

Três Métodos Cirúrgicos para Abordagem de Seqüelas de Queiloplastia

Celso Luiz Buzzo¹, Ernesto G. Novoa¹

Luiz Antonio Athayde Cardoso²

Prof. Dr. Cássio M. Raposo do Amaral³

- 1] Estagiário do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital da SOBRAPAR.
- 2] Auxiliar de Ensino do Hospital da SOBRAPAR.
- 3] Chefe do Serviço.

Trabalho Realizado no Hospital de Cirurgia Plástica crânio-facial da SOBRAPAR (Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação crânio-facial)

Endereço para Correspondência:

Celso Luiz Buzzo

Rua Santos Dumont, 875, Bloco 4, apt^o 02 – Vila Santana

13218-030 – Jundiaí – SP

Fone: (011) 731-2893

Unitermos: Enxerto dermo-gorduroso. Retalhos cruzados. Retalho de Abbe.

RESUMO

Diante das várias deformidades labiais presentes em pacientes com seqüelas de fissuras lábio-palatinas, do grande número de pacientes que procuram nosso serviço e da necessidade de se padronizar normas técnicas, foi realizado este trabalho, no qual são apresentados três métodos cirúrgicos para a correção de seqüelas de queiloplastia. Cada método é analisado criteriosamente, no que se refere à indicação do trabalho cirúrgico de acordo com o grau de deformidade labial.

INTRODUÇÃO

As deformidades labiais em pacientes fissurados abrangem grande diversidade e o nosso serviço, sendo um centro de referência para tratamento de pacientes portadores de fissuras lábio-palatinas, com profissionais a nível de especialização atuando nas áreas de Cirurgia Plástica, Ortodontia, Fonoaudiologia e Psicologia, recebe diariamente vários pacientes já submetidos à queiloplastia e que apresentam deformidades labiais. Desde o início do século, vários

cirurgiões se destacaram na criação de novos métodos de queiloplastia, cabendo a Victor Veau, em 1936, a publicação de extensa experiência na correção de fissuras labiais. Robert Abbe, Le Mesurier, Charles Tennison, Ralph Millard, entre outros, também se destacaram na publicação de técnicas para queiloplastia que, somadas aos métodos mais recentes, nos fornecem, hoje, várias opções para o tratamento das deformidades labiais secundárias às queiloplastias.

Tendo como objetivo o estabelecimento de uma rotina para abordagem em diferentes graus de complexidade cirúrgica para reparo destas seqüelas, foi realizado um estudo utilizando-se três métodos cirúrgicos distintos, empregados de acordo com o quadro clínico de cada paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

A literatura nos dá a definição de um fissurado sem seqüela, como aquele que apresenta um lábio superior simétrico e móvel, com alinhamento adequado da linha cutâneo-mucosa, presença definida e harmoniosa do "arco de cupido" e do filtro, um mínimo de cicatrizes, vermelhão adequadamente espesso apresentando tubérculo mediano e, somando-se a isso tudo, também a simetria das asas nasais e columela (Mélega⁴).

Nas deformidades secundárias do lábio superior, para facilidade de diagnóstico e conduta, podemos didaticamente dividi-las em:

Leves:

- ◆ Desalinhamento da linha cutânea-mucosa: Resultante muitas vezes de falhas técnicas (sutura sob tensão, infecção na linha de sutura, etc).
- ◆ Cicatrizes inestéticas: Resultante também de falhas técnicas, como sutura sob tensão, infecções, desenvolvimento de cicatriz hipertrófica.

Moderadas:

- ◆ União muscular incompleta: O mau posicionamento das extremidades internas dos músculos orbiculares, não totalmente unidas, provoca protuberâncias sob a pele, ao lado da cicatriz e sob as asas nasais.
- ◆ Achatamento do lábio: Causada pela hipoplastia do hemilábio afetado, agravado pela falha do desenvolvimento ósseo do maxilar superior ao nível da abertura piriforme.
- ◆ Lábio superior tenso: Sem o tubérculo mediano, muito comum nas queiloplastias realizadas em fissurados bilaterais, com pró-lábio hipoplástico.

Graves:

- ◆ Ausência de filtro e "arco de cupido": Resultante

de várias cirurgias ou processos infecciosos, deformando a cicatriz inicial.

- ◆ Sulco gêngivo-labial insuficiente: Comum em pacientes com fissuras bilaterais.

Levando-se em consideração a queixa do paciente, as deformidades labiais apresentadas ao exame clínico (cicatrizes inestéticas, retrações em pele e vermelhão labial, desalinhamento da linha cutâneo-mucosa e mobilidade do lábio e exame dinâmico), foram avaliados 11 pacientes com seqüelas de fissuras labiais, sendo 7 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades variando de 12 a 31 anos, com uma média de 18,9 anos.

Todos os pacientes foram assistidos no Hospital de Cirurgia Plástica Crânio-Facial da SOBRAPAR e submetidos à cirurgia no período de março de 1993 a janeiro de 1994.

Os pacientes, divididos em 3 grupos de acordo com seu quadro clínico (seqüelas leves, moderadas e graves), foram submetidos aos seguintes métodos de tratamento:

1º Enxerto dermo-gorduroso: o uso de auto-enxerto de gordura para correção de depressões do tecido subcutâneo é antigo, existindo referências na literatura médica há mais de um século. Destacamos trabalhos de Uchida⁷, Loeb² e, recentemente, Matsuo e Toledo³, com farta publicação sobre lipo-enxertia em diferentes regiões do corpo.

Para esse método foram selecionados 4 pacientes que apresentavam leve retração cicatricial e depressão no vermelhão labial. Estes pacientes foram submetidos à cirurgia sob anestesia local, utilizando-se lidocaína 2% com adrenalina 1:200000 e bupivacaína 0,5% com adrenalina 1:200000. Optamos pela região suprapúbica como área doadora, incisando-se logo acima da linha de implantação dos pêlos pubianos, desepitelizando-se pequeno fuso dermo-gorduroso, que era "moldado" de acordo com a lesão de cada paciente. Este enxerto era colocado na área receptora através de incisão sobre a cicatriz, a qual era excisada e reestruturada de forma a corrigir suas retrações e/ou alargamento, sendo o enxerto fixado com pontos captonados com mononylon 6-0. Os pacientes foram reavaliados periodicamente, sendo os pontos da pele retirados no 3º dia de pós-operatório e os captonados no 5º dia.

2º Retalhos cruzados da submucosa do vermelhão: esta técnica cirúrgica, com algumas variantes, é muito utilizada para correção da falta de tecido mucoso (vermelhão), em graus leves e moderados, defeito este que acomete principalmente pacientes com seqüelas de fissuras labiais bilaterais, acometendo o tubérculo mediano, muitas vezes ausente e, em alguns casos, em pacientes com seqüelas de fissura labial unilateral, onde há retração intensa do processo cicatricial, deformando o contorno do vermelhão labial (Kawamoto¹). Para este método foram selecionados 3

pacientes com seqüelas de fissura labial unilateral, os quais apresentavam retrações cicatriciais de grau moderado, comprometendo o lábio, principalmente o vermelhão, a ponto de mesmo com a boca fechada, haver exposição de parte do dente incisivo lateral superior. Estes pacientes foram submetidos à cirurgia, sob anestesia local, semelhante ao método anterior. O procedimento cirúrgico baseou-se na excisão da cicatriz retrátil do lábio e vermelhão, sendo que, neste, através da incisão, confeccionaram-se dois pequenos retalhos laterais de submucosa e músculo orbicular, com pedículo em sua base, ao acaso, que foram cruzados lado a lado perpendicularmente à linha de incisão, promovendo um aumento do volume do vermelhão neste local. Segundo a rotina do serviço, estes pacientes foram avaliados regularmente, sendo que os pontos da pele e da mucosa foram retirados no 3º dia do pós-operatório.

3º Retalho de Abbe: inicialmente descrito por Robert Abbe, o retalho de rotação, que utiliza tecidos do lábio inferior para correção de deformidades do lábio superior, tem como indicação precisa a correção de deformidades labiais causadas por fissuras bilaterais; porém, atualmente, é usado também para a correção de seqüelas causadas pela fissura labial unilateral, deformidades no filtro, ausência de tubérculo mediano, etc (Millard⁵). Para este método foram selecionados 4 pacientes com seqüelas de fissuras lábio-palatinas bilaterais, os quais apresentavam graves retrações cicatriciais envolvendo pele e mucosa do lábio, diminuição acentuada do sulco gêngivo-labial e uma mobilidade do lábio superior bastante diminuída. Os pacientes foram submetidos à cirurgia sob anestesia local, semelhante aos métodos anteriores. O procedimento cirúrgico limitou-se à marcação da área de ressecção de todo o tecido fibrótico até junto à base da columela. Foi feita a dissecação do músculo orbicular superior, que foi suturado ao músculo orbicular do retalho com fio mononylon 5-0, e pele saturada com fio mononylon 6-0 e, a mucosa, com dexton 5-0. Os pontos da pele foram retirados no 3º dia de pós operatório, sendo feita a liberação do pedículo do retalho no 15º dia de pós-operatório, também sob anestesia local.

RESULTADOS

Nas duas primeiras reavaliações, 6 e 9 meses de pós-operatório, observaram-se os seguintes resultados:

1º método: (enxerto dermo-gorduroso) - houve melhora na linha cicatricial da pele, aumento no vermelhão, com conseqüente projeção labial, melhorando muito o perfil do paciente. A aceitação dos pacientes, quanto ao método, foi boa, não sendo observada reabsorção da gordura.

2º método: (retalhos cruzados) - observou-se melhora na linha cicatricial, ausência de retrações no vermelhão e um melhor delineamento do contorno labial.

3º método: (retalho de Abbe) - houve uma melhora

evidente sob todos os aspectos: as cicatrizes da pele, tanto no lábio superior como no inferior, apresentavam-se finas, sem alargamentos ou retrações. A mobilidade, elasticidade e a projeção do lábio superior apresentaram melhora evidente. O novo sulco gêngivo-labial favoreceu o uso de aparelhos ortodônticos e, apesar da necessidade de dois tempos cirúrgicos para a execução deste método, a aceitação dos pacientes foi muito boa.

DISCUSSÃO

Frente às inúmeras variações de deformidades labiais apresentadas por pacientes portadores de seqüelas de fissura lábio-palatinas, achamos fundamental para o cirurgião plástico o conhecimento pleno de vários métodos cirúrgicos para correção destas deformidades.

Os três métodos aqui apresentados são de simples execução e nos trazem resultados animadores, indo de encontro aos nossos objetivos, que são: padronização de normas técnicas para melhor desempenho do profissional em treinamento; simplicidade na execução dos métodos utilizados; diminuição da permanência hospitalar do paciente, diminuindo o custo final total. Nos casos mais graves, onde optamos pelo retalho de Abbe, apesar dos transtornos causados ao paciente (semi-oclusão da boca por 14 dias, necessidade de 2 tempos cirúrgicos), os resultados estéticos e funcionais foram bons. A importância de um diagnóstico preciso e a avaliação detalhada do tratamento progressivo, ao qual o paciente foi submetido, nos indicará o método mais simples para a correção de sua deformidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KAWAMOTO, H. K. (1979). "Correction of major defects of vermillion with a cross-lip vermillion flap". *Plast. Reconstr. Surg.* 64:315-318.
2. LOEB, R. (1978). "Correction of subpalpebral depressions by adipose grafts". *Cirurg. Estet. Argent.* 3:68.
3. MATSUO, P. K. R. & Toledo, L. S. (1988). "Experience of injected fat grafting". *Aesth. Plast. Surg.* 12:35.
4. MÉLEGA, J. M. (1992). *Cirurgia Plástica Reparadora e Estética.* 36:283-289.
5. MILLARD, D. R. (1977). "Cleft craft: the evolution of its surgery I. The unilateral deformity", Boston Little, Brown & Co.
6. Mulliken, J. B., Rodgers, C. M. "Deepithelialized mucosal sub-mucosal flaps to correct the 'Whistling Lip' deformity". *Cleft Palate Journal.*
7. UCHIDA, J. (1965). "Free graft for the upper eyelid". *Jap. J. Plast. Reconstr. Surg.* 8:279.