

Reconstrução labial superior com retalho de pedículo subcutâneo

Upper lip reconstruction with subcutaneous pedicle flap

PAULO JOSÉ ALVES¹
SULLEY SHEILA TEIXEIRA
ALVES²

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte – Ceará, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 28/5/2011
Artigo aceito: 6/6/2011

RESUMO

Introdução: As principais causas de defeitos adquiridos na região labial superior são as lesões traumáticas e as ressecções tumorais, as quais acarretam déficits teciduais importantes. A reconstrução labial deve ser realizada com o intuito de preservar a função e o aspecto estético de toda unidade. Para os defeitos em plano parcial pós-ressecção que atingem até a musculatura do lábio superior, o retalho de pedículo subcutâneo em V-Y mostrou ser de fácil confecção e bastante seguro, apresentando resultados satisfatórios do ponto de vista funcional e estético. **Objetivo:** Apresentar uma alternativa segura e prática para correção dos defeitos em plano parcial na região do lábio superior, com obtenção de resultados satisfatórios no pós-operatório. **Método:** Treze pacientes portadores de lesão labial foram operados e tiveram seus lábios reconstruídos em tempo cirúrgico único com retalho de pedículo subcutâneo. **Resultados:** Os pacientes apresentaram grau elevado de satisfação. Todos os exames histopatológicos demonstraram margens cirúrgicas livres da lesão. **Conclusões:** O retalho de pedículo subcutâneo em V-Y demonstrou ser uma boa opção para cobertura de áreas cruentas produzidas pela ressecção de lesões tumorais.

Descritores: Retalhos cirúrgicos. Lábio/cirurgia. Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos. Neoplasias Bucais.

ABSTRACT

Introduction: The main causes of acquired defects in the upper lip region are the traumatic and tumor resection which cause significant tissue deficits. The lip reconstruction should be performed in order to preserve the function and aesthetic appearance of the entire unit. For defects in the plan after partial resection and muscles that affect the upper lip, the subcutaneous pedicle flap in VY showed an easily made and very safe, with satisfactory results in terms of functional and aesthetic. **Objective:** Provide a safe and practical alternative for correction partial defects in the plan a in the region of the upper lip with good results in post-operative. **Method:** Thirteen patients were operated on a cold sore and had rebuilt his lips in time with single subcutaneous pedicle flap. Results: Patients reported high satisfaction. All histopathology showed free surgical margins of the lesion. Conclusions: The subcutaneous pedicle flap in VY proved to be a good option to cover raw areas produced by resection of tumor lesions.

Keywords: Surgical flaps. Lip/surgery. Reconstructive Surgical Procedures. Mouth Neoplasms.

1. Membro especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Professor Assistente II da Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte – Ceará, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
2. Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte – Ceará, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os defeitos na região dos lábios que necessitam de reconstrução podem resultar de uma grande variedade de causas, porém aqueles decorrentes de traumas e de ressecções tumorais são os mais frequentes^{1,2}.

Os tumores localizados no lábio superior, quando são ressecados, acarretam déficits teciduais tanto em extensão quanto em espessura, devido à retirada conjunta de tecidos peri-lesionais supostamente sadios por ocasião da inclusão obrigatória da margem de segurança no bloco da lesão. Isto cria uma dificuldade na reconstrução da estrutura labial relacionada com o tamanho do defeito, a espessura e a localização da perda da substância^{3,4}.

Os retalhos de vizinhança com pedículo subcutâneo, quando avançados em formato de VY, são adequados neste tipo de reconstrução, devido à semelhança de pele (cor, espessura e textura) e à proximidade tecidual existente, além de corroborarem com a continência oral e o bom resultado estético^{2,5}. Somam-se a isto, o fato de serem facilmente confeccionados sobre as linhas de menor tensão da pele e por não produzirem distorção das estruturas envolvidas⁶.

Apesar destas vantagens, os retalhos de pedículos subcutâneos não são tão utilizados na reconstrução labial devido ao fato de possuírem elasticidade limitada, vascularização dependente do subcutâneo, aumentando o risco de necrose, e por só poderem ser confeccionados em locais margeantes ao defeito⁶.

O objetivo deste artigo é apresentar o retalho de pedículo subcutâneo com avanço em V-Y como uma alternativa simples e prática utilizada na reconstrução de defeitos de espessura parcial localizados no lábio superior.

MÉTODO

No período de outubro de 2009 a abril de 2011, foram avaliados e submetidos a procedimento cirúrgico 13 pacientes, sendo todos portadores de lesão tumoral em região labial superior. Dentre estes pacientes, nove eram do sexo masculino e quatro, do sexo feminino; a média de idade foi de 58,3 anos. Dez pacientes tinham lesão do lado esquerdo do lábio e três, do lado direito. Não houve critério de exclusão quanto a etnia, idade ou condição clínica.

Todos os pacientes foram submetidos a exames clínicos e laboratoriais no período pré-operatório, além da avaliação cardiológica. Todos os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico, com monitoramento cardiorrespiratório e sob anestesia local. Foi utilizada lidocaína associada a epinefrina na proporção de 1:200.000 em 10 pacientes e, em 3, esta foi desaconselhada pelo cardiologista. Todas as lesões foram ressecadas com margem de segurança, atingindo até o plano muscular, sendo posteriormente enviadas para análise histopatológica.

Técnica Operatória

Com o paciente em decúbito dorsal e com ligeira elevação da cabeça, realizamos a marcação cirúrgica prévia com caneta apropriada para pele e procedemos à assepsia rigorosa com clorexidine degermante a 2%, seguida da alcoólica. Realizada infiltração anestésica com lidocaína e epinefrina na proporção de 1:200.000, quando não tinha orientação contrária por parte do cardiologista, e sem vasoconstritor, na presença desta.

Realizada ressecção da lesão com margem de segurança nas três dimensões, seguida de hemostasia rigorosa com bisturi elétrico. Procedeu-se à incisão sobre as linhas naturais da pele para confecção do retalho, que ficava pediculado em um cilindro central de tecido subcutâneo, contendo os vasos perfurantes e avanço do mesmo em direção à área cruenta produzida com a ressecção da lesão.

Realizamos sutura de aproximação dérmica com fio de nylon 5-0 entre o retalho e a borda do tecido remanescente e finalizamos com a sutura na pele sem tensão com mononylon 5-0. Por fim, realizado curativo local com gaze e micropore.

RESULTADOS

Todos os pacientes se declararam satisfeitos com os resultados obtidos (Figuras 1 a 8). Não houve nenhum caso de deiscência, necrose, infecção e nem distorções anatômicas que motivassem reclamações no período pós-operatório.

Dois pacientes relataram perda da sensibilidade da área do retalho em pós-operatório, sendo que no oitavo mês eles referiram que já haviam recuperado alguma sensibilidade.

Nos laudos histopatológicos, evidenciou-se em doze pacientes o diagnóstico de carcinoma basocelular e, em um, de carcinoma espinocelular, sendo livres as margens laterais e profunda de todos eles.

DISCUSSÃO

Embriologicamente, o lábio superior é formado pela fusão dos dois processos maxilares laterais e de um processo nasofrontal central. Por causa dessa massa central que separa os segmentos laterais, as metástases contralaterais no câncer de lábio superior são raras⁷.

O lábio superior é constituído por três subunidades anatômicas: o filtro de localização central, que divide as duas subunidades laterais em direita e esquerda⁸. É delimitado lateralmente pela prega nasolabial, superiormente, pela base do nariz, e inferiormente, pela prega mentolabial². Recebe suprimento arterial através da artéria facial, que após atingir a comissura labial emite as artérias labiais superior e inferior que, por sua vez, formam um circuito circunferencial à cavidade oral, acompanhando o trajeto do músculo orbicular⁸. Esta rede vascular permite a confecção cuidadosa de amplos



Figura 1 – Lesão ulcerada em lábio superior à esquerda.



Figura 5 – Lesão ulcerada em lábio superior à direita.



Figura 2 – Pós-operatório de 15 dias.



Figura 6 – Pós-operatório imediato.



Figura 3 – Lesão descamativa superficial em lábio superior à direita.



Figura 7 – Lesão com aspecto nodular em lábio superior à esquerda.



Figura 4 – Pós-operatório de 15 dias.



Figura 8 – Pós-operatório de 14 dias.

retalhos, que apresentam grande vitalidade. A drenagem linfática é feita para os linfonodos submentonianos e submandibulares⁹. A drenagem venosa é feita por veias homônimas. Já a inervação sensitiva do lábio superior se dá por meio dos nervos infraorbitais, ramos do trigêmeo, enquanto que a inervação motora ocorre por meio dos ramos bucais e de algumas conexões com os ramos zigomáticos, ambos provenientes do nervo facial.

Funcionalmente, os lábios servem como porta de entrada para o trato gastrointestinal, retêm a saliva e o alimento durante a mastigação, articulam palavras, exibem expressões faciais, além de constituírem foco de beleza na face humana².

Quando se faz necessário reparar uma estrutura labial, deve-se considerar que qualquer alteração do ponto de vista anatômico será facilmente perceptível, principalmente à sua movimentação. Por isso, uma restauração labial deve resultar em boa função e manter aparência satisfatória².

Para Carvalho et al.¹⁰, a reconstrução perfeita da perda de substância decorrente da ressecção de um tumor labial superior é um verdadeiro desafio dentro da Cirurgia Plástica. Para Lee & Mountain², além de desafiadora e complexa, a reconstrução labial não possui uma técnica única que satisfaça a todas as exigências e situações. Para realizá-la é necessária uma análise correta do defeito, um bom conhecimento da anatomia e dispor de opções técnicas apropriadas para cada subunidade a ser abordada, tendo em vista que a divisão do lábio em subunidades facilita o seu reparo.

Os métodos utilizados na reconstrução labial superior após ressecções tumorais são pouco descritos na literatura, tendo em vista a baixa incidência dos cânceres nesta região¹¹. Tem-se que somente 5% dos cânceres labiais acometem o lábio superior e destes, a grande maioria é do tipo carcinoma basocelular⁴. O tratamento deste tipo de lesão é feito por meio de ressecção com margens amplas de segurança, seguido por reconstrução de todos os planos abordados durante o procedimento inicial⁴.

Para Nassif Filho et al.¹², o câncer no lábio superior é cerca de 20 vezes menos prevalente do que no lábio inferior, sendo que neste o tipo histológico preponderante é o carcinoma espinocelular e, naquele, é o basocelular.

O retalho de pedículo subcutâneo é o preferido por um grande número de cirurgiões, especialmente para o fechamento de defeitos faciais e úlceras de pressão, uma vez que é de fácil elevação e sua área doadora apresenta baixa morbidade. Apesar destas vantagens, a sua mobilidade é limitada e o seu tamanho deve ser pré-determinado, conforme o tamanho do defeito a ser coberto¹³. Já para Carvalho et al.¹⁰, os retalhos de pedículo subcutâneo podem avançar até 6 cm de extensão, independente da elasticidade da pele, antes de assumir o formato V-Y pós-sutura.

Este tipo de retalho pode ser utilizado para reparar defeitos de qualquer espessura. Do ponto de vista circulatório,

o procedimento é completamente seguro e ainda tem a vantagem de necessitar apenas de um tempo cirúrgico. É esteticamente satisfatório para a maioria dos pacientes, mantém uma boa função e sensibilidade do lábio¹⁰.

A incisão para confecção do retalho de pedículo subcutâneo deve ser colocada preferencialmente sobre as marcas de expressão facial, tendo em vista que isto facilita a dissimulação da cicatriz. Já a zona de transição entre a pele e o vermelhidão constitui ponto importante de reparo no processo de reconstrução, servindo como guia para evitar distorções anatômicas no lado inferior do retalho⁴.

Os objetivos a serem conseguidos numa reconstrução de lábio incluem a manutenção da competência oral, boa abertura bucal, sensação tátil preservada e aspecto estético satisfatório. O defeito deve ser reparado com um tecido com características similares, como cor, textura e espessura. Pela ordem, devemos utilizar tecidos de vizinhança, tecidos remanescentes em caso de ressecção em plano total, tecido do outro lábio, retalhos à distância e retalhos livres. A reconstrução do lábio superior é mais difícil do que a do lábio inferior, devido ao fato de ele ser menos móvel. Em homens, a presença de pelos pode contribuir para ocultar a cicatriz produzida².

Segundo Peled¹⁴, o melhor tecido para reconstrução do lábio é o lábio, de preferência do mesmo lábio.

A cobertura dos defeitos é feita pelo avanço de uma ou mais ilhas que fazem fronteira com o defeito. Quando bem planejados estes retalhos devem ter confecção sobre as linhas naturais da pele, o que resultará num fechamento livre de tensão e com distorção mínima das estruturas adjacentes. A artéria facial fornece suprimento sanguíneo generoso para a pele que recobre o lábio superior através das perfurantes por via subcutânea, permitindo inclusive um estreitamento relativo do pedículo gorduroso e proporcionando, com isso, maior mobilidade do retalho. Em pacientes idosos, a redundância de pele na região limítrofe do defeito serve como recurso no processo de avanço do retalho⁶.

Herbert¹⁵ publicou, em 1978, descrição detalhada sobre o suprimento vascular facial, enfatizando a segurança com que poderiam ser confeccionados os retalhos com pedículos subcutâneos.

Dentro das opções de reparo dos defeitos em lábio superior temos o enxerto de pele total, o retalho de vizinhança, retalho à distância e, a depender do tamanho da perda, pode-se lançar mão dos retalhos livres. O reparo com enxerto de pele total tem resultado insatisfatório, principalmente nos homens, que perde suas características pilosas. A escolha recai sobre um retalho de vizinhança que associado com a redundância de pele produz um resultado estético satisfatório sem distorcer estruturas anatômicas importantes¹⁰.

Aytekin et al.¹¹ reproduziram técnica de Fujimori¹⁶ e realizaram reconstrução de lábio superior em plano total

utilizando o retalho nasolabial bilateral, com obtenção de bom resultado funcional. Já El-Din¹⁷ amplia a extensão destes mesmos retalhos para reconstruir também em plano total o lábio inferior de um paciente.

O tratamento de lesões oncológicas em lábio consiste em três etapas: (a) excisão do tumor com margens de segurança; (b) fechamento do defeito para melhor cicatrização e em menor tempo; (c) melhoramento funcional e estético posterior¹⁴.

Okasaki et al.¹⁸ relataram reconstrução em plano parcial de lábio superior utilizando o retalho de Abbé modificado após ressecção de amiloidose cutânea, na região de transição filtro-vermelhidão, com sucesso. Este retalho foi transposto para o sítio receptor por meio de uma abertura com tunelização transmucosa superior, tendo seu pedículo seccionado sete dias após sua confecção.

Defeitos extensos na região perioral são mais bem reparados com retalhos livres, enquanto que os menores podem ser habilmente reparados com um ou mais retalhos locais com impressionantes resultados estéticos e locais².

CONCLUSÕES

As principais causas de deformidades labiais que necessitam de cirurgia reparadora são as decorrentes de traumas e das ressecções tumorais. A reconstrução labial deve priorizar, primeiramente, o aspecto funcional do órgão. O retalho de pedículo subcutâneo demonstrou ser uma alternativa eficaz tanto do ponto de vista funcional quanto estético.

REFERÊNCIAS

- Langstein HN, Robb GL. Lip and perioral reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2005;32(3):431-45.
- Lee P, Mountain R. Lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;8:300-4.
- Sabino Neto M, Castilho HT, Garcia EB, Ferreira LM. Reconstrução total de lábio superior e columela com retalho musculocutâneo em ilha do depressor do ângulo da boca. *Rev Assoc Med Brás.* 1997;43(2):151-3.
- Sbalchiero JC, Anlicoara R, Cammarota MC, Leal PRA. Reconstrução labial: abordagem funcional e estética após ressecção tumoral. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2005;20(1):40-5.
- Carvalho FAMC, Miranda Filho AR, Silva Junior VV, Viana FO, Moreira AA. Reconstruction de nariz y labios em secuela de quemadura electrica. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2009;35(3):237-42.
- Rustad TJ, Hartshorn DO, Clevens RA, Johnson TM, Baker SR. The subcutaneous pedicle flap in melolabial reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988;124(10):1163-6.
- Laureano Filho JR, Vasconcellos JRH, Silva EDO, Camargo IB. Cirurgia do lábio inferior: descrição de técnica e relato de caso. *Rev Cir Traumat Bucomaxilofacial.* 2004;4(2):97-104.
- Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. Current concepts in lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12(4):281-7.
- Salem ZC, Gorrón MR, Del Vale CM. Reconstrucción labial: principios y técnicas. *Cuad Cir.* 2004;18:98-105.
- Carvalho LM, Ramos RR, Santos ID, Brunstein F, Lima AH, Ferreira LM. V-Y advancement flap for the reconstruction of partial and full thickness defects of the upper lip. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002;36(1):28-33.
- Aytekin A, Ay A, Aytekin O. Total upper lip reconstruction with bilateral Fujimori gate flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):797-800.
- Nassif Filho ACN, Shibuio JR, Tarlé RG, Arnoud J, Maestri JEG. Cirurgia reconstrutiva de lábio inferior com recuperação estético-funcional. Relato de dois casos. *Rev Assoc Med Brás.* 1998; 4(3):256-60.
- Spröhnle V, Las Heras R, Llanos S, Calderón D, Calderón D. Colgajo de avance em V-Y de gastrocnemio medial basado en perforante para cierre de defectos del tercio médio de la pierna. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2010;36(2):163-6.
- Peled IJ. Aesthetics and function in lip reconstruction. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(4):275-8.
- Herbert DC. A subcutaneous pedicled cheek flap for reconstruction of alar defects. *Br J Plast Surg.* 1978;31(2):79-92.
- Fujimori RF. "Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip. *Br J Plast Surg.* 1980;33(3):340-5.
- El-Din SAS. Lower lip reconstruction with Fujimori gate flaps. *Egypt J Plast Reconstr Surg.* 2004;27(2):319-24.
- Okasaki M, Hisatomi T, Sarukawa S. Aesthetic upper lip reconstruction with vermilion submucosal-pedicle cross-lip flap. *J Craniofac Surg.* 2006;17(6):1259-62.

Correspondência para:

Paulo José Alves
Rua Pedro Cardoso Sobreira, 10, bloco 1, apto 201 – Lagoa Seca – Juazeiro do Norte, CE, Brasil – CEP 63040-110
E-mail: paulodobarro@bol.com.br