura composta que contém pele, músculo e mucosa, e qualquer reconstrução deve visar substituir estes tecidos. Os retalhos podem ser divididos amplamente naqueles que redistribuem o tecido do lábio restante e aqueles que trazem tecido adicional para a circunferência dos lábios. A escolha é muitas vezes dependente da extensão da excisão.

Nos casos de grandes defeitos em plano total (entre 30% a 80%) a sutura primária torna-se impossível, sendo necessária a utilização de retalhos locais. Como descreveram diferentes autores², não existe um método ideal para a reconstrução dos lábios. Se a lesão ocupa até 1/3 do bordo do lábio, o encerramento pode ser realizado de forma direta, ou pode-se recorrer a plastia em W. Quando a lesão ocupa mais de 35% do lábio, necessita-se, para o seu encerramento, uso de retalhos.

Karapandzic descreveu um retalho miocutâneo neurovascular que se baseia em um princípio de preservação intacta e fornecimento nervoso sensorial, evitando a transição adicional de fibras do músculo orbicular, minimizando a deservação e atrofia do esfíncter, mantendo funcionalidade do movimento e a sensação.

CONCLUSÃO

A reconstrução de lábio utilizando a técnica de Karapandzic é um procedimento alternativo para as grandes lesões, sobretudo em lábio inferior e para lesões importantes, tem a vantagem de se realizar num único ato cirúrgico, e uma vez aprendida é de rápida execução e segura. Além disso, a técnica mantém um pedículo vasculho-nervoso, proporcionando bons resultados, tanto do ponto de vista tanto funcional como estético.

Os melhores resultados com a técnica de Karapandzic são obtidos quando a lesão se encontra na região mediana dos lábios. Quando afeitam os ângulos, os resultados não são tão satisfatórios. O principal inconveniente descrito para esta técnica

é a microstomia^{10,11}. Nas etapas precoces, mas que melhora gradualmente com o passar do tempo, existe uma percentagem que oscila entre os 12 e os 15% de reintervenções para melhorar a microstomia, realizando-se, então, uma comissuroplastia¹².

REFERÊNCIAS

1. Jackson IT. Retalhos locais na reconstrução de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: DiLivros; 2007.
2. Baker SR. Retalhos Locais em Reconstrução Facial. 2ª ed. Rio de Janeiro: DiLivros; 2007. p. 493.
3. Azevedo DM, Nagasaki E, Carvalho AS, Lafayette KAS, Cação EG, Inforzato HCB, *et al.* Reconstrução do lábio inferior pela técnica de Karapandzic. *Rev Bras Cir Plast.* 2013;28(1):168-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100028>
4. Gillies HD, Millard R. Principles and art of plastic surgery. Boston: Little, Brown & Co; 1957. p. 507-8.
5. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg.* 1974;27(1):93-7. PMID: 4593704 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(74\)90068-X](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(74)90068-X)
6. Matos da Fonseca A, Gómez Garcia F. Reconstrucción de labio con técnica de Karapandzic. *Cir Plást Iberolatinoam.* 2007;33(1):57-62.
7. Jackson IT. Retalhos locais na reconstrução de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: DiLivros; 2007. p. 481.
8. Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. 939 p.
9. Closmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL. Reconstruction of perioral defects following resection for oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(3):367-74. PMID: 16487795 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2005.11.025>
10. McCarn KE, Park SS. Lip reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2005;13(2):301-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2004.11.005>
11. Webster RC, Coffey R, Kelleber RE. Total and partial reconstruction of the lower lip with innervated muscle-bearing flaps. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1960;25:360-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196004000-00007>
12. Jabaley ME, Orcutt TW, Clement RL. Applications of the Karapandzic principle of lip reconstruction after excision of lip cancer. *Am J Surg.* 1976;132(4):529-32. PMID: 1015545 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(76\)90333-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(76)90333-0)

*Endereço Autor:

Natália Biancha Rendon

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº - Trindade - Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88036-800

E-mail: natabiancha@gmail.com