

Carcinoma basocelular no lábio superior: tratamento cirúrgico e reconstrução com retalho de transposição

Upper lip basal cell carcinoma: surgical treatment and reconstruction with transposition flap

RESUMO

O carcinoma basocelular é o tumor maligno mais frequente do ser humano, sendo a face, a sua localização mais comum. A excisão de lesões iguais ou maiores do que 2 cm no lábio superior, requer reconstrução complexa e difícil. Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, de 74 anos, portadora de carcinoma basocelular nodular, de \pm 2 cm de diâmetro, localizado na metade esquerda do lábio superior e invadindo parte do vermelho. A lesão foi excisada e a reconstrução feita com retalho de transposição naso-labial, com base inferior. O histopatológico mostrou ressecção completa e o resultado estético após 1 ano mostrou-se satisfatório.

Palavras-chave: carcinoma basocelular, lábio, procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most common human malignant tumor, and is most frequently located on the face. The excision of lesions greater than 2 cm from the upper lip requires a complex and difficult reconstruction. The authors describe the case of a 74-year-old female patient who had a nodular basal cell carcinoma of approximately 2 cm on the upper lip, which crossed the vermilion border. The lesion was excised and the reconstruction carried out using a nasolabial transposition flap with an inferior base. Histologic analysis showed there was a complete resection, with a satisfactory aesthetic result after one year.

Keywords: carcinoma, basal cell; lip; reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno mais frequente do ser humano, sendo a face a sua localização mais comum. Tem características clínicas e histológicas peculiares, apresentando crescimento lento, e diversas variantes clínicas e histopatológicas. Muito raramente produz metástases e a sua origem em mucosas é duvidosa. A maioria surge sem motivo aparente, mas existem vários fatores considerados predisponentes, como a pele clara e a exposição solar intensa e prolongada. Estima-se que 40% dos pacientes que apresentaram uma lesão terão um ou mais CBCs dentro de 10 anos.^{1,2}

A forma nodular é uma das mais prevalentes entre as diversas formas clínicas. Inicia-se, geralmente, como pápula eritematosa ou da cor da pele, perolada, cresce lentamente, surgindo teleangiectasias na superfície. À medida que o crescimento avança, com frequência, torna-se ulcerado na porção central, configurando-se a forma nódulo-ulcerativa e, em outras ocasiões, cresce sem ulcerar, como se observa no caso agora apresentado.

Relato de Caso

Autores:

Lauro Lourival Lopes Filho¹
Lauro Rodolpho Soares Lopes²
Adelman de Barros Villa Neto³
Thalisson de Sousa Costa³

- ¹ Doutor em Dermatologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
- ² Professor de Dermatologia da Faculdade Integral Diferencial (FACID) – Teresina (PI), Brasil.
- ³ Alunos do 8º período do Curso de Medicina da Faculdade NOVAFAP – Teresina (PI), Brasil.

Correspondência para:

Lauro Lourival Lopes Filho
Av. Marechal Castelo Branco 670 - Bairro Ilhotas
64014-058 – Teresina – PI
E-mail: llfilho@hotmail.com

Data de submissão: 30/07/2011
Data de aprovação: 10/09/2011

Trabalho realizado na Clínica Dermatológica do Hospital Getúlio Vargas (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum
Suporte financeiro: Nenhum

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 74 anos, procedente de Teresina, PI, foi encaminhada à Clínica Dermatológica do Hospital Getúlio Vargas – UFPI, em Teresina – Piauí, por ser portadora de uma tumoração no lábio superior que vinha evoluindo lentamente por vários anos. Ao exame dermatológico observava-se uma lesão tumoral, de ± 2 cm de diâmetro, de aspecto sólido, perolada, com a base hipercromica, localizada na metade esquerda do lábio superior. A tumoração invadia parcialmente o vermelhão (Figuras 1 e 2). Observava-se, também, um importante hirsutismo. Foi submetida à biópsia com punch e o exame histopatológico mostrou tratar-se de CBC de padrão sólido (Figura 3). A lesão foi excisada com margem de segurança de 5 mm e a reconstrução elaborada a partir de um retalho de transposição do sulco naso-labial, com pedículo inferior (Figuras 4 e 5) do ápice no sulco nasal. O período pós operatório imediato transcorreu sem complicações e a paciente vem sendo acompanhada há 18 meses após a cirurgia, sem sinais de recidiva até a ultima consulta, com resultado estético muito satisfatório (Figuras 6 e 7).

DISCUSSÃO

Os CBCs representam, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 25% de todos os casos de cânceres registrados no Brasil e 70% dos cânceres cutâneos.³ Apesar desta alta prevalência, trata-se de tumor de baixo poder metastazante e que, em geral, é curável com o tratamento cirúrgico em um único tempo.¹ Quando a localização é no lábio superior, a reconstrução requer mais cuidados no sentido da preservação, se possível, de estruturas anatômicas importantes, tanto no aspecto funcional quanto no estético.² Dentre essas estruturas destacam-se: o posicionamento da linha labial limítrofe com o vermelhão, a posição e não deslocamento do filtrum, a manutenção da simetria bilateral e altura em relação aos sulcos nasolabiais. Para este fim existem diversas técnicas de excisão e reconstrução, dentre elas o retalho nasolabial.⁴⁻⁷ Este último é



Figura 2 – Tumor atingindo o vermelhão

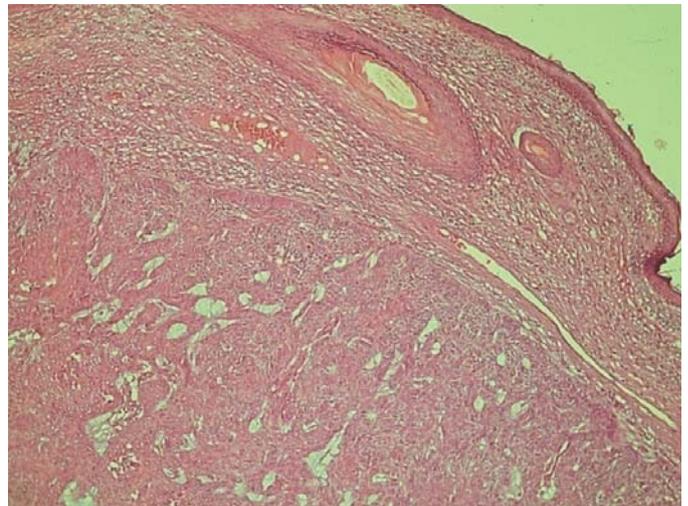


Figura 3 – Histopatológico da biópsia do tumor



Figura 1 – Carcinoma basocelular nodular no lábio superior



Figura 4 – Pós-operatório imediato



Figura 5 – Pós-operatório de 30 dias



Figura 6 – Pós-operatório de 11 meses



Figura 7 – Pós-operatório de 11 meses

uma das melhores opções, principalmente em pacientes idosos, desde que, nessa região frequentemente há redundância de pele.⁴ Devido às dimensões da área a se reconstruída, o retalho foi prolongado até o sulco nasal, onde foi posicionada a sutura, o que permitiu esconder a cicatriz. Outro detalhe importante é que houve a necessidade de se estender a excisão e de se executar um descolamento na linha do lábio no sentido da metade labial direita para facilitar o fechamento na extremidade do retalho e, assim, evitar tensão na linha de sutura, o que poderia levar à necrose da ponta do retalho.

No caso ora relatado, além da dificuldade da localização labial superior, o tumor apresentava-se com um diâmetro grande (± 2 cm) e invadia parcialmente o vermelhão, obrigando que a incisão, devido à margem de segurança, atingisse inclusive a mucosa labial. Optou-se pela reconstrução com o retalho nasolabial pela similaridade e proximidade com a área receptora e à boa quantidade de pele doadora, permitindo que o tumor fosse removido completamente com bom resultado estético. A paciente vem sendo acompanhada periodicamente e, até a última consulta em julho de 2011, não havia sinal de recidiva. ●

REFERÊNCIAS

1. Morselli P; Zollino I; Pinto V; Brunelli G; Carinci F. Evaluation of clinical prognostic factors in T1 N0 M0 head and neck basal cell carcinoma. *J Craniofac Surg*. 2009;20(1):98-100.
2. Souza CF; Thomé EP; Menegotto PF; Schmitt JV; Shibue JR; Tarlé RG. Topography of basal cell carcinoma and their correlations with gender, age and histologic pattern: a retrospective study of 1042 lesions. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):272-7.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. [acesso 23 set 2011]. Disponível: www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde_cancer/site/home/pele_nao_melanoma
4. El-Marakby HH. The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2005;17(4):245-50.
5. Spinelli HM; Tabatabai N; Muzaffar AR; Isenberg JS. Upper lip reconstruction with the alar crescent flap: A new approach. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64(10):1566-70.
6. Ezzoubi M; Benbrahim A; Fihri JF; Bahechar N; Boukind el H. La reconstrução après exérèse carcinologique des cancers des lèvres. A propos de 100 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2005;126(3):141-6.
7. Fernández-Casado A; Toll A; Pujol RM. Reconstruction of defects in para median upper lip. *Dermatol Surg*;35(10):1541-4, 2009.