

A técnica de Webster Bernard modificada na reconstrução quase total do lábio inferior: casos clínicos

TANIA LENA ^{1*}
DENISSE HARTWIG ¹
NICOLÁS URROZ ¹
VIRGINIA GIACHERO ¹
OSCAR JACOBO ¹

■ RESUMO

Introdução: O carcinoma labial é o tumor maligno mais frequente da cavidade bucal. Dentro destes, 80% corresponde ao carcinoma de células escamosas, cuja topografia mais frequente é o lábio inferior. Em casos localmente avançados, a morbidade da ressecção e reconstrução é alta, sendo um desafio para a equipe cirúrgica. Existem várias técnicas para reconstrução do lábio inferior que dependem principalmente do tamanho e topografia da lesão. Uma técnica clássica para defeitos totais ou quase totais é a de Webster Bernard bilateral, que consiste em retalhos miocutâneos de avanço da bochecha, com ressecção de triângulos de Burrow e reconstrução do vermelhão com retalhos de mucosa jugal. As modificações desta técnica preservam a inervação do músculo orbicular e, portanto, reconstituem a morfologia semelhante ao lábio, preservando a função do esfíncter, com um resultado estético aceitável. **Métodos:** São apresentados dois casos clínicos de pacientes com carcinomas de células escamosas do lábio inferior, estágio T2 de acordo com a *American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2010*, tratados no ano de 2017 no Hospital Universitário de Montevideú, Uruguai, em que a ressecção e reconstrução oncológica foram realizadas com a técnica de Webster Bernard bilateral modificada e realizado um seguimento de 10 meses. **Resultados:** Em ambos os casos foram alcançados resultados morfológicamente aceitáveis, com boa funcionalidade do esfíncter, abertura bucal e sensibilidade, e com um resultado aceitável de cicatrizes. **Conclusão:** A técnica de Webster Bernard é um procedimento clássico para grandes defeitos do lábio inferior, ainda em vigor apesar das múltiplas técnicas que emergiram nos últimos anos, incluindo as microcirúrgicas. A nossa experiência, coincidindo com a bibliografia analisada, mostrou um resultado morfológico, funcional e estético aceitável.

Descritores: Lábio; Reabilitação; Carcinoma de células escamosas.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0068

INTRODUÇÃO

O carcinoma do lábio tem uma incidência de 1 a 2%, sendo a neoplasia maligna mais frequente da cavidade bucal. Oitenta por cento corresponde ao carcinoma de células escamosas, cuja topografia mais frequente é o lábio inferior^{1,2}. As diretrizes da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* recomendam a ressecção cirúrgica com margem oncológica como opção terapêutica². A seleção da técnica de reconstrução do defeito resultante depende principalmente do tamanho e topografia do defeito, bem como da disponibilidade de tecidos adjacentes e das comorbidades do paciente¹.

A reconstrução dos defeitos de mais de 80% do lábio geralmente gera um resultado estético pobre com comprometimento da competência oral³. As técnicas descritas, como a de Dieffenbach, Bernard (1853) e von Burrow (1855), consistem em retalhos de avanço horizontal da bochecha. Bernard e Van Burrow descreveram a transposição de retalhos de espessura total para a reconstrução do lábio inferior ou superior, reconstruindo o vermelhão com retalhos de mucosa de avanço e ressecando 4 triângulos de gordura e pele (2 superiores e 2 menores) com base nas comissuras.

Webster modifica esta técnica alinhando as cicatrizes com as linhas de tensão mais baixas da pele facial^{3,4}.

Como a função do músculo orbicular não é preservada na técnica original, a competência oral depende de desenvolvimento de um lábio inferior adinâmico inflexível. Foram feitas modificações na técnica original, como a modificação de Wechselberger⁵ que faz uma dissecação cautelosa do músculo orbicular sem uma incisão completa do músculo ao nível das comissuras, preservando a inervação e alcançando assim uma reconstrução com manutenção da função do esfíncter labial⁴.

Os retalhos livres são outra opção para a reconstrução total dos lábios, tendo como vantagem uma cobertura estável e como desvantagem um resultado funcional e estético limitado, pois a área doadora tem textura e cor diferente da pele do lábio. Alguns autores recomendam considerar retalhos livres se os tecidos locais são tensos, tenham cicatrizes ou tenham sido submetidos a radioterapia⁶.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é apresentar 2 casos clínicos de carcinoma escamoso localmente avançado, com reconstrução quase completa do lábio inferior após ressecção oncológica,

¹ Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

realizada pela técnica de Webster-Bernard modificada por Wechselberger⁵ bilateralmente.

MÉTODOS

Apresentamos 2 pacientes atendidos em 2017, no ambulatório de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética do Hospital Clínico Dr. Manuel Quintela, Hospital Universitário de Montevideú, Uruguai.

Em ambos os casos, foi feito um diagnóstico de carcinoma espinocelular. Foi classificado com base na terceira edição do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. O tratamento local foi a ressecção cirúrgica com margem oncológica seguindo as diretrizes da NCCN e os critérios clínicos de Cirurgia Plástica e Oncologia.

A reconstrução foi feita com a técnica de Webster Bernard modificada por Wechselberger⁵, preservando a inervação muscular. Quanto ao estadiamento e ao tratamento regional, no caso 1, foi realizada biópsia do linfonodo sentinela (BLS), com base nas diretrizes do NCCN².

O seguimento foi realizado aos 10 meses. O resultado morfológico e funcional foi avaliado com base em um formulário, extraído de um estudo de Ünsal Tuna⁷. Foi feita através de imagens, vídeos e registros nos prontuários médicos, a avaliação das seguintes características:

A) Sensibilidade. Foi registrada a ausência ou presença de hipoestesia.

B) Competência oral. Uma das seguintes opções foi selecionada: incompetência total, sialorreia em repouso, sialorreia à ingestão de líquidos, competência total.

C) Movimento de abertura bucal. Foi registrado se simétrico ou assimétrico.

D) Tamanho oral. Uma das seguintes opções foi selecionada: microstomia severa, moderada ou ausência de microstomia.

E) Simetria de cicatrizes. Foi selecionada entre as opções de cicatrizes simétricas ou assimétricas com base nas cicatrizes dos sulcos nasolabial, mentolabial e comissuras.

As complicações investigadas foram infecções, deiscências ou necrose de retalhos.

Caso clínico I

Apresentação clínica

Sexo masculino, 61 anos, fumante pesado, com lesão vegetativa do lábio inferior com 8 meses de evolução, de crescimento lento e progressivo, com medidas de 3 x 2 cm de diâmetro, que compromete vermelhão, pele labial e mucosa labial, respeitando comissuras (Figura 1). Não apresentava adenopatias clinicamente evidentes.

Um diagnóstico anatomopatológico de carcinoma escamoso foi realizado, sendo clinicamente estadiado como T2, N0, M0. Para o estadiamento regional, a BLS é realizada. O tratamento consistiu em ressecção oncológica e reconstrução.

Técnica cirúrgica

Começamos com a marcação da lesão (Figura 2A). A ressecção oncológica foi realizada em bloco da massa tumoral com margens de 1 cm de superfície e espessura total de profundidade, resultando em um defeito de espessura completa e 6 cm de comprimento por 3 de altura (Figura 2B).

São projetados retalhos miocutâneos retangulares na bochecha adjacentes ao defeito, realizando a dissecação dos músculos que compõem o modiolus, para avançar os retalhos (Figura 2C). Triângulos dermogordurosos de Burrow



Figura 1. Caso 1: (A) tumor no momento da primeira consulta do paciente, visão externa e (B) visão da mucosa do lábio invadido, respeitando o sulco vestibular.

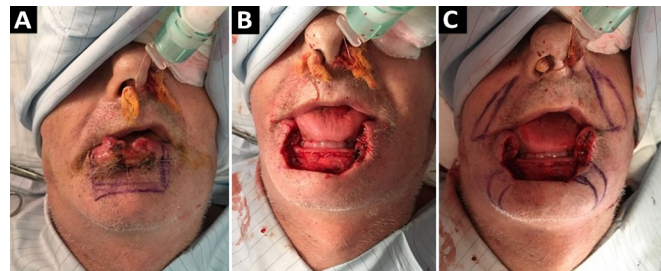


Figura 2. Caso 1: (A) Lesão no pré-operatório imediato, com marcação de margem de ressecção. (B) Defeito resultante da ressecção oncológica e (C) desenho dos retalhos de bochecha, com marcação dos triângulos de Burrow.

superiores e inferiores são ressecados. São desenhados retalhos da mucosa jugal superiores bilateral, que são transpostos para a reconstrução do vermelhão (Figura 3).

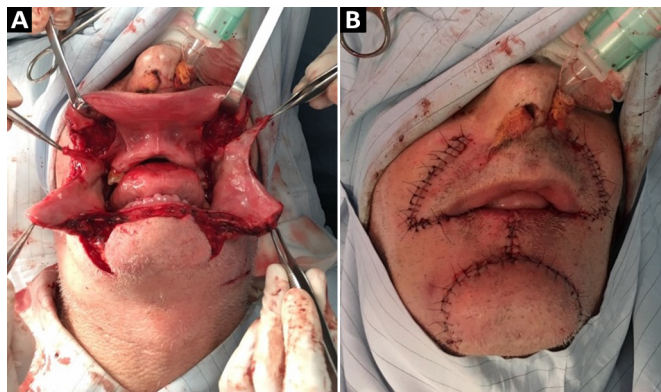


Figura 3. Caso 1, imagens intraoperatórias: (A) retalhos miocutâneos de bochecha elevados e retalhos de mucosa jugal e de lábio superior para reconstrução de vermelhão. (B) Fechamento do retalho com fio monofilamentar inabsorvível.

Neste caso, dada a indicação de BLS, a mesma foi realizada em conjunto com a Medicina Nuclear usando a técnica com radiotraçador híbrido nanocoloide-tecnécio 99 e Indocianina verde (Figura 4).

Caso clínico II

Apresentação clínica

Sexo masculino, 67 anos, com lesão vegetante em lábio inferior com 8 meses de evolução, de crescimento lento e progressivo com medidas de 2 x 2 cm de diâmetro, que compromete o vermelhão e a pele labial (Figura 5A). Duas adenopatias regionais submandibulares foram palpadas.

Foi realizada uma biópsia incisional da lesão labial com diagnóstico de carcinoma de células escamosas.

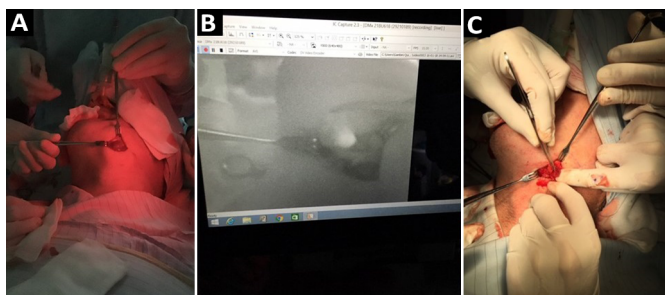


Figura 4. Caso 1, imagens intraoperatórias: (A) identificação do linfonodo sentinela intraoperatório através da câmera infravermelha. (B) Visualização do linfonodo sentinela por fluorescência na tela conectada à câmera infravermelha. (C) Biópsia excisional do linfonodo sentinela submandibular.

Foi realizada a ressecção da lesão em bloco de espessura total, com margem oncológica de 1 cm resultando em um defeito de 5 cm de comprimento e 5 cm de altura, de espessura total (Figura 5C). Foi realizada a reconstrução com um retalho modificado de Webster Bernard (Figura 5D). Neste caso, a biópsia do linfonodo sentinela não foi realizada.



Figura 5. Caso 2. (A) Apresentação clínica de lesão labial. (B) lesão intraoperatória antes da ressecção. (C) Intraoperatório após ressecção oncológica. (D) intraoperatório com retalhos mio-cutâneos de bochecha elevados.

Acompanhamento

O pós-operatório imediato foi bem tolerado, com restrição de dieta líquida, retomando alimentos brandos com 24 h. Os pontos foram removidos 7 dias após a intervenção. Os retalhos se encontravam viáveis, sem hematomas ou deiscência da ferida operatória.

RESULTADOS

A avaliação com 10 meses de pós-operatório pela equipe de tratamento mostrou em ambos os casos:

- A) Sensibilidade normal
- B) Competência oral total
- C) Movimento de abertura bucal

- D) Ausência de microstomia.
- E) Cicatrizes do sulco nasolabial, mentolabial e comissuras simétricas

Os resultados estão ilustrados na Figura 6.



Figura 6. Pós-operatório aos 10 meses. Caso 1 com boca fechada (A) e aberta (B). Caso 2 com boca fechada (C) e aberta (D).

Houve um atraso na cicatrização dos retalhos na linha média no caso 1, que resolveu com curativos. Não houve outras complicações ou recorrências locais no tempo de acompanhamento.

DISCUSSÃO

São descritas várias técnicas para reconstrução dos defeitos superiores a 80% do lábio inferior. A maioria utiliza como área doadora a pele da bochecha e do mento, como as técnicas de Karapandzic e de Webster Bernard^{4,6,8-10}, duas técnicas bem conhecidas que têm a vantagem de proporcionar uma altura adequada ao lábio, com tecidos de textura e cor semelhante a ele e cicatrizes esteticamente aceitáveis. Tecnicamente, é realizado em um único tempo cirúrgico, com uma curta curva de aprendizado.

A principal desvantagem descrita para a técnica de Webster Bernard é a microstomia e a disfuncionalidade do músculo orbicular. Em cerca de 12 a 15% dos casos são necessárias reintervenções para melhorar a microstomia, realizada através da comissuroplastias³.

A técnica de Webster Bernard modificada por Wechselberger⁵ preserva uma rede vasculonervosa e mantém a funcionalidade adequada do esfíncter orbicular dos lábios, sem seccionar completamente os músculos no nível do modiolus. Este método permite o avanço da pele e do

músculo deixando a mucosa subjacente intacta, sem afetar os pedículos vasculares através da mobilização dos retalhos, sendo aplicada em nossos casos.

Existem várias publicações sobre reconstrução com retalhos livres, sendo o retalho radial o mais utilizado de acordo com alguns autores³. Nos últimos anos, foi descrita a utilização de retalhos musculares livres funcionais, como o retalho gracilis no qual se realiza uma neurorafia entre o retalho e os nervos do leito receptor¹¹, assim como o retalho do músculo grande dorsal que mostrou reinervação sem a necessidade de neurorafia¹².

Consideramos que a escolha da técnica reconstrutiva é feita com base no tamanho do defeito, na qualidade dos tecidos regionais, nas comorbidades do paciente e na disponibilidade de infraestrutura e pessoal treinado. Em nosso centro, com base nos casos apresentados e na bibliografia analisada, a técnica modificada de Webster Bernard obtém bons resultados, podendo ser considerada uma opção válida e atual, apesar das técnicas microcirúrgicas mais complexas.

CONCLUSÕES

A reconstrução do lábio pela técnica de Webster Bernard modificada bilateral ainda pode ser considerada uma opção para a reconstrução de grandes defeitos lábio inferior, mesmo com o recente desenvolvimento de outros procedimentos reconstrutivos mais complexos como os retalhos microcirúrgicos, obtendo em nossa experiência bons resultados funcionais e estéticos.

REFERÊNCIAS

1. Baker S. Local Flaps in Facial Reconstruction. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2007.
2. MedlinePlus. Squamous cell skin cancer [Internet]; 2013 [acesso 2018 Jan 6]. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000829.htm>

3. Neligan P Plastic Surgery. Craniofacial, Head and Neck Surgery. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. p. 260-80.
4. Denadai R, Raposo-Amaral CE, Buzzo CL, Raposo-Amaral CA. Functional lower lip reconstruction with the modified Bernard-Webster flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015;68(11):1522-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2015.07.019>
5. Wechselberger G, Gurunluoglu R, Bauer T, Piza-Katzer H, Schoeller T. Functional lower lip reconstruction with bilateral cheek advancement flaps: revisitation of Webster method with a minor modification in the technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(6):423-8. PMID: 12621564 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-002-2051-5>
6. Ebrahimi A, Motamedi MHK, Ebrahimi A, Kazemi M, Shams A, Hashemzadeh H. Lip Reconstruction after Tumor Ablation. *World J Plast Surg.* 2016;5(1):15-25.
7. Unsal Tuna EE, Oksüzler O, Ozbek C, Ozdem C. Functional and aesthetic results obtained by modified Bernard reconstruction technique after tumour excision in lower lip cancers. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(6):981-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2009.02.073>
8. Abulafia AJ, Edilberto L, Fernanda V. Reconstruction of the lower lip and chin with local flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(4):847-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199604000-00027>
9. Brinca A, Andrade P, Vieira R, Figueiredo A. Karapandzic flap and Bernard-Burrow-Webster flap for reconstruction of the lower lip. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4 Suppl 1):S156-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000700041>
10. Campos MA, Varela P, Marques C. Near-total lower lip reconstruction: combined Karapandzic and Bernard-Burrow-Webster flap. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2017;26(1):19-20.
11. Ninkovic M, Spanio di Spilimbergo S, Ninkovic M. Lower lip reconstruction: introduction of a new procedure using a functioning gracilis muscle free flap. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(5):1472-80. PMID: 17415241 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000258527.99140.fe>
12. Özkan Ö, Özkan Ö, Çinpolat A, Ubur MC, Bektaş G, Jumshudov A, et al. Functional lower lip reconstruction with the partial latissimus dorsi muscle free flap without nerve coaptation. *Microsurgery.* 2018. PMID: 29476562

*Endereço Autor:

Tania Lena
Av Italia S/N, Montevideo, Uruguai
CEP 11600
E-mail: tanialeena33@gmail.com