

Retalho de Karapandzic e retalho de Bernard-Burrow-Webster na reconstrução do lábio inferior *

Karapandzic flap and Bernard-Burrow-Webster flap for reconstruction of the lower lip

Ana Brinca¹
Ricardo Vieira²

Pedro Andrade¹
Américo Figueiredo³

Resumo: O carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna mais frequente dos lábios, e em cerca de 90% dos casos, localiza-se no lábio inferior, por causa da maior exposição cumulativa à radiação ultravioleta. Os autores apresentam duas técnicas cirúrgicas para a reconstrução de grandes defeitos do lábio inferior, resultantes da excisão cirúrgica tumoral, exemplificando-as e comparando-as através de dois casos clínicos.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas; Neoplasias labiais; Retalhos cirúrgicos

Abstract: Squamous cell carcinoma is the most common malignant neoplasm of the lips, and in about 90% of cases it is located on the lower lip due to higher cumulative exposure to ultraviolet radiation. The authors present two surgical techniques for reconstruction of large lower lip defects, resulting from surgical excision of tumors, exemplifying and comparing them with two clinical cases.

Keywords: Carcinoma, squamous cell; Lip neoplasms; Surgical flaps

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna mais frequente dos lábios, localizando-se no lábio inferior, em cerca de 90% dos casos, em virtude da maior exposição cumulativa à radiação ultravioleta, o principal fator etiopatogênico.^{1,2} Outros possíveis fatores favorecedores são os hábitos tabágicos e alcoólicos, a imunossupressão e a infecção crónica pelo vírus papiloma humano. O tratamento de primeira linha é a excisão cirúrgica, com margem livre adequada. Tendo em conta a importância funcional e estética dos lábios, a reconstrução dos defeitos resultantes constitui um desafio, estando descritos vários procedimentos reconstrutivos a selecionar, de acordo com a

dimensão e localização do defeito, com as características específicas do doente (comorbilidades) e com a experiência do cirurgião.³⁻⁵

Para pequenos tumores, a abordagem cirúrgica é a preferida, já que permite bons resultados estéticos e funcionais, assim como a análise histológica da peça operatória, permitindo assim verificar se a exérese tumoral foi completa, ao contrário do tratamento com radioterapia. A técnica mais realizada é a excisão em cunha, com encerramento direto, complementada ou não com vermelhectomia. No caso de tumores de maiores dimensões que após a excisão cirúrgica originam defeitos superiores a 50%

Recebido em 18.07.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 12.10.2010.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médico (a) Interna de Dermatologia – Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal

² Especialista em Dermatovenereologia - Assistente Hospitalar de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal.

³ Professor Doutor - Diretor de Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal.

do comprimento labial, outras técnicas são utilizadas, como os retalhos de Karapandzic^{6,8} e de Bernard-Burrow-Webster^{9,10}, os métodos utilizados pelos autores, nos casos clínicos descritos, ambos referentes a defeitos criados pela excisão de carcinomas de células escamosas do lábio inferior, demonstraram bons resultados clínicos, funcionais e estéticos, revelando-se, deste modo, como boas opções terapêuticas.

RELATO DE CASOS

CASO 1: Um homem de 57 anos, fumante desde os 7 anos, com uma carga tabágica de cerca de 40 unidades-maço-ano (UMA), com hábitos etílicos moderados e com mau estado dentário, apresentava uma placa infiltrada, com bordos irregulares, moderadamente definidos e um pouco elevados, com superfície erosivo-crostosa, medindo 2,5 cm de maior eixo, ocupando o terço médio do *vermillion* labial inferior (Figura 1). A lesão tinha 6 meses de evolução. Não eram palpáveis adenopatias regionais.

O diagnóstico clínico de carcinoma de células escamosas foi confirmado através de biópsia incisiva.

O doente foi submetido à excisão radical da lesão, resultando um defeito mediano o qual ocupava cerca de 50% do comprimento do lábio inferior e interessava a sua espessura total. Optou-se pela reconstrução através da técnica de Karapandzic, baseada em dois retalhos de deslizamento-rotação. A confecção destes retalhos consistiu na realização de incisões periorais bilaterais, iniciadas nos bordos inferiores do defeito cirúrgico e prolongadas pelos sulcos mentolabiais e nasolabiais (Figura 2). O músculo *orbicularis oris* foi libertado das estruturas neurovasculares, lateralmente às comissuras, de modo a permitir a rotação de dois retalhos miocutâneos, preservando a sensibilidade e a mobilidade labiais (Figura 3).

Os retalhos foram deslizados medialmente, suturando-se a mucosa, o *orbicularis oris* e a pele em três planos sucessivos, permitindo a restauração da continuidade do *orbicularis oris*, e, portanto, da continência do esfíncter oral.

O resultado estético e funcional foi satisfatório, já que as suturas ocuparam os sulcos naturais, a continência oral foi preservada, bem como a sensibilidade e a mobilidade labiais (Figura 4). Condição, no entanto, uma ligeira microstomia sem impacto funcional (Figura 4).

O doente apresenta 3 anos de seguimento, sem sinais de recidiva local ou de metastização locorregional.

CASO 2: Um homem de 43 anos, fumante (35 UMA), com hábitos alcoólicos marcados, foi referenciado à consulta por um tumor com 3 cm, ulcerado, localizado no terço médio do *vermillion* labial inferior, evoluindo desde há 7 meses (Figura 1). A biópsia incisiva revelou tratar-se de um carcinoma de células escamosas. Não eram palpáveis adenopatias regionais.

Da excisão radical da lesão, resultou um defeito mediano que ocupava cerca de 60% do comprimento do lábio inferior e que interessava a sua espessura total. Optou-se, neste caso, por o defeito ser de maiores dimensões, pela reconstrução através da técnica de Bernard-Burrow-Webster, englobando a confecção de dois retalhos de deslizamento (Figura 5). Realizaram-se incisões de espessura total, lateralmente às comissuras, a curvar, ligeiramente para cima, cada uma com cerca de metade do comprimento do defeito cirúrgico. Duas outras incisões menores foram realizadas a partir das extremidades inferiores do defeito cirúrgico, ao nível do sulco mentolabial, curvando-se ligeiramente para baixo (Figura 5). Isto resulta em dois retalhos, grosseiramente retangulares, os quais são poste-

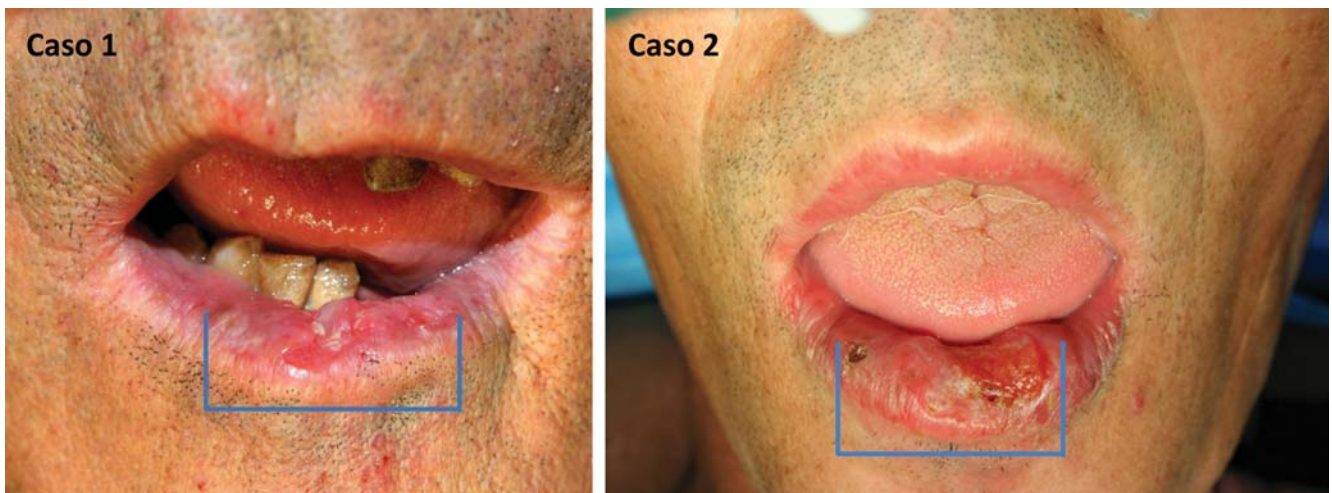


FIGURA 1: 1º Caso: carcinoma espinocelular do lábio inferior. 2º Caso: carcinoma espinocelular do lábio inferior



FIGURA 2: Defeito cirúrgico e planejamento do retalho de Karapandzic



FIGURA 4: 2 anos pós-operatório: observa-se microstomia

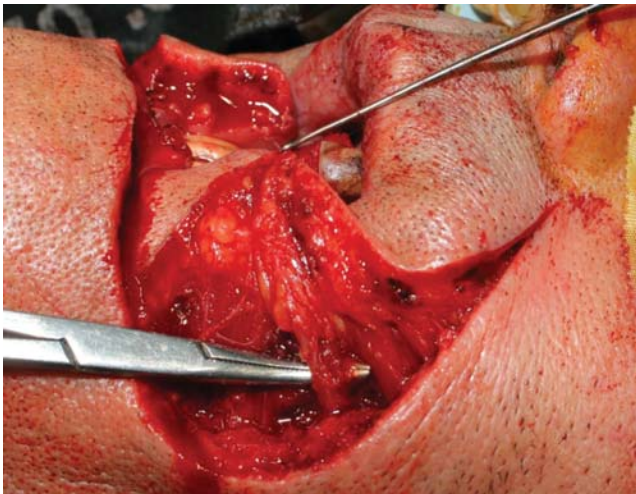


FIGURA 3: Preservação das estruturas neurovasculares

riormente suturados junto à linha média, por planos (mucosa, músculo, pele). Os triângulos de Burrow, colocados sobre os sulcos nasolabiais, foram excisados, preservando, no entanto, o plano mais profundo, mucoso, foi suturado ao bordo superior do retalho miocutâneo para reconstruir o novo *vermillion*. Antes de excisar os bordos lateral e medial do triângulo mucoso, identificou-se o meato do canal de Stenon, evitando-se, deste modo, a sua lesão inadvertida (Figura 5).

Observamos, neste segundo caso, uma retração do lábio inferior como complicação do procedimento cirúrgico (Figura 6).

Presentemente, contamos com 4 anos de seguimento, mantendo-se o doente livre de doença, sem recidiva local ou metástases locorregionais.

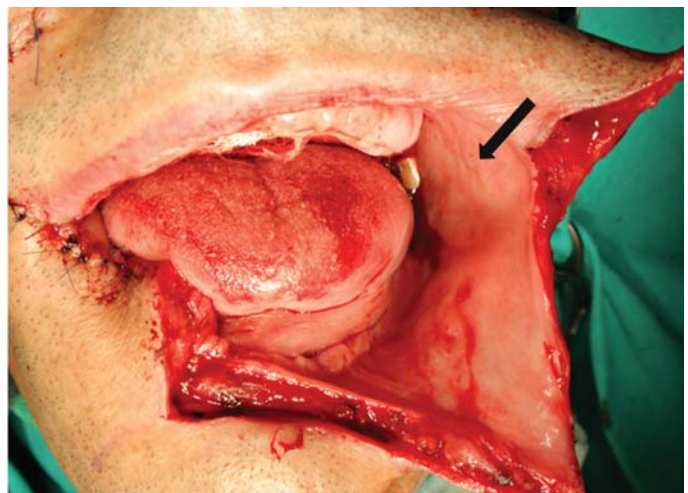
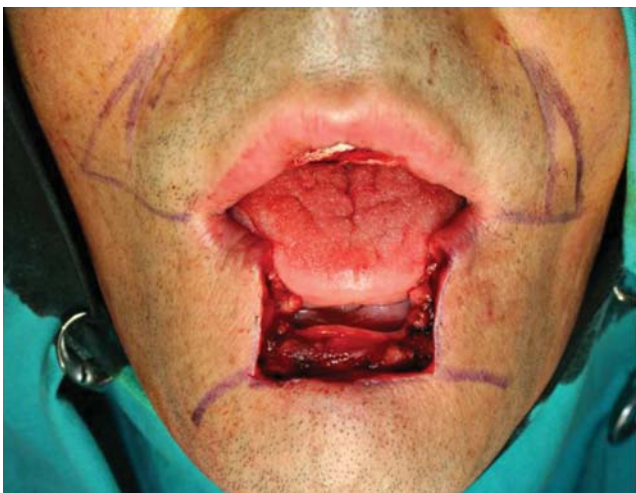


FIGURA 5: À esquerda: defeito cirúrgico e planejamento do retalho de Bernard-Burrow-Webster À direita: identificação da papila parotídea, local de drenagem do canal de Stenon



FIGURA 6: 2 anos pós-operatório: observa-se retração do lábio inferior e distorção das comissuras

DISCUSSÃO

O retalho de Karapandzic⁶⁻⁸ e o retalho de Bernard-Burrow-Webster⁹⁻¹¹ são duas das opções mais utilizadas para a reconstrução de grandes defeitos labiais, tendo a vantagem de serem métodos cirúrgicos de tempo único. O retalho de Karapandzic é ade-

quado para defeitos os quais ocupem desde 1/3 a 2/3 do comprimento do lábio inferior, dado que, no caso de defeitos maiores, a microstomia resultante condiciona este procedimento. Nos defeitos labiais totais ou subtotaais, ao contrário da técnica precedente, o retalho de Bernard-Burrow-Webster mantém-se como uma boa opção reconstrutiva. Enquanto o retalho de Bernard-Burrow-Webster requer habitualmente anestesia geral, o retalho de Karapandzic pode, eventualmente, ser realizado sob anestesia locorregional.

O retalho de Karapandzic tem como principal virtude a preservação da mobilidade e sensibilidade do lábio inferior, bem como da continência oral. Contudo, pode condicionar a microstomia (a qual poderá obrigar a comissuroplastia corretiva, caso tenha um impacto importante na vida do doente, como nos que usam próteses dentárias) e distorção das comissuras orais.¹² O retalho de Bernard-Burrow-Webster, apesar de não produzir microstomia, resulta, habitualmente, em alguma incontinência do esfíncter oral¹¹, em particular nas comissuras. Além disso, pode condicionar uma retração do lábio inferior em relação à posição esperada. □

REFERÊNCIAS

1. Emil D, Ivica L, Miso V. Treatment of squamous cell carcinoma of the lip. *Coll Antropol.* 2008;32(Suppl 2):199-202.
2. Parizi ACG, Barbosa RL, Parizi JLS, Nai GA. Comparação entre a concentração de mastócitos em carcinomas espinocelulares da pele e da cavidade oral *An Bras Dermatol.* 2010;85:811-8.
3. Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. Current concepts in lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12:281-7.
4. Futran ND, Alsarraf R. Microvascular free-flap reconstruction in the head and neck. *JAMA.* 2000;284:1761-3.
5. Lee P, Mountain R. Lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;8:300-4.
6. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg.* 1974;27:93-7.
7. Ethunandan M, Macpherson DW, Santhanam V. Karapandzic flap for reconstruction of lip defects. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65:2512-7.
8. Ducic Y, Athre R, Cochran CS. The split orbicularis myomucosal flap for lower lip reconstruction. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7:347-52.
9. Bernard C. Cancer de la levre inferieure: restauratio a l'aide de lembeaux quadrilataires-lateraux querison. *Scalpel.* 1852;5:162-4.
10. Williams EF 3rd, Setzen G, Mulvaney MJ. Modified Bernard-Burrow cheek advancement and cross-lip flap for total lip reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996;122:1253-8.
11. Konstantinovic VS. Refinement of the Fries and Webster modifications of the Bernard repair of the lower lip. *Br J Plast Surg.* 1996;49:462-5.
12. Closmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL. Reconstruction of perioral defects following resection for oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:367-74.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Ana Brinca
Hospitais da Universidade de Coimbra
Serviço de Dermatologia
Praceta Dr. Mota Pinto
3000-075 Coimbra, Portugal
Tel.: 0035 12 3940 0490
anabrinca@gmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Brinca A, Andrade P, Vieira R, Figueiredo A. Retalho de Karapandzic e retalho de Bernard-Burrow-Webster na reconstrução do lábio inferior. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4 Supl 1):S156-9.