



Reconstrução labial após ressecção de tumores

Lip reconstruction after tumor resection

PEDRO LEONARDO SANCHES
FAVERET^{1,2*}

Instituição: Hospitais Universitários
Clementino Fraga Filho e Antonio Pedro,
Mario Kroeff e na clínica privada. Trabalho
apresentado no exame para Membro Titular
da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
em 2014, Niterói, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 17/11/2014.
Artigo aceito: 21/4/2015.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0140

■ RESUMO

Introdução: O interesse antigo na reconstrução dos defeitos labiais pode ser explicado pela sua localização e pela singularidade da sua anatomia. Assim, o objetivo deste trabalho é discutir as melhores alternativas para a reconstrução labial. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 50 casos submetidos à reconstrução primária dos lábios superior e inferior com o emprego de retalhos locais, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2014. Os defeitos foram divididos quanto à sua localização e quanto ao tamanho: defeitos que acometem até 1/3 do lábio e mais de 1/3 do lábio. O período de acompanhamento pós-operatório variou de 2 meses a 3 anos. **Resultados:** A idade dos pacientes variou entre 22 e 91 anos. A maior incidência foi na 7ª década de vida. Dentre as 50 reconstruções realizadas, 33 foram no lábio inferior (66%) e 17 no lábio superior (34%). Para defeitos pequenos, de até 1/3 do lábio, empregou-se a sutura simples (23 casos). Os demais 27 casos, cujos defeitos eram maiores que 1/3 do lábio, exigiram procedimentos com graus variáveis de complexidade. **Conclusões:** Para a reparação dos defeitos de até 1/3 do lábio inferior, a sutura direta é a melhor opção. Para a reconstrução de defeitos maiores que 1/3 do lábio inferior, devemos optar pelos retalhos de Gillies e Karapandzic, pois são confiáveis e capazes de restaurar a função labial. No caso de defeitos maiores que 50% do lábio, devemos evitar as técnicas de Gillies e Karapandzic, a fim de evitar a microstomia.

Descritores: Lábio; Cirurgia; Reconstrução.

¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Reconstruction of lip defects is popular owing to lip location and its anatomy. Thus, the objective of this work was to discuss the best options available for lip reconstruction. **Methods:** This retrospective study included 50 patients who had undergone primary upper and lower lip reconstruction using local flaps, between January 2000 and January 2014. The defects were divided according to their location and size: defects affecting up to 1/3 of the lip and affecting more than 1/3 of the lip. The postoperative follow-up varied from 2 months to 3 years. **Results:** Patient age ranged from 22 to 91 years. Most patients were in their seventies. Of the 50 reconstructions performed, 33 were in the lower lip (66%) and 17 in the upper lip (34%). For small defects affecting up to 1/3 of the lip, simple sutures were used (23 cases). The other 27 cases, in which more than 1/3 of the lip was affected, required interventions of different complexities. **Conclusion:** When repairing defects up to 1/3 of the lower lip, the direct suture is the most suitable option. For defects affecting more than 1/3 of the lower lip, the Gillies and the Karapandzic flaps should be chosen instead, as they are reliable and allow the reestablishment of lip functionality. For defects affecting >50% of the lip, and the Gillies and the Karapandzic flaps should not be considered, specifically to avoid microstomia.

Keywords: Lip; Surgery; Reconstruction.

INTRODUÇÃO

O interesse na reconstrução dos defeitos labiais advém de séculos. A primeira menção a um reparo de um defeito labial data do ano 1000 A. C. e foi feita por Sushruta. Celsus, em 25 D.C., realizou incisões de relaxamento nas bochechas para facilitar o fechamento de um defeito no lábio inferior. Contudo, foram creditados a Louis, em 1768, os primeiros relatos de uma ressecção em cunha de lesões labiais e a sutura direta de suas margens. Este interesse secular pode ser explicado pela localização dos lábios, bem no centro do terço inferior da face, e pela singularidade da sua anatomia, que faz com que as cicatrizes e as distorções labiais afetem negativamente a percepção da honestidade, a empregabilidade, a confiabilidade e a capacidade da pessoa como um todo.

Desde então, ao longo dos anos, foram descritas inúmeras técnicas para a reconstrução dos defeitos labiais, com variados graus de complexidade e diferentes resultados.

OBJETIVOS

Assim, o objetivo deste trabalho é discutir as melhores alternativas para a reconstrução labial, capazes de obter os melhores resultados, não só do ponto de vista funcional, mas também do estético.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva de pacientes submetidos à reconstrução labial após a ressecção de tumores pelo autor, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2014, nos hospitais universitários Clementino Fraga Filho e Antonio Pedro, Mario Kroeff e na clínica privada. Os critérios de inclusão foram: defeitos labiais originários da ressecção de tumorações; reconstrução imediata, no mesmo tempo cirúrgico; reconstrução com o emprego de retalhos locais. Critérios de exclusão: reconstrução tardia; retalhos livres microcirúrgicos. Os defeitos foram divididos quanto à sua localização (lábio superior ou inferior) e quanto ao tamanho: defeitos que acometem até 1/3 do lábio e mais de 1/3 do lábio.

RESULTADOS

Foram estudados um total de 50 casos de reconstrução labial. Quase todas as ressecções de tecido labial foram realizadas para o tratamento de tumorações malignas ou pré-malignas, tais como carcinomas basocelulares, espinocelulares ou ceratoses actínicas. Apenas um caso deveu-se a um hemangioma.

A faixa etária dos pacientes variou entre 22 e 91 anos, com idade média de 60,90 anos. A maior incidência foi na 7ª década de vida (60 - 69 anos), com 12 pacientes. Houve um predomínio de 50% dos pacientes entre a 6ª e a 7ª décadas.

O período de acompanhamento pós-operatório variou de 2 meses a 3 anos, com um tempo médio de 10,7 meses.

Do total de 50 reconstruções realizadas, 33 foram no lábio inferior (66%) e 17 no lábio superior (34%).

Para defeitos pequenos, de até 1/3 do lábio, empregou-se a sutura simples (Figura 1). Os demais casos, cujos defeitos eram maiores que 1/3 do lábio, exigiram procedimentos com graus variáveis de complexidade (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Os objetivos a serem alcançados em uma reconstrução labial são múltiplos. O primeiro deles é funcional. Não importa quão bela seja uma reconstrução labial se a competência oral não for restaurada¹. Esta competência é proporcionada pelo músculo orbicular dos lábios, cujas fibras são orientadas, primariamente, na horizontal (Figura 2). A preservação da inervação sensitiva também é importante, pois um lábio com sensibilidade funcionará melhor do que um lábio insensível¹. Os melhores resultados são aqueles onde o esfíncter é reconstruído e a sensibilidade preservada¹. Assim, do ponto de vista funcional, o lábio reconstruído deve ter função de esfíncter, não permitir o vazamento de líquidos, possuir abertura suficiente para a alimentação, higiene e para o uso de próteses dentárias, além de ter sensibilidade¹.

Com o objetivo de obtermos um melhor resultado do ponto de vista estético, durante o planejamento de uma reconstrução labial, alguns pontos importantes devem ser considerados (Figura 3).

1. Utilizar retalhos locais, incluindo musculatura inervada, pois são os que oferecem a melhor combinação entre cor, textura e espessura com os tecidos labiais a serem reconstruídos^{2,3}.
2. Respeitar os limites topográficos e as subunidades estéticas, posicionando as suturas nestes sulcos faciais ou seguindo as linhas de união destas subunidades²⁻⁴.
3. Manter a relação lábio superior X inferior, preservando a simetria⁵.
4. Alinhar perfeitamente a zona de transição entre o vermelhão e a pele, evitando suturas nesta linha^{6,7}.

A falha em respeitar estes princípios certamente leva a um resultado de qualidade inferior, com cicatrizes

mais aparentes, que é instantaneamente percebido, mesmo por um observador casual^{1,4}. Neste trabalho, a escolha da técnica de reconstrução variou conforme o grau de comprometimento do lábio, com a localização da lesão e com a experiência do autor.

O emprego de retalhos à distância ou de retalhos livres microcirúrgicos é reservado para os casos onde não é possível a reconstrução com a utilização de tecidos locais ou àquelas grandes reconstruções complexas que envolvam outras estruturas, como o assoalho da boca, o mento e a mandíbula^{1,5,7-9}.

Lábio superior

No lábio superior, a sutura primária deve ser restrita a pequenos defeitos e os retalhos locais que podem ser usados são poucos porque frequentemente distorcem o filtro e o “arco de cupido”, o nariz, a linha cutaneomucosa e o sulco nasogeniano^{1,10}.

Nos defeitos um pouco maiores, que não podem ser reparados por sutura primária, o retalho cutâneo de avançamento, desenhado dentro da mesma unidade estética do lábio superior, é o método de eleição¹⁰, uma vez que a distorção das rugas periorais, do sulco nasogeniano e dos pelos é mínima¹⁰. Este retalho é avançado na direção do defeito através da excisão de uma porção de tecido ao redor da asa nasal, como um “crescente perialar de compensação” (Figura 4)^{1,8,11}. Outra maneira de avançar o retalho sem distorcer a linha de transição cutaneomucosa, é fazendo uma incisão ao longo da borda do vermelhão, com a cicatriz resultante em “T” invertido e com o eixo vertical da cicatriz alinhado a crista filtral (Figura 5)⁵. Neste trabalho, não foi observada nenhuma complicação com o uso do retalho cutâneo de avançamento nos 3 casos em que ele foi empregado, tendo obtido um excelente resultado estético.

Os retalhos de transposição perilabiais também podem ser utilizados para a reconstrução de defeitos de espessura parcial do lábio superior e têm como vantagem o recrutamento de uma quantidade maior de tecido do que os retalhos de avançamento¹⁰. O mais utilizado deles é o retalho nasogeniano. Ele pode ser confeccionado tanto com o pedículo superior quanto inferior. Os de pedículo superior habitualmente são usados para a reparação de defeitos localizados na porção central do lábio superior¹⁰. Os de pedículo inferior são usados, com mais frequência, para o reparo de defeitos situados na parte lateral do lábio superior ou no lábio inferior^{2,10}.

As principais desvantagens deste retalho são de natureza estética: ele pode causar uma distorção significativa do importante limite topográfico representado pelo sulco nasogeniano (Figura 6)^{2,10}, pode provocar um pinçamento no lábio reconstruído² e pode apresentar

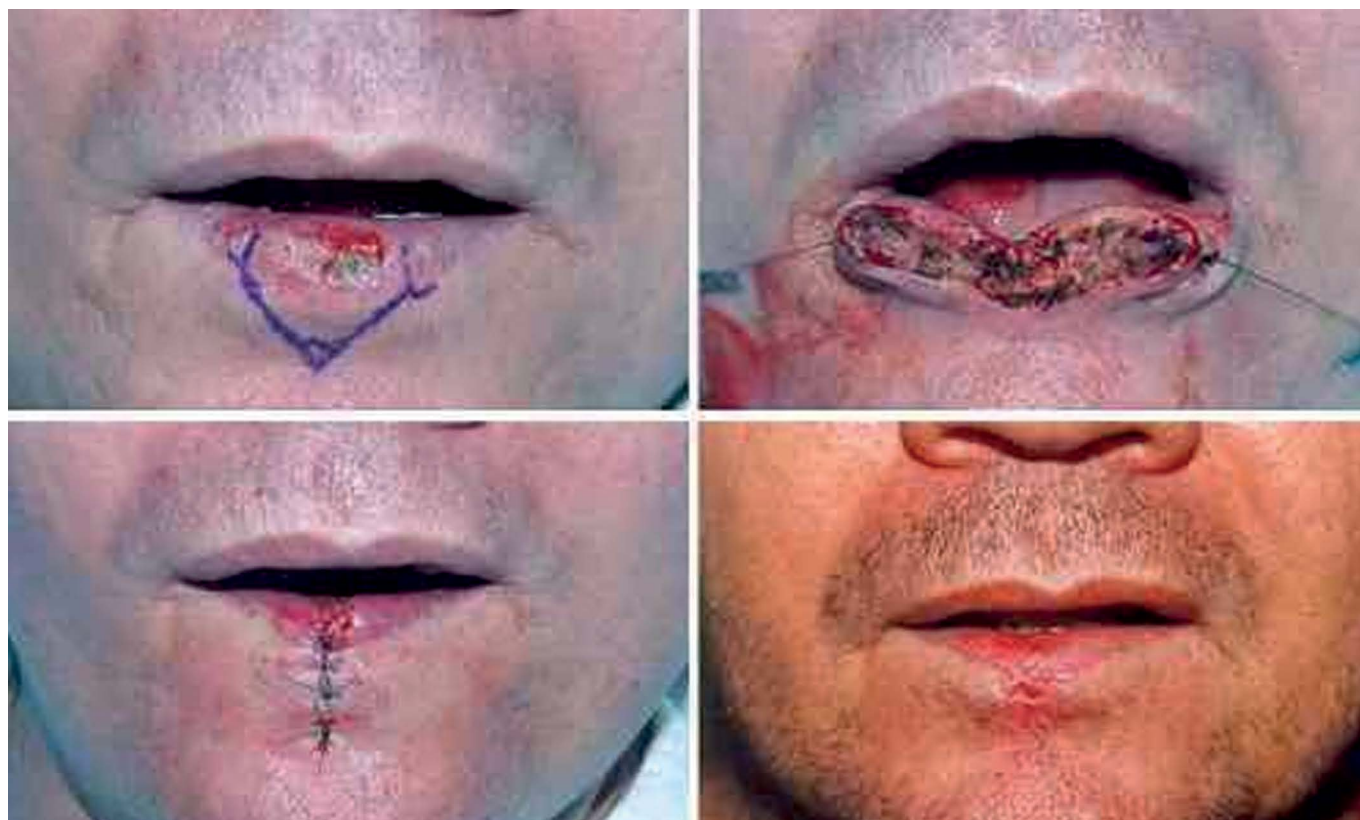


Figura 1. Ressecção e sutura simples.

Tabela 1. Técnica de reconstrução.

	n	%
Sutura simples	23	46%
Retalho de Gillies	10	20%
Retalho nasogeniano	6	12%
Retalho de Karapandzic	3	6%
Retalho de mucosa oral	3	6%
Retalho de avançamento	3	6%
Retalho de Abbé	2	4%
Total	50	100%

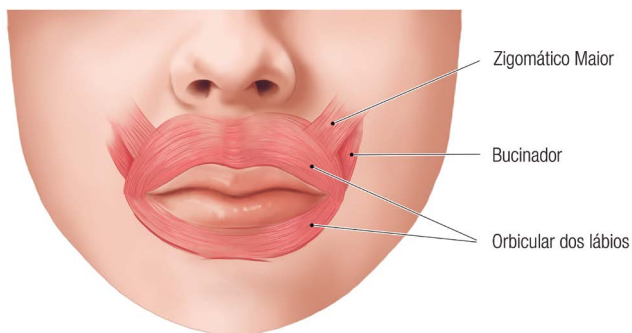


Figura 2. Músculo orbicular dos lábios. O principal responsável pela competência labial. Autor da ilustração: Luciane dos Santos Mori.

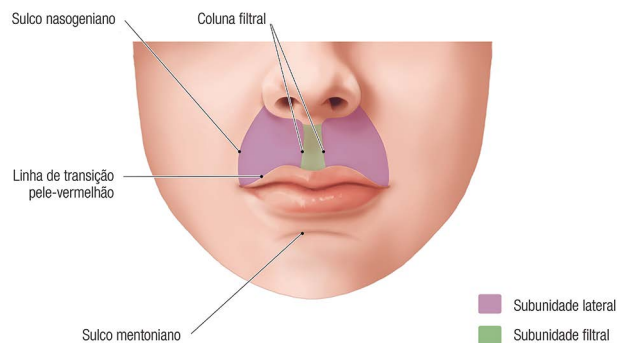


Figura 3. Limites topográficos e subunidades estéticas dos lábios: pontos de referência importantes na reconstrução dos lábios. Autor da ilustração: Luciane dos Santos Mori.

um edema permanente na sua curvatura inferior¹⁰. Dentre os 50 casos revisados neste artigo, o retalho nasogeniano foi realizado em 6 casos sendo que, em um deles, houve a recidiva local da lesão, com o paciente sendo submetido à nova excisão cirúrgica e fechamento por sutura primária e, em outros dois pacientes, foram observadas duas destas complicações de natureza estética: em um dos pacientes, houve o pinçamento do lábio superior, provavelmente após contração cicatricial do retalho, que fora planejado demasiadamente estreito.



Figura 4. Retalho cutâneo, avançado após a retirada de um crescente perialar de pele para compensação. Observe o posicionamento final das cicatrizes.

O paciente foi submetido à queiloplastia pela técnica de Millard, com bom resultado. E em outro paciente, ocorreu um edema permanente na curvatura inferior do retalho (Figura 7). Como alternativa ao retalho nasogeniano, a fim de evitar a distorção do sulco, pode-se executar o retalho de avançamento em V-Y, de pedículo subcutâneo, conforme descrito por Griffin et al.¹². Este retalho é uma excelente alternativa para a reparação de defeitos cutâneos maiores que 1 cm na porção lateral do lábio superior que não envolvam a asa nasal nem o vermelhão¹².

O retalho de Abbé¹³, descrito primeiramente por Pietro Sabbatini em 1838, consiste na transferência de tecido do lábio inferior para o superior (ou vice-versa), mantendo-se pediculado na artéria labial (Figura 8). Nos dois casos submetidos à reconstrução com retalho de Abbé (Figura 9), não ocorreram complicações. No entanto, houve um caso de recidiva local da lesão. O retalho pode ser único ou duplo, quadrilátero, ou até mesmo em ilha, e a sua largura deve ser aproximadamente a metade do comprimento

do defeito a ser reparado². É muito utilizado para a reconstrução de defeitos de espessura total de até 50% do lábio superior, tanto centrais como laterais e que não envolvam a comissura^{1,7,10,14}. Tem como vantagem proporcionar a reposição de um segmento vertical completo, formado por pele e por vermelhão⁷. A principal desvantagem é o fato de permanecer pediculado por cerca de 14 a 21 dias¹, necessitando de grande colaboração do paciente. Neste trabalho, não houve complicação alguma relacionada à confecção deste retalho, mas um caso de recidiva local do tumor, causada pela inadequação das margens cirúrgicas da excisão.

Lábio inferior

Defeitos de até 1/3 do lábio

A excisão em V seguida de síntese primária deve ser sempre a primeira opção para o reparo dos defeitos que atingem até 30% do lábio inferior.^{1,2,7-11,15,16} Dos 23 casos de defeitos de até 1/3 do lábio reconstruídos com sutura primária, foi executada a excisão em V em quase todos, à exceção de um, onde foi feita a excisão em W (Figura 10). No entanto, esta opção pela excisão em V, algumas vezes sem o exame das margens por congelação, pode ter sido a responsável pelos 3 casos de recidiva local e pelos 2 casos de margem comprometida por lesão. Todos foram submetidos à nova cirurgia com ressecção da área comprometida.

Papadopoulos et al.¹⁷ demonstraram, em uma grande série de 899 pacientes com câncer de lábio, uma taxa maior de recorrência da lesão em cinco anos nos pacientes submetidos à excisão e sutura direta quando comparados àqueles submetidos à vermilionectomia ou à excisão do tumor seguida pela reconstrução com retalhos. Atribuiu este resultado à insuficiência das margens da ressecção e recomendou maiores estudos para confirmar os seus achados. Por outro lado, Casal et al.¹⁸ não observaram diferença estatisticamente significativa nas taxas de mortalidade e de recorrência local associadas aos diferentes tipos de reconstrução utilizadas. Quando a excisão em V tiver que ser demasiadamente grande para não estreitar as margens da ressecção, deve-se executar uma incisão de relaxamento ao longo do sulco mentoniano ou modificar a excisão para a forma de W^{10,19}. Faulhaber et al.¹⁹ propuseram um fluxograma no qual defeitos de até 15% do lábio inferior são tratados com excisão em V e sutura primária e defeitos entre 15 e 30% são tratados com excisão em W ou zetaplastias.

Para a obtenção de um melhor resultado estético, a excisão em V deve ser planejada de tal forma que o seu eixo seja orientado favoravelmente em relação às linhas de tensão da pele¹⁰. Isto posto, nas porções laterais do lábio, o V deve ser traçado mais obliquamente¹. E, por



Figura 5. Retalho cutâneo de avançamento: posição final das cicatrizes em T invertido, respeitando o sentido da coluna filtral e a linha de transição do vermelhão.



Figura 6. Retalho nasogeniano de pedículo inferior. Observe o apagamento total do sulco nasogeniano esquerdo.

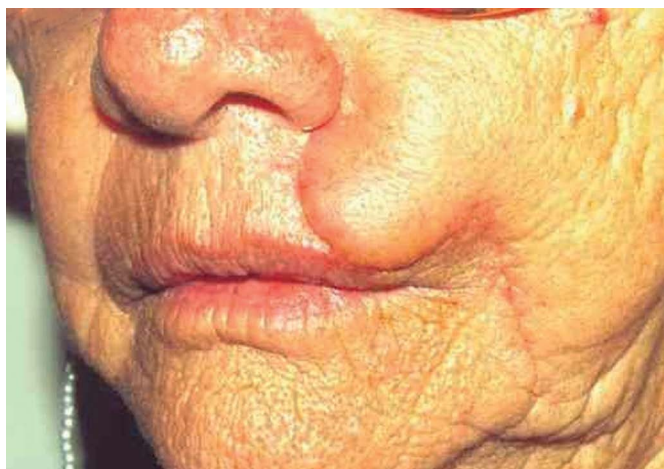


Figura 7. Edema permanente na curva inferior do retalho e apagamento do sulco nasogeniano.

fim, para evitarmos uma cicatriz labial deprimida ou retraída, devemos ter atenção na recomposição do defeito labial, que deve ser feita em, pelo menos, quatro planos teciduais: mucosa, músculo, subcutâneo e pele^{9,10}.

No caso de pequenas lesões cutâneas dos lábios é possível, muitas vezes, realizar apenas uma excisão em cunha seguida de sutura simples, com o eixo posicionado em harmonia com as linhas de força da pele. Plásticas em M podem ser usadas nas extremidades das cunhas para se evitar ultrapassar a borda do vermelhão¹⁰.

Defeitos maiores que 1/3 do lábio

Nas perdas teciduais maiores que 1/3 do lábio, os retalhos locais são as melhores alternativas para a reconstrução^{1,2,5,7-11}. Algumas das técnicas mais empregadas, e que oferecem bons resultados, são os retalhos de rotação e avançamento pela comissura labial, tais como os retalhos de Gillies²⁰ e Karapandzic²¹ e os retalhos de transferência labial, tais como os retalhos de Abbé¹³ e Estlander²².

O retalho descrito por Gillies e Millard, em 1957²⁰, é indicado para a reconstrução de defeitos entre 1/3 e 2/3 do lábio², podendo chegar a 80% do lábio¹, mas com resultados estéticos inferiores, já que pode resultar no encurtamento labial, no apagamento das comissuras e em microstomia¹. Dentre os 10 casos submetidos à reparação com o retalho de Gillies (Figura 11), não ocorreram complicações quanto à confecção do retalho. Porém, houve um caso de recidiva local, em um paciente portador de xeroderma pigmentoso com lesões difusas na face e que abandonou o acompanhamento. O retalho de Gillies é confeccionado através das três camadas da região geniana, podendo ser uni ou bilateral, proporcionando a rotação de tecido ao redor da comissura labial, de forma semelhante ao de Estlander, porém, incluindo uma quantidade maior de tecido da região nasolabial²³. No seu planejamento, marca-se o local do novo ângulo da boca, responsável pelo pedículo do retalho, com pelo menos 1,5 cm de largura e, em seguida, roda-o por

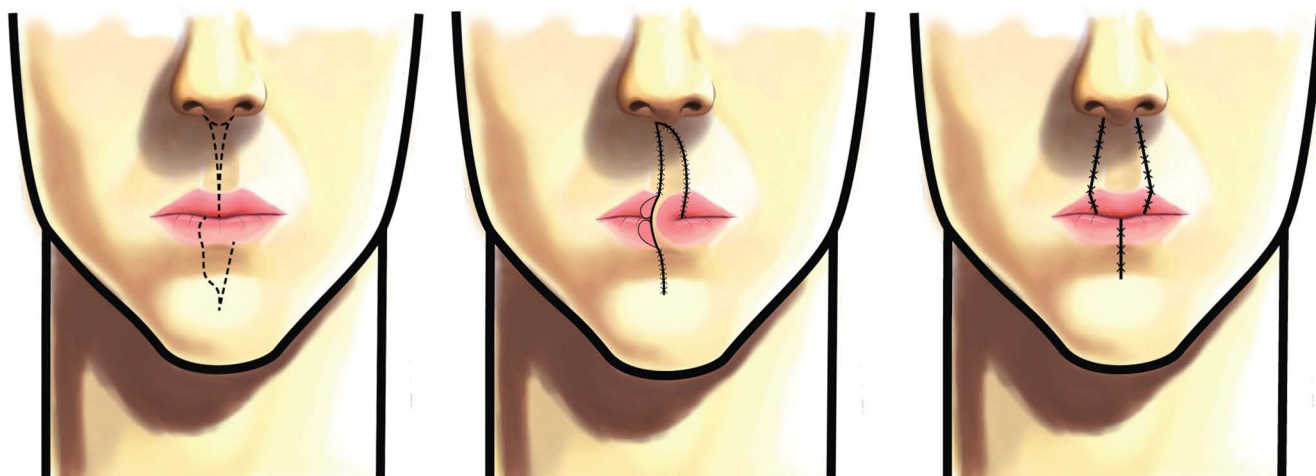


Figura 8. Retalho de Abbe. Autor da Ilustração: Eduardo Furtado Souza.

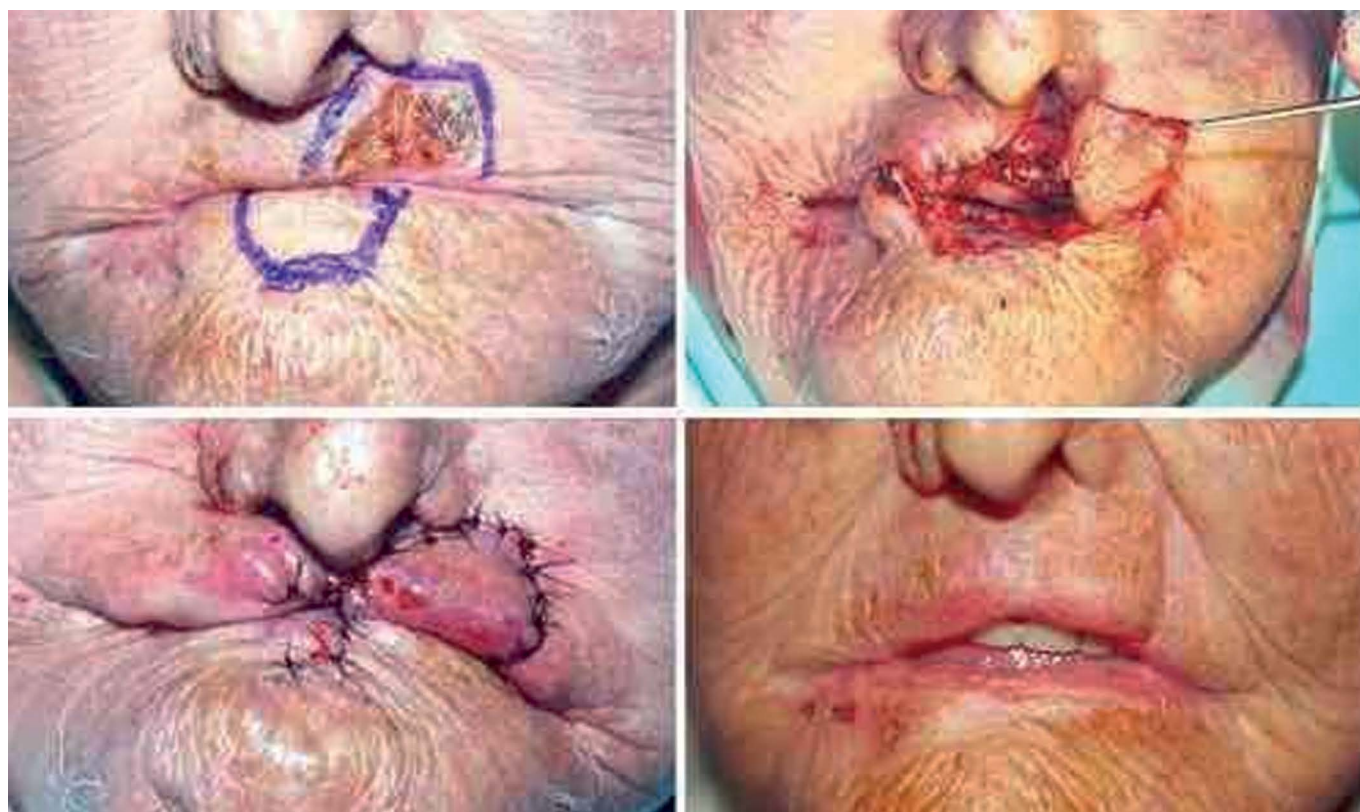


Figura 9. Retalho de Abbe.

cerca de 60° na direção do defeito²³. É feita uma incisão vertical de relaxamento na área doadora, que resulta em algum grau de desnervação²⁴ que pode piorar a incompetência oral. Costuma ocorrer a reinervação parcial do retalho em 12 a 18 meses²⁴.

O retalho de Karapandzic²¹, descrito em 1974, consiste no uso de dois retalhos nasolabiais semilunares, pediculados superiormente, que preservam a

maioria das estruturas vasculares e nervosas locais, levando musculatura inervada para a reconstrução^{21,25}. Para defeitos pequenos, o retalho unilateral é suficiente, mas defeitos maiores que 50% do lábio requerem retalhos bilaterais¹. Nestes casos, todavia, o resultado estético é pior, pois teremos a atenuação e o arredondamento da comissura labial. Quando executado de forma estendida, é capaz de restaurar



Figura 10. Excisão em W, a fim de não prolongar a cicatriz final além do sulco submentoniano.



Figura 11. Retalho de Gillies.

até 100% do lábio²⁶. Contudo, quanto maior o defeito, maior a possibilidade de microstomia^{1,25,27}. Neste estudo, não houve nenhuma complicação pós-operatória nos 3 casos submetidos a reconstrução com retalho de Karapandzic (Figura 12).

A técnica de Gillies e a de Karapandzic apresenta duas vantagens do ponto de vista estético: preservam a comissura labial e a sua cicatriz principal, a mais longa, é posicionada ao longo, ou até mesmo em cima, do sulco nasogeniano¹⁰, tornando-a menos aparente no longo prazo.

A despeito de não ser considerada uma complicação, a microstomia é uma consequência direta e, por vezes, inevitável das grandes reconstruções

com os retalhos de Gillies e Karapandzic^{1,7}. Apesar de preservarem anatomicamente as comissuras após a rotação do retalho, elas acabam por avançar um pouco na direção medial. Dos 3 retalhos de Karapandzic executados, 2 resultaram em microstomia e dos 10 retalhos de Gillies executados, ocorreu a microstomia em 4 casos (Figura 13). Deste total de 6 pacientes com microstomia, 4 foram submetidos à comissuroplastia (Figura 14), 1 abandonou o acompanhamento (o mesmo paciente com xeroderma pigmentoso) e 1 não foi operado por motivo desconhecido. No entanto, não são todos os casos de microstomia em que se faz necessária a reparação pela comissuroplastia. Se o paciente conseguir se alimentar normalmente, se houver

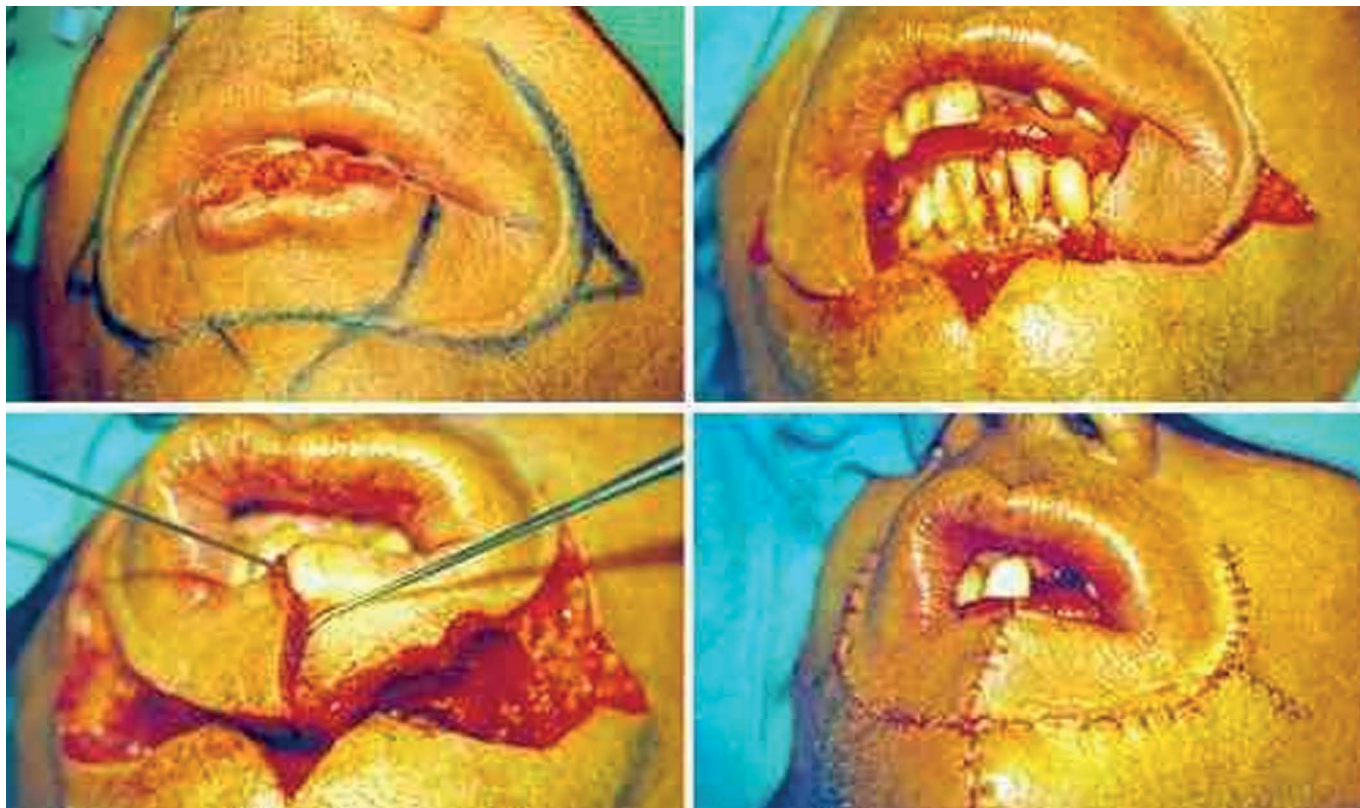


Figura 12. Retalho de Karapandzic.

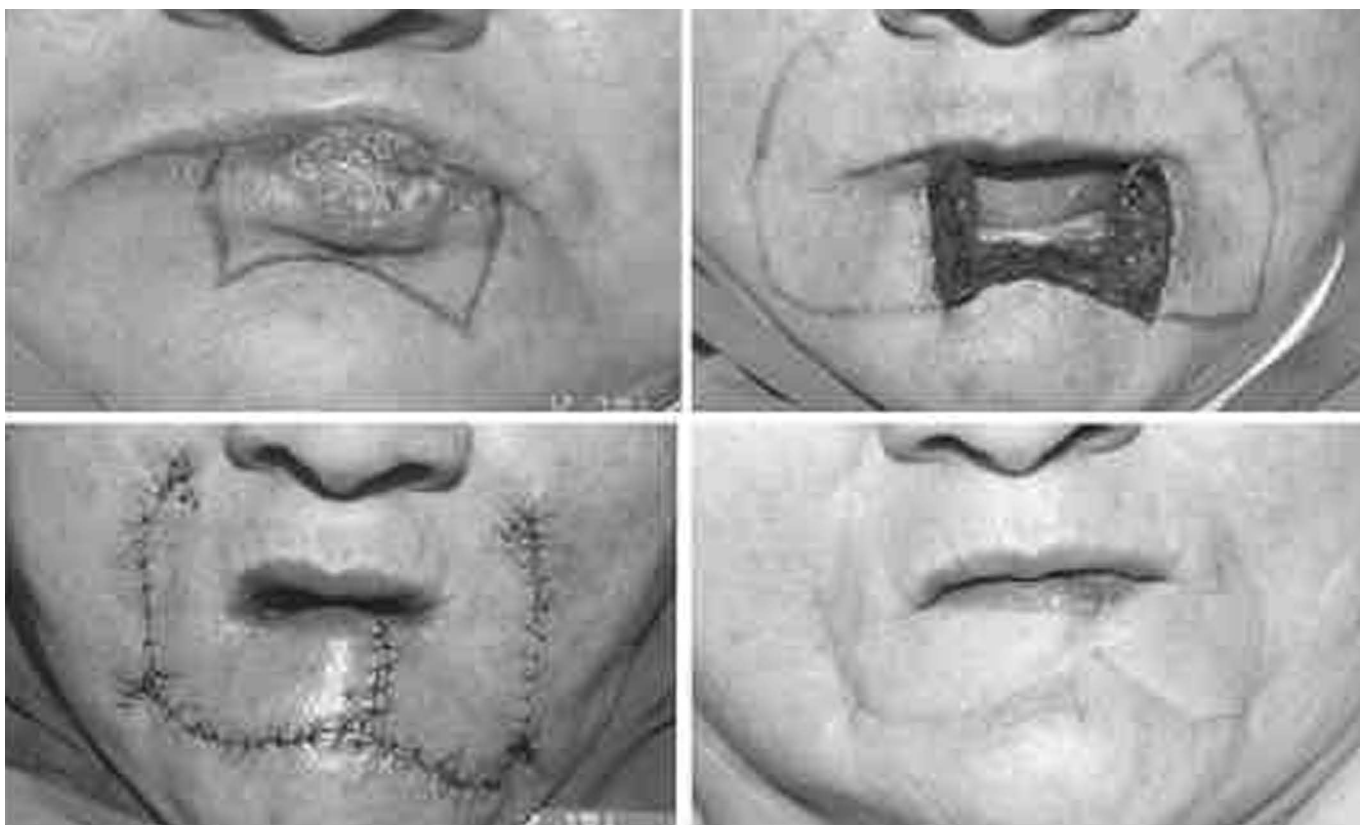


Figura 13. Microstomia após reconstrução com retalho de Gillies bilateral.



Figura 14. Comissuroplastia. Pré-operatório e pós-operatório imediato e tardio.

contenção de saliva e se conseguir articular as palavras adequadamente, não reclamará da microstomia^{21,28}. Não foi encontrado relato de nenhuma outra intercorrência ou complicação relacionada às reconstruções realizadas com os retalhos de Gillies e de Karapandzic.

Para a cobertura de defeitos de 50% ou mais na porção lateral do lábio inferior e visando evitar a microstomia, temos a opção de um retalho de transferência labial cruzada, como o descrito por Estlander²², em 1872 (Figura 15). Ele consiste de um retalho triangular de espessura total, desenhado na porção lateral do lábio superior e rodado 180 graus ao redor da comissura²².

O “Método da Escada”, descrito por Johanson et al.²⁹ em 1974, é uma alternativa aos retalhos de Gillies²⁰ e Karapandzic²¹, para reconstruir defeitos de até 2/3 do lábio inferior²⁹. Este método consiste em dois retalhos de espessura total, que são avançados medialmente através da confecção de “degraus de escada”.

Nos casos de grandes perdas labiais, maiores que 60%, e a fim de tentar evitar a ocorrência de microstomia, podemos utilizar os retalhos de McGregor²³, Nakajima³⁰ Webster-Bernard³¹, ou até mesmo uma combinação de diferentes técnicas.

Utilizando-se do método proposto por McGregor²³, uma modificação da técnica de Gillies²⁰, é possível a reconstrução de defeitos de até 100% do lábio inferior. Este retalho é melhor indicado para a reconstrução de defeitos laterais do lábio¹⁰, pois utiliza a comissura como ponto de rotação, evitando a sua distorção. No entanto, ele provoca uma alteração no sentido das fibras musculares periorais e a denervação do segmento reconstruído, além de tornar obrigatória a reconstrução do vermelhão²³, que pode ser feita com um retalho de língua. Pode ser empregado, também, para reparar o lábio superior.

O método de Nakajima³⁰ roda por sobre a comissura labial, preservando-a e também requer a reconstrução do vermelhão. Contudo, diferentemente do proposto por McGregor, que é confeccionado com espessura total de tecido, o retalho de Nakajima é confeccionado com espessura parcial, mantendo o suprimento sanguíneo pela artéria facial e não

pela labial. Deste modo, é possível o prolongamento da incisão superior até bem próximo da borda do vermelhão, confeccionando um retalho de tamanho maior, com redução da sobra de tecido (“orelha de cachorro”)³⁰.

A técnica de Webster-Bernard³¹ advém do antigo conceito proposto por Bernard e Von Burrou e modificada, em 1960, por Webster. Este método consiste no avançamento, em direção medial, de um retalho das bochechas, preservando as estruturas vasculo-nervosas e a função esfinteriana. Apesar dos excelentes resultados funcionais, tem algumas desvantagens estéticas, tais como a formação de um sulco na incisão labial central, o achatamento do lábio reconstruído com a consequente protrusão do lábio superior, o encurtamento das bochechas e a redução do sulco gengivolabial^{7,8,32}.

A utilização dos retalhos nasogenianos bilaterais complexos, como o proposto por Fujimori³, é outra boa opção para a reconstrução de defeitos totais do lábio inferior. Com esta técnica, podemos confeccionar retalhos até 3 cm maiores que os nasogenianos comuns sem que ocorra a aproximação das bordas das comissuras, o que acontece inevitavelmente nas técnicas de Gillies²⁰ e Karapandzic²¹ e que é a responsável pela microstomia. Ademais, esta técnica mantém intactas as camadas muscular e mucosa no pedículo, transportando musculatura inervada para o defeito - o que é sempre vantajoso do ponto de vista funcional, um retalho inervado - e são confeccionados em ilha, sem a formação das “orelhas-de-cachorro”³.

Outra abordagem para a reconstrução de grandes defeitos do lábio inferior é a combinação de diferentes técnicas, tais como Webster com Karapandzic³³, Webster com Abbé (Meyer-Abul-Failat)¹⁰ ou Webster com “Escada”³⁴.

Vermelhão

O vermelhão do lábio inferior, após ressecado, pode ser restaurado com a sutura direta de suas bordas ou através da confecção de um retalho de

avancamento da mucosa oral^{1,2,10}. Nesse trabalho, nos 3 casos de reconstrução do vermelhão, a opção foi pela realização de um retalho de avançamento de mucosa, confeccionado através do descolamento da mucosa oral remanescente até o sulco gengivolabial, avançando-o na direção anterior, com bons resultados, sem complicações^{1,2}. O emprego da mucosa oral através de um retalho para a reconstrução do vermelhão trata-se do método mais natural para este tipo de reconstrução¹⁰, já que apresenta bastante semelhança com o vermelhão do lábio, tornando a cicatriz quase imperceptível. Entretanto, a reconstrução da posição exata da linha anterior do vermelhão pode ser difícil de ser obtida, permanecendo alguma assimetria¹⁰. Sand et al.³⁵ observaram um resultado estético um pouco melhor e uma menor redução na largura do vermelhão no grupo de pacientes reconstruídos pelo retalho de avançamento de mucosa quando comparados ao grupo reparado pelo fechamento primário. Em vista disso, ele defende o fechamento primário como uma opção viável nos pacientes idosos e de maior morbidade³⁵.

Outra excelente alternativa para a reconstrução do vermelhão do lábio inferior são os retalhos de língua, uma vez que sua excelente vascularização torna o

seu uso bastante confiável^{2,36}, sendo capaz de reparar perdas significativas -do vermelhão. Na reconstrução, costuma-se usar mais a face ventral da língua³⁶, pois melhor mimetiza a cor e a textura do vermelhão. A grande desvantagem deve-se ao fato do procedimento ter de ser realizado em duas etapas, permanecendo pediculado por 14 dias².

Apesar da busca incessante pelo melhor resultado estético possível, não podemos nos descuidar jamais do foco de uma reconstrução labial, que é o restauro da função após a obtenção do controle local da doença^{1,5,11}. Porém, todo cirurgião plástico opta pela técnica que é capaz de fornecer o adequado reparo com as melhores e menores cicatrizes possíveis. Somando isso ao fato de que muitos hospitais públicos não dispõem do exame perioperatório por congelamento das margens das peças cirúrgicas, pode-se explicar os casos de recorrência local e margens comprometidas observados neste estudo. Todos os casos de margem comprometida e recorrência local da lesão foram submetidos à nova excisão e sutura, sem complicações, com exceção de um paciente, portador de xeroderma pigmentoso, com múltiplas outras lesões na face, que habitava em uma área carente e distante e que abandonou o acompanhamento.



Figura 15. Retalho de avançamento de mucosa oral.

CONCLUSÕES

Para a reconstrução de defeitos lábio superior, os retalhos cutâneos de avançamento proporcionam bons resultados estéticos, com mínima distorção da anatomia labial. Deve-se buscar alternativas ao retalho nasogeniano, pois podem causar distorções importantes do sulco nasogeniano e apresentar resultados estéticos de qualidade inferior.

Para a reparação dos defeitos de até 1/3 do lábio inferior, a sutura direta é a melhor opção do ponto de vista estético, desde que, se preciso for, a excisão em V seja modificada para um W a fim de adequar as margens de ressecção. Para a reconstrução de defeitos maiores que 1/3 do lábio inferior, devemos optar pelos retalhos de Gillies e Karapandzic, pois são confiáveis, capazes restaurar a função labial e suas cicatrizes possuem boa qualidade estética. No caso de defeitos maiores que 50% do lábio, devemos evitar as técnicas de Gillies e Karapandzic, a fim de evitar a microstomia.

REFERÊNCIAS

- Neligan PC. Strategies in lip reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2009;36(3):477-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2009.02.013>
- Anvar BA, Evans BC, Evans GR. Lip Reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(4):57e-64e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000278056.41753.ce>
- Fujimori R. "Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip. *Br J Plast Surg.* 1980;33(3):340-5. PMID: 7426811
- Burget CG, Menick FJ. Aesthetic restoration of one-half the upper lip. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78(5):583-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198611000-00005>
- Sbalchiero JC, Anlicoara R, Cammarota MC, Leal PRA. Reconstrução labial: abordagem funcional e estética após ressecção tumoral. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(1):40-5.
- Kogut J, Sbalchiero JC, Leal PRA. Reconstrução labial. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia Plástica: fundamentos e arte.* Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.930-48.
- Baumann D, Robb G. Lip reconstruction. *Semin Plast Surg.* 2008;22(4):269-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1095886>
- Langstein H, Robb G. Lip and perioral reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2005;32(3):431-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2005.02.007>
- Siqueira EJ, Alvarez GS, Laitano FL, Martins PDE, Oliveira MP. Estratégias em reconstrução do lábio inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):536-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400011>
- Renner GJ. Reconstruction of the lip. In: Baker SR, ed. *Local flaps in facial reconstruction.* 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1080042>
- Pepper JP, Baker SR. Local flaps: cheek and lips reconstruction. *JAMA Facial Plast Surg.* 2013;15(5):374-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamafacial.2013.1608>
- Griffin G, Weber S, Baker SR. Outcomes following V-Y advancement flap reconstruction of large upper lip defects. *Arch Facial Plast Surg.* 2012;14(3):193-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfacial.2012.35>
- Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Plast Reconstr Surg.* 1968;42(5):481-3.
- Salgareli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Collini M. Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(1):27-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2004.01.027>
- Dupin C, Metzinger S, Rizzuto R. Lip reconstruction after ablation for skin malignancies. *Clin Plast Surg.* 2004;31(1):69-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(03\)00118-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(03)00118-4)
- Dediol E, Luksić I, Virag M. Treatment of squamous cell carcinoma of the lip. *Coll Antropol.* 2008;32 Suppl 2:199-202.
- Papadopoulos O, Konofaos P, Tsantoulas Z, Chrisostomidis C, Frangoulis M, Karakitsos P. Lip defects due tumor excision: apropos of 899 cases. *Oral Oncol.* 2007;43(2):204-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.02.015>
- Casal D, Carmo L, Melancia T, Zagalo C, Cid O, Rosa-Santos J. Lip Cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(12):2040-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2009.12.022>
- Faulhaber J, Gérard C, Goerdt S, Koenen W. Functional and aesthetic reconstruction of full-thickness defects of the lower lip after tumor resection: analysis of 59 cases and discussion of a surgical approach. *Dermatol Surg.* 2010;36(6):859-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2010.01561.x>
- Siegert R, Weerda H. The history of lip reconstruction. *Facial Plast Surg.* 1990;7(2):63-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1064666>
- Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flap. *Br J Plast Surg.* 1974;27(1):93-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(74\)90068-X](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(74)90068-X)
- Estlander J. Eine Methode, aus der einen Lippe Substanzverluste der anderen zu ersetzen. *Arch Klin Chir.* 1872;14:622.
- McGregor IA. Reconstruction of the lower lip. *Br J Plast Surg.* 1983;36(1):40-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(83\)90008-5](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(83)90008-5)
- Rea JL, Dawis WE, Rittenhouse LK. Reinnervation of an Abbe-Estlander and a Gillies fan flap of the lower lip: electromyographic comparison. *Arch Otolaryngol.* 1978;104(5):294-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1978.00790050060014>
- Azevedo DM, Nagasaki E, Carvalho AS, Lafayette KAS, Cação EG, Inforzato HCB, et al. Reconstrução do lábio inferior pela técnica de Karapandzic. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(1):168-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100028>
- Hanasono MM, Langstein HN. Extended Karapandzic flaps for near-total and total lower lip defects. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(3):1199-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318205f3ce>
- 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 Suppl 1):S156-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000700041>
- Jabaley ME, Clement RL, Orcutt TW. Myocutaneous flaps in lip reconstruction. Applications of the Karapandzic principle. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59(5):680-8.
- Johanson B, Aspelund E, Breine U, Holmström H. Surgical treatment of non-traumatic lower lip lesions with special reference to the step technique. A follow-up on 149 patients. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1974;8(3):232-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/02844317409084399>
- Nakajima T, Yoshimura Y, Kami T. Reconstruction of the lower lip with a fan-shaped flap based on the facial artery. *Br J Plast Surg.* 1984;37(1):52-4. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(84\)90042-0](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(84)90042-0)
- Webster RC, Coffey RJ, Kelleher RE. Total and partial reconstruction of the lower lip with innervated muscle-bearing flaps. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1960;25:360-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196004000-00007>
- Huguier V, Berheuil N, Parry F, Robiollé C, Dagrégorio G, et al. Reconstruction post-traumatique de la lèvre inférieure après amputation totale ou subtotale selon la technique de Camille-Bernard modifiée Webster - avantages, inconvénients, limites: à propos de trois cas. *Ann Chir Plast Esth.* 2013;58(2):166-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2012.12.003>

33. Westreich R, Meisner J, Reino A, Lawson W. The use of combined Bernard-Webster and Karapandzic flaps for subtotal lower lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(5):340e-1e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31816b12e9>
34. Hamahata A, Saitou T, Ishkawa M, Beppu T, Sakurai H. Lower lip reconstruction using a combined technique of the Webster and Johanson methods. *Ann Plast Surg.* 2013;70(6):654-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e318243353f>
35. Sand M, Altmeyer P, Bechara FG. Mucosal advancement flap versus primary closure after vermilionectomy of the lower lip. *Dermatol Surg.* 2010;36(12):1987-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2010.01762.x>
36. Kheramand AA, Garajei A. Ventral tongue myomucosal flap: a suitable choice for shaved lower vermilion border reconstruction. *J Craniofac Surg.* 2013;24(2):e114-6.

Autor correspondente:*Pedro Leonardo Sanches Faveret**Rua Pinheiro Machado, 22, apto 205, bloco 2, Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 22231-090E-mail: contato@pedrofaveret.com.br