

Resolução cirúrgica do eclábio através do retalho de Limberg

Surgical resolution of eclabium using a Limberg flap

RESUMO

O carcinoma basocelular é o câncer de pele mais frequente. Quando recidivados, tumores desse tipo têm taxas de cura inferiores à dos tumores primários, razão pela qual é preconizado tratamento cirúrgico com re-excisão através de cirurgia micrográfica ou com controle de margens por congelamento. Relata-se caso de carcinoma basocelular recidivado de grandes proporções que, após exérese total e correção por meio de retalho de rotação e enxerto de pele total, evoluiu com eclábio. Essa complicação inestética foi corrigida num segundo tempo através do retalho de Limberg. Apresenta-se alternativa para correção de eclábio e enfatiza-se a necessidade de incluir na formação do cirurgião dermatológico o aprendizado para a resolução de complicações.

Palavras-chave: carcinoma basocelular; retalhos cirúrgicos; recidiva local de neoplasia; lábio.

ABSTRACT

Basal cell carcinomas are the most common type of skin cancer. Recurring basal cell carcinomas have lower cure rates than the primary tumors. Recurring tumors are usually treated with re-excision using micrographic surgery or by controlling the margins through freezing. A case of recurring basal cell carcinoma with large dimensions is reported. After total exeresis and correction using a rotation flap and total skin graft, the area developed eclabium, an unattractive complication that was corrected in a second surgery using a Limberg flap. This study presents an alternative correction for eclabium, and emphasizes the importance of training dermatologic surgeons how to resolve complications.

Keywords: carcinoma, basal cell; surgical flaps; neoplasm recurrence, local; lip.

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais frequente de câncer de pele, correspondendo a cerca de 70% do total. Incide preferencialmente em adultos de pele clara, acima dos 30 anos de idade, sendo mais comum no sexo feminino, sobretudo, nos indivíduos com história de exposição solar excessiva.¹

Os CBCs são tumores constituídos por células morfológicamente semelhantes às originadas na camada basal da epiderme e aparelho pilossebáceo. Metástases são raras e apresentam baixa mortalidade. A morbidade desse tumor relaciona-se à invasão local e à destruição de tecidos adjacentes. Localizam-se preferencialmente nos dois terços superiores da face, e o subtipo clínico mais comum é o CBC papulonodular ou nodulocístico.²

Dentre os fatores de alto risco para recidiva, destacam-se: localização nas regiões centromédia facial – que inclui sulco nasogeniano, lábio e nariz –, temporal, periorbital, mentoniana, mandibular, genital, acral e do pavilhão auricular; tamanho ≥ 2 cm, bordas mal definidas; determinados subtipos histológicos (esclerodermiforme, sólido infiltrativo, micronodular, metatípi-

Relato de Caso

Autores:

Luciana Abreu¹
 Maria Isabel Cárdenas¹
 Fernanda Campary²
 Joaquim José Teixeira de Mesquita Filho²

¹ Pós-graduanda em dermatologia do 3º ano do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Preceptor(a) do Ambulatório de Cirurgia Dermatológica do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Luciana de Abreu
 Av. Lúcio Costa, 3360 - bl.9/2101
 22630-010 – Rio de Janeiro – RJ
 E-mail: luabreu17@gmail.com

Data de submissão: 21/08/2011

Data de aprovação: 06/12/2011

Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Conflitos de interesse: Nenhum
 Suporte financeiro: Nenhum

co), envolvimento peri-neural/perivascular e imunossupressão.²⁻⁴

O tratamento deve ser individualizado. A exérese cirúrgica é a modalidade preconizada, pois permite a remoção completa da lesão, levando-se em conta a manutenção da funcionalidade e o melhor resultado estético possível, com respeito aos princípios oncológicos.

Estima-se que de 30% a 50% dos CBCs irão recorrer após excisão incompleta.⁵ Os CBCs recidivados têm índices de cura inferiores aos primários e requerem margens periféricas maiores.² Nos casos recidivantes, a re-excisão com controle intraoperatório de margens por congelação ou cirurgia micrográfica de Mohs são os tratamentos de escolha.⁶⁻⁸

MÉTODOS

Demonstra-se um caso de CBC esclerodermiforme recidivado de grandes dimensões que, após exérese completa da lesão e fechamento com retalho de avanço associado a enxerto de pele total, apresentou evolução com ecláblio, que foi corrigido cirurgicamente em um segundo tempo através da utilização do retalho de Limberg.

A paciente em questão, do sexo feminino e com 71 anos de idade, apresentou-se ao exame clínico com lesão tumoral caracterizada por placa eritemato-esbranquiçada de bordas irregulares e mal definidas, localizada na região bucinadora direita (Figura 1). Havia realizado diversas cirurgias prévias no local, com recidiva da neoplasia.

A lesão foi submetida a biópsia e diagnosticada como CBC esclerodermiforme recidivado. Realizaram-se exérese da lesão com margem de segurança de 5mm (Figura 2) e exame histopatológico intraoperatorio de congelação, para avaliação das margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia infiltrante, em três fases consecutivas de congelação (Figura 3). Obtidas margens livres do carcinoma na terceira fase, optou-se pelo fechamento com enxertia de pele total, após realização de um retalho de avanço para diminuir a área a ser enxertada(Figura 4).



Figura 1 - placa eritemato-esbranquiçada com área atrófica cicatricial central e bordas mal definidas localizada na região bucinadora direita



Figura 2 - marcação para exérese da lesão recidivada com margem de 5mm

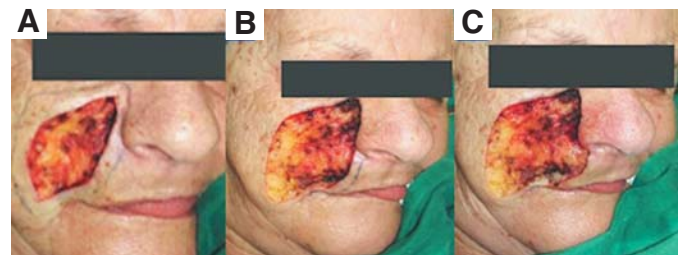


Figura 3 - aspecto do defeito cirúrgico após ressecção com margens de 5mm **A**, após primeira ampliação das margens comprometidas **B** e após segunda ampliação e aspecto do defeito cirúrgico final **C**



Figura 4 - pós-cirúrgico imediato da retalho de avanço e enxerto com curativo de Brown

RESULTADO

Após três meses de evolução, a paciente apresentou ecláblio (eversão do lábio), corrigido num segundo tempo cirúrgico através da execução do retalho de Limberg.

Optou-se por esse retalho para a correção do ecláblio, de modo a remover a área do enxerto que é menos estética, posicionar parte das incisões necessárias sobre o sulco nasogeniano, para camuflagem das cicatrizes, e desviar o lábio superior da tensão máxima de fechamento da ferida, liberando-o da retração e possibilitando o retorno à posição normal (Figuras 5, 6 e 7).



Figura 5 - notar eclábio da porção labial superior direita, área inestética (decorrente do enxerto prévio) a ser excisada e esboço de duas opções de rotação do retalho de Limberg (A e B)

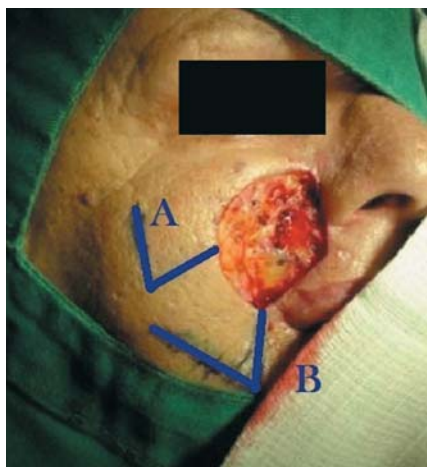


Figura 6 - notar que a opção (B) foi a escolhida para rotação do retalho de Limberg, em virtude de o vetor ser na direção superior-inferior, ajudando a tracionar o lábio para baixo



Figura 7 - descolamento do retalho de Limberg



Figura 8 - resultado final após 15 dias, três meses e dois anos

DISCUSSÃO

Cerca de 2% dos CBCs são esclerodermiformes. Esse sub-tipo histológico é raro, de limites pouco definidos, caráter infiltrativo, além de manifestar-se frequentemente com agressividade local e altas taxas de recidiva, requerendo reconstruções mais elaboradas e difíceis.³

Posteriormente à excisão total do tumor, a paciente descrita apresentou defeito cirúrgico complexo, de grandes dimensões e muito próximo a regiões de margens livres importantes da face, como a pálpebra inferior, a asa nasal e o lábio superior. Dessa forma, optou-se pela reconstrução com retalho de avanço associado a enxerto. Na evolução, entretanto, observou-se o surgimento de eclábio, que poderia ter melhorado espontaneamente, ao longo do tempo, pelo simples movimento natural da musculatura do lábio. Porém, no que se refere aos resultados estéticos e funcionais após a reconstrução de defeitos da face, os padrões atuais apresentam nível alto de exigência, sendo necessários planejamento e execução minuciosos que levem a resultados satisfatórios, tanto para o cirurgião quanto para o paciente.

O fechamento primário de muitos defeitos de pele não é possível, e o recrutamento de porções de pele adjacente é imperioso para se obter reparo satisfatório. O lábio superior é importante unidade estética da face, e sua reconstrução é um grande desafio para o cirurgião dermatológico.

O retalho romboide é do tipo transposição e foi descrito por Limberg em 1946. Considerado importante ferramenta do cirurgião dermatológico, pode ser usado em praticamente qualquer local do corpo, sobretudo para defeitos romboides com ângulos de 60 e 120 graus. Isso se deve à simplicidade de seu desenho e à grande confiabilidade com que pode ser utilizado na reconstrução de defeitos cutâneos. As cicatrizes decorrentes desse retalho são bem previsíveis e geralmente causam distorção mínima das estruturas próximas. A maior tensão de fechamento encontra-se na área doadora, enquanto as outras porções da ferida permanecem com tensão mínima; essas características são importantes quando se torna necessário evitar a distorção das estruturas vizinhas.⁹ É retalho bastante descrito na literatura para reconstruções faciais.¹⁰

CONCLUSÃO

Neste estudo, constatou-se a importância do domínio das técnicas referentes a enxertos e retalhos cutâneos locorreionais para a reconstrução de defeitos pós- cirúrgicos decorrentes da exérese de neoplasias cutâneas. Verificou-se, ainda, no caso descrito, que a utilização do retalho romboide de Limberg pode ser alternativa bastante eficaz na correção do eclábio, com resultados estético-funcionais satisfatórios (Figura 8). ●

REFERÊNCIAS

1. Amaral ACN, Azulay DR, Azulay RD. Neoplasias malignas da epiderme e anexos. In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 605.
2. Tovo LFR, Festa Neto C, Castro CVB, Sampaio SAP. Carcinoma basocelular. In: Janete FB, Cutait R. *Projeto diretrizes*. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.
3. Quintas RCS, Coutinho ALF. Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular. *Rev Bras Cir Plást*. 2008; 23(2): 116-9.
4. Oliveira Santos AB, Loureiro V, Araújo Filho VJF, Ferraz AR. Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007; 36(4): 230 -3.
5. Robinson JK, Fisher SG. Recurrent Basal Cell Carcinoma After Incomplete Resection. *Arch Dermatol*. 2000; 136(11):1318-24.
6. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2008; 159(1): 35-48.
7. Smeets NWJ, Kuijpers DIM, Nelemans P, Ostertag JU, Verhaegh MEJM, Krekels GAM, et al. Dermatological Surgery Mohs micrographic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face-results of a retrospective study and review of the literature . *Br J Dermatol*. 2004; 151(1):141-7.
8. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent(previously treated) basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* .1989; 15:424-31.
9. Park SS, Little S. Retalhos rombóides. In: Baker SR. *Retalhos locais em reconstrução facial*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.215.
10. Chasmar LR. The versatile rhomboid (Limberg) flap. *Can J Plast Surg* 2007;15(2):67-71.