

RECONSTRUÇÃO LABIAL: ABORDAGEM FUNCIONAL E ESTÉTICA APÓS RESSECÇÃO TUMORAL

JULIANO CARLOS SBALCHIERO¹, RAFAEL ANLICOARA², MARCELA CAETANO CAMMAROTA³, PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE LEAL⁴

RESUMO

Os autores apresentam avaliação funcional e estética dos pacientes operados por tumores de lábio, no período de junho de 1993 a junho de 1998, no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia no Instituto Nacional de Câncer – INCa-MS (RJ).

Foram analisados, retrospectivamente, 48 pacientes submetidos a ressecções de tumores labiais primários e reparação imediata.

As características dos tumores e as técnicas empregadas para a ressecção e reconstrução dos defeitos labiais resultantes são detalhadas, ressaltando-se as indicações de acordo com a extensão da lesão e enfatizando-se a superioridade das técnicas que permitem a restauração do mecanismo esfinteriano oral.

A avaliação dos resultados funcionais e estéticos das reconstruções, de acordo com os critérios estabelecidos, por meio da avaliação pelo autor senior, se mostrou ótima/boa em 81,2% e 85,4% dos pacientes, respectivamente.

Descritores: Lábio, cirurgia. Neoplasias labiais. Retalhos cirúrgicos.

1. Membro Titular da SBCP; Médico do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia – INCa.
2. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia – INCa e da SBCP.
3. Membro Especialista da SBCP.
4. Membro Titular da SBCP; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do INCa.

Correspondência para: Juliano C. Sbalchiero
Instituto Nacional de Câncer - INCa – Secretaria do Serviço de Cirurgia Plástica – 8º andar – Praça da Cruz Vermelha, 23 – Centro
Rio de Janeiro, RJ – Brasil – CEP: 20230-130 – Tel: 0xx21 2506-6087 – E-mail: jsbalchiero@aol.com

INTRODUÇÃO

A grande maioria dos defeitos labiais adquiridos é conseqüente a ressecções tumorais, acarretando déficits teciduais variáveis em espessura e extensão. A reparação destes defeitos deve objetivar ao máximo a restauração da função dos lábios, priorizando a integridade da estrutura esfíncteriana, a continência oral, a abertura bucal e a sensibilidade.

As abordagens técnicas para reparação descritas na literatura são diversas¹⁻³. Entretanto, a prioridade deve recair sobre aquelas que preservam ao máximo a estrutura vascular-nervosa, reconstituindo a continuidade do plano muscular e o mecanismo esfíncteriano.

Apresentamos casuística de pacientes submetidos a ressecção de tumores na região labial e reconstrução, em um período de cinco anos, no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional do Câncer (INCa).

São relatadas as opções técnicas preferenciais e suas indicações, além de avaliados os resultados estéticos e funcionais.

MÉTODO

Realizamos avaliação retrospectiva de todos os casos de tumores de lábio primários, sem envolvimento linfonodal ou metastático (N0,M0), operados no período de junho de 1993 a junho de 1998, no Serviço de Cirurgia Plástica do INCa. Foram registrados o diagnóstico histopatológico, planos acometidos na exérese da lesão: superficial (quando preservado o músculo orbicular) ou total, extensão da lesão (até 35%, 35-65% e 65-100%), método utilizado na reconstrução, complicações e resultados. As variáveis epidemiológicas consideradas foram: sexo, idade, cor da pele e tabagismo.

Os resultados foram classificados como ótimos, do ponto de vista funcional, quando atingidos os seguintes critérios: 100% de contato labial, continência para líquidos, abertura bucal adequada para higiene, alimentação e uso de próteses, fonação e mímica facial normais.

Do ponto de vista estético, foram considerados ótimos quando encontrados: simetria labial, posicionamento da linha cutâneo-mucosa, relação proporcional entre lábio superior e inferior ("efeito cortina") e boa qualidade de cicatrizes.

Estes resultados foram obtidos por meio de um seguimento de três a oito anos em acompanhamento ambulatorial, sendo a avaliação efetuada após um período mínimo de um ano de pós-operatório, sempre pelo mesmo grupo de examinadores.

A reparação foi considerada insuficiente quando nenhum dos critérios propostos tenha sido atingido, sendo as situações intermediárias classificadas como boa e regular.

RESULTADOS

A amostra de 48 pacientes foi constituída por 31 homens e 17 mulheres, com idade variando entre 41 e 90 anos (média de 63 anos), 47 de cor branca e 30 tabagistas. Em relação ao diagnóstico histopatológico dos tumores ressecados, 36 consti-

tiram-se de carcinoma espinocelular, 10 casos de carcinoma basocelular, um caso de mastocitose e um caso de hiperplasia epitelial crônica.

Quanto à localização, 10 casos localizaram-se no lábio superior, 28 no lábio inferior, seis na comissura labial e em quatro casos acometiam o lábio inferior e a comissura labial. Todos os 10 casos com diagnóstico de CBC localizavam-se no lábio superior.

Em relação à extensão da ressecção labial, esta foi de até 35% do seu comprimento em 11 casos, entre 35 e 65% em 26 casos, e entre 65 e 100% em 11 casos. Trinta e três pacientes submetem-se a ressecções em plano total e 15 em plano superficial, envolvendo pele e tecido subcutâneo.

Os métodos de reconstrução utilizados para as lesões superficiais do lábio superior foram: retalho nasogeniano em quatro casos e avanço tipo "A-T" em dois; e para lábio inferior e comissura foram: "Shave-lip" em cinco casos; retalho nasogeniano em dois casos, retalho cervical em um e retalho rombóide em um paciente.

As lesões em plano total do lábio superior foram reparadas por meio de exérese em "V" em dois casos e retalho de Abbé em dois casos; e as do lábio inferior e comissura por meio de ressecção em "V" em cinco casos e em "W" em quatro casos, retalho de transferência labial em sete casos, retalho de Szymanowski em cinco casos, retalho de Bernard-Webster em quatro casos, o retalho de Karapandzic em três casos e o retalho de Meyer-Abul-Fayat em um caso.

A associação de outros métodos com retalhos de língua ocorreu em quatro casos.

Houve uma recidiva da lesão e surgimento de novos tumores em 22,9% dos casos. Onze pacientes foram submetidos a um segundo tempo ou refinamento cirúrgico. Ocorreram quatro deiscências de suturas e não houve nenhuma perda de retalho.

Os resultados funcionais foram considerados ótimos em 14 casos e bons em 25, sendo os demais considerados regulares, 7 casos, e insatisfatórios, em dois pacientes. Os resultados estéticos foram considerados ótimos em 19 casos, bons em 22, regulares em cinco e insatisfatórios em dois pacientes.

Nos dois casos em que os resultados foram considerados insatisfatórios, foram realizadas reconstruções em defeitos em plano total acometendo 100% do lábio inferior.

DISCUSSÃO

Das neoplasias labiais, apenas 5% ocorrem no lábio superior, sendo em sua maioria carcinomas basocelulares; os 95% restantes acometem o lábio inferior, onde o carcinoma espinocelular é predominante. Somente 2% dos tumores envolvem a comissura, área em que apresentam um comportamento mais agressivo e uma maior dificuldade técnica para reconstrução^{1,4}.

O correto estadiamento tumoral (TNM) com avaliação do "status" cervical permite definir a estratégia terapêutica, o acompanhamento e o prognóstico do paciente⁵.

As áreas doadoras ideais para reconstrução labial são: o tecido labial remanescente e o lábio oposto, que permitem a

reparação da cinta muscular; secundariamente, a região geniana e tecidos vizinhos da face; e como alternativa de exceção, os retalhos à distância.

Os critérios que definem uma reconstrução bem sucedida são: manutenção da função esfinteriana, a continência oral e a sensibilidade; acesso oral adequado para alimentação e uso de próteses. Estes podem ser obtidos por meio de um planejamento pré-operatório adequado^{5,6}. Esteticamente, são importantes aspectos como simetria, relação lábio superior/inferior ("efeito cortina") e qualidade de cicatrizes.

A zona de transição, limite entre o "vermelhão" e a pele, constitui ponto de reparo importante nas reconstruções do lábio^{4,5}. O seu alinhamento perfeito é fundamental para um bom resultado estético. Os pontos cirúrgicos devem ser evitados neste local, sendo deslocados para baixo e acima desta zona, reduzindo os riscos de distorção⁷.

Os tumores superficiais que acometem o vermelhão, sem comprometimento muscular, podem ser ressecados por meio de "shave-lip" e avançamento da mucosa. As lesões atingindo outras regiões podem ser reparadas com retalhos cutâneos locais ou de vizinhança, como o retalho nasogeniano ou rombóide.

Para lesões cutâneas situadas na proximidade da linha de transição cutâneo-mucosa, pode ser utilizada uma técnica de retalhos em avançamento do tipo "A-T", que permite a reparação sem distorção deste detalhe anatômico. Lesões maiores do lábio superior podem ser reparadas com avançamento bilateral e ressecção de "crescentes perilares" de compensação. As cicatrizes ficam posicionadas nos sulcos alares, reborda narinária, filtro labial e transição cutâneo-mucosa do lábio, possibilitando um excelente resultado estético (Figuras 1 a 4).

Figura 1 - Tumor superficial de lábio superior com demarcação das margens de ressecção.



Figura 2 - Defeito de lábio superior em plano parcial + planejamento da reconstrução.



Figura 3 - Resultado pós-operatório imediato.

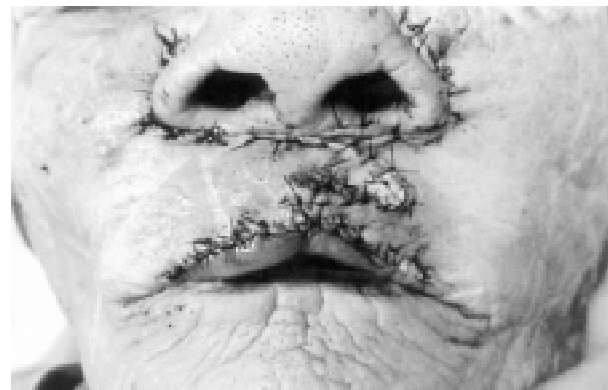


Figura 4 - Resultado tardio após quatro meses.



Ressecções de até 30% do lábio permitem uma sutura primária com ausência de tensão. Ressecções que produzam defeitos entre 30 e 40% são melhor abordadas pela ressecção em "W", ou utilização de retalhos labiais^{5,8}.

A síntese primária deve ser sempre considerada como opção preferencial nos defeitos menores, uma vez que permite a restauração por planos anatômicos, com menos cicatrizes e menor morbidade.

Defeitos com perda tecidual superiores a 35% são melhor reparados com retalhos locais. A síntese primária destes defeitos no lábio inferior acarreta um efeito "cortina": retrusão labial com encurtamento significativo e microstomia.

Entre as técnicas descritas, temos preferência pelos retalhos de transferência labial; e os retalhos de Bernard-Webster e Karapandzic. As Figuras 5 a 8 exemplificam uma reconstrução com retalho de Bernard-Webster.

O retalho de transferência labial pediculado pode ser realizado pela técnica de Abbé ou Abbé-Estandler, quando o defeito envolve a comissura. A extensão máxima do retalho deve ser de 1,5 a 2,0 cm, o que corresponde a cerca de 1/4 do comprimento do lábio. Esta medida permite a síntese primária da área doadora sem prejuízo funcional^{3,5,9}.

Os retalhos de transferência labial, descritos inicialmente por Sabatini, apresentam várias vantagens que justificam a sua posição preferencial. O planejamento adequado permite a sua indicação para variados defeitos, inclusive envolvendo as comissuras. Embora exista uma denervação dos componentes cutâneo e muscular na mobilização do retalho, estudos eletromiográficos demonstram uma reinervação a partir da periferia, num período de 1 ano. Outro aspecto importante é que

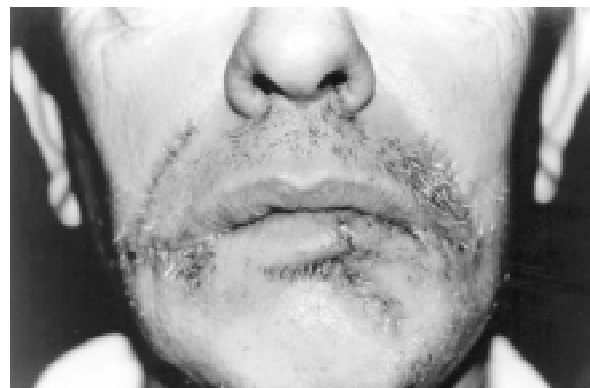
Figura 5 – Defeito em plano total de 45% do lábio inferior + planejamento da reconstrução.



Figura 6 – Resultado pós-operatório imediato.



Figura 7 – Resultado após 45 dias.



a doação do retalho proporciona um encurtamento no lábio doador, melhorando o equilíbrio em relação ao lábio reconstruído, favorecendo o resultado.

A moderna reconstrução labial procura priorizar o aspecto funcional, preservando ao máximo o sistema vâsculo-nervoso da região, utilizando técnicas que permitam mobilizar os tecidos cutâneos, muscular e mucosa com sua inervação e vascularização intactas, o que dificulta sua execução, porém melhorando sobremaneira o resultado funcional.

A manipulação e mobilização dos tecidos se dá de forma romba e por divulsão, evitando secções amplas. Incisões pequenas e estratégicas, associadas à retirada de triângulos de descarga, permitem avanços consideráveis.

Um marco nesta linha conservadora de reconstrução é a técnica de Karapandzic, indicada para reparação de defeitos centrais do lábio inferior. Por meio de rotação e avançamento dos tecidos labiais remanescentes pode-se reconstruir defeitos

Figura 8 – Relação lábio superior/inferior:
ausência de efeito cortina.



Figura 9 – Carcinoma
epidermóide de lábio inferior.



de até 3/4 do lábio, preservando a função esfinteriana, inervação e irrigação. Entretanto, quando empregado para grandes defeitos acarreta encurtamento labial, apagamento das comissuras e microstomia^{1,2}.

O retalho de Bernard-Webster preserva a função esfinteriana e utiliza a aproximação de tecidos vizinhos na reconstrução labial, produzindo menor microstomia. Deve ser preferencialmente utilizado para defeitos de até 65% do lábio.

As ressecções que abrangem um segmento maior que 65% do lábio exigem a utilização de retalhos bilaterais ou de diferentes técnicas associadas¹⁰.

A associação do retalho de Bernard-Webster a um retalho de transferência labial para defeitos maiores (até 80%) constitui a técnica conhecida como Meyer-Abul-Failat² (Figuras 9 a 11).

Ressecções envolvendo mais de 80% da extensão labial acarretam resultados de qualidade inferior. Nestas situações, a exiguidade do tecido labial remanescente torna inevitável a microstomia ou acarreta uma reconstrução não funcional, utilizando retalhos de vizinhança ou à distância.

O retalho nasogeniano, em plano total, único ou pela técnica de Szymanowski, pode ser usado nestas reconstruções, porém não recupera a função da musculatura orbicular.

Os retalhos à distância, como os retalhos cervicais, deltopeitoral e microcirúrgicos, são empregados quando não existe disponibilidade de tecido local para reconstrução, constituindo-se em técnica de exceção para as reconstruções labiais.

Concluindo, na reconstrução da região labial, a prioridade deve recair sobre a restituição da continuidade do mecanismo esfinteriano, com preservação de sua inervação e vascularização, utilizando técnicas conservadoras que permitam uma reparação adequada com o mínimo de incisões e descolamentos.

A atenção aos princípios descritos neste trabalho permite propiciar aos pacientes excelentes taxas de sucesso funcional e estético.

Figura 10 – Ressecção de 80% do lábio inferior + planejamento do retalho de Meyer-Abul-Failat.

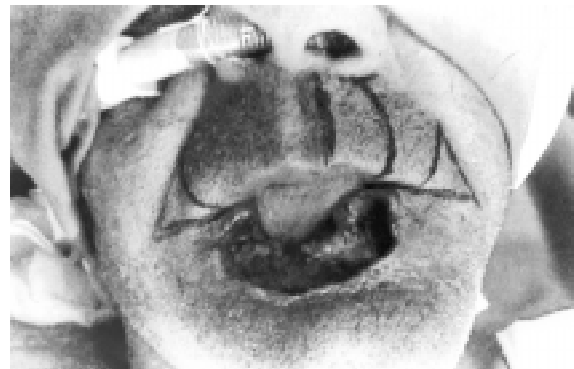


Figura 11 – Resultado pós-operatório com 6 meses.



SUMMARY

Lip reconstruction: functional and aesthetic approach after tumor resection

The authors present a functional and aesthetic evaluation of patients submitted to lip tumor surgery from June 1993 to June 1998 in the reconstructive and microsurgical plastic surgery service of the National Institute of Cancer – INCa-MS (RJ).

Forty-eight patients submitted to resections of primary lip tumors who underwent immediate repair were retrospectively analysed.

The characteristics of the tumors and the techniques used for resection and reconstruction of the resulting lip defects are detailed and indications according to the length of the lesion were detailed with the advantages of techniques that allow restoration of the mechanism of the oral sphincter being emphasized.

Evaluations of the functional and aesthetic results of the reconstructions according to established criteria as assessed by the senior author were excellent/good in 81.2% and 85.4% respectively.

Descriptors: Lip, surgery. Lip neoplasms. Surgical flaps.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker SR. Cancer of the lip. In: Suen JY, Myers EN, editors. Cancer of the head and neck. New York: Churchill Livingstone; 1981. p. 280-304.
2. Zide BM, Stile FL. Reconstructive surgery of the lips. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, editors. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 483-500.
3. Luce EA. Reconstruction of the lower lip. Clin Plast Surg. 1995;22(1):109-21.
4. Freeman BS. Myoplastic modification of the Bernard cheiloplasty. Plast Reconstr Surg. 1958;21(6):453-60.
5. Burget GC, Menick FJ. Aesthetic restoration of one half the upper-lip. Plast Reconstr Surg. 1986;78(5):583-93.
6. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. Br J Plast Surg. 1974;27(1):93-7.
7. Kogut J, Sbalchiero JC, Leal PR. Reconstrução labial. In: Mélega JM, editor. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 930-48.
8. Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP. Carcinoma of the lip. Acta Otolaryngol. 1973;75(4):312-3.
9. Smith JW. The anatomical and physiologic acclimatization of tissue transplanted by the lip swith technique. Plast Reconst Surg. 1960;26:40-56.
10. Fujimori R. "Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip. Br J Plast Surg. 1980;33(3):340-5.