

Reconstrução do lábio inferior com retalhos de Karapandzic e Gilles após excisão de carcinoma espinocelular

Reconstruction of the lower lip using Karapandzic and Gilles flaps after the excision of squamous cell carcinoma

RESUMO

Carcinomas de células escamosas do lábio inferior representam 20-30% de todos os cânceres orais, que apresentam bom prognóstico quando diagnosticados precocemente. Metástases em linfonodos cervicais ocorrem em 5-20% dos casos. Relata-se caso de paciente do sexo feminino com lesão nódulo-ulcerada infiltrativa, acometendo um terço do lábio inferior. Os linfonodos analisados foram normais. Foram realizadas excisão da lesão e reconstrução labial utilizando técnica do retalho de Karapandzic à direita e Gilles à esquerda, e comissuroplastia em segundo tempo. Houve resultado aceitável cosmeticamente e boa recuperação na fala e deglutição. Não foram observadas recidivas ou metástases em dois anos de seguimento.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; lábio; retalhos cirúrgicos.

ABSTRACT

Squamous cell carcinomas located on the lower lip represent 20-30% of all oral cancers, and present good prognosis when diagnosed early. Cervical lymph node metastases occur in 5-20% of cases. The case of a female patient with a nodular-ulcerated infiltrating lesion affecting one-third of the lower lip is described. The examination of lymph nodes yielded normal results. The excision of the lesion was carried out and the labial reconstruction performed using a Karapandzic flap on the right side and a Gilles flap on the left, with a commissuroplasty carried out in a second operation. The procedure produced a cosmetically acceptable result, with good recovery in speech and swallowing. No recurrences or metastases were observed within two years of follow-up.

Keywords: carcinoma, squamous cell; lip; surgical flaps.

INTRODUÇÃO

Os carcinomas de células escamosas (CEC) do lábio representam 20-30% de todos os cânceres orais. A maior frequência é em pacientes de 50 anos ou mais, predominando no sexo masculino, em pacientes expostos ao sol, tabaco e álcool. Quando diagnosticados precocemente apresentam bom prognóstico, com índice de cura em torno de 90% em cinco anos. Porém metástases em linfonodos cervicais ocorrem em 5-20% dos casos.¹ Mesmo defeitos acometendo menos de um terço do lábio superior ou inferior necessitam de reparos cuidadosamente confeccionados, observando a anatomia local, com o principal objetivo de manter a função de esfíncter necessária à mastigação e fala.² Entre as técnicas de reconstrução de lábio inferior descri-

Autores:

Leticia Arsie Contin¹
Mário Marques de Carvalho²
Carlos D'Apparecida S. Machado Filho³
Marcos Eiji Hayashida⁴
Thais Serrano Ferraz¹
Bones Ferreira Gonçalves Jr.⁴

¹ Residente de cirurgia dermatológica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

² Médico dermatologista; preceptor de cirurgia dermatológica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

³ Doutor em medicina pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP); preceptor do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

⁴ Residente de cirurgia dermatológica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

Correspondência para:

Leticia Arsie Contin
Alameda Lorena, 1157 ap 35.
01244-005 - São Paulo-SP.
E-mail: lecontin@hotmail.com

Recebido em: 16/04/2011
Aprovado em: 02/04/2012

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

tas destacam-se fechamento primário, em Y, W, M ou Zplastia para defeitos acometendo menos de um terço do lábio e os retalhos de Abbé, Karapandzic, Estadler, Gilles, Bernard-Burow e combinações entre eles para defeitos acometendo maiores extensões.^{2,3}

RELATO DE CASO

Apresentou-se à consulta no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, paciente de 50 anos, do sexo feminino, branca, doméstica, tabagista de meio maço/dia de cigarros de papel por 27 anos, sem história de sintomas constitucionais, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Há um ano apresentou lesão nódulo-ulcerativa e infiltrativa que no momento da consulta acometia um terço do lábio inferior. Linfonodos de cadeia cervical foram impalpáveis ao exame clínico. O exame anatomopatológico da biópsia da lesão de lábio inferior apontou CEC moderadamente indiferenciado. Foram solicitadas ultrassonografias de linfonodos das cadeias cervical, submandibular e supra/infraclaviculares, não tendo sido detectadas anormalidades (Figura 1).

Apresentou ainda lesão nasal de mesmo tempo de evolução com diagnóstico histológico de carcinoma basocelular nodular e micronodular, com plano de abordagem cirúrgica adiado por solicitação da paciente.

Foi realizada exérese completa do tumor com 0,6cm de margem e reconstrução de lábio inferior utilizando o retalho Karapandzic à direita e, para maior ganho de mobilidade, o retalho de Gilles ao lado esquerdo (Figuras 2 a 6). O exame histopatológico da peça cirúrgica demonstrou CEC bem diferenciado, ulcerado na pele do lábio inferior, ausência de invasão perineural, angiolinfática ou vascular sanguínea com margens cirúrgicas livres.

Em um segundo tempo foi realizada a revisão do retalho e a comissuroplastia para correção de assimetria à esquerda (Figura 7).



Figura 1: Tumoração em lábio inferior

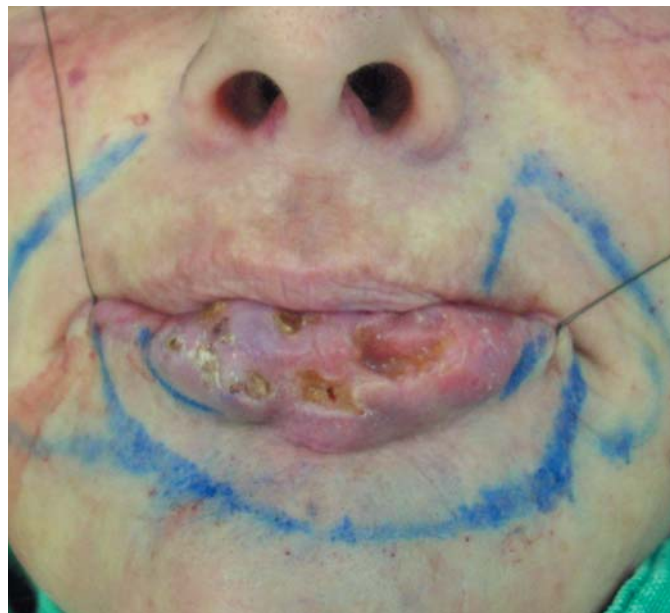


Figura 2: Esquema demonstrando retalhos a realizar



Figura 3: Exérese de tumor com 0,5cm de margem

DISCUSSÃO

O tratamento para cânceres de lábio é cirúrgico, compreende excisão completa do tumor com margens de segurança de 0,4-0,6cm (margens de até 1cm podem ser utilizadas em tumores de alto risco, em tronco ou membros) ou cirurgia micrográfica de Mohs.⁴

Envolve ainda pesquisa clínica e por imagem de cadeias cervicais. Se os linfonodos são clinicamente palpáveis ou alguma alteração é detectada em exame complementar, é recomendada punção com agulha fina, e caso seja negativa considera-se a reavaliação ou biópsia aberta. Sendo esta positiva, a dissecação regional de linfonodos é preconizada, uni ou bilateral de acordo com o



Figura 4: Retalho de Karapandzic à direita



Figura 6: Aspecto do pós-operatório imediato



Figura 5: Retalho de Gilles à esquerda

número de linfonodos acometidos e sua localização, associada a radio e quimioterapia adjuvantes dependendo da situação clínica.

A pesquisa de linfonodos sentinela quando estes não são clinicamente palpáveis e em tumores de alto risco também é sugerida, apesar de seu benefício clínico ainda não ser suficientemente comprovado.^{4,5}

Altinyollar et col. defendem ressecção cervical profilática de linfonodos cervicais mesmo se clinicamente não detectáveis, devido ao alto risco de metástases.⁶

A radioterapia profilática pode ser considerada para tumores em áreas de alto risco (H da face) e com diâmetro inferior a 15mm ou em área de médio risco (região malar, frontal, couro

cabeludo e cervical) e com diâmetro inferior a 20mm.

A radioterapia terapêutica exclusiva é opção para pacientes sem condições cirúrgicas, geralmente em idosos com comorbidades.

A radioterapia adjuvante é considerada em casos de margens comprometidas após cirurgia de Mohs ou em envolvimento perineural significativo, assim como para pacientes com acometimento linfonodal de cabeça e pescoço e também àqueles submetidos à ressecção de linfonodos após excisão de tumores em tronco e membros.^{4,6}

Quimioterapia pode ser associada à radioterapia adjuvante para casos de ressecção linfonodal incompleta ou em pacientes com tumores de extensão extracapsular.⁴

A reconstrução de lábio inferior é baseada no acometimento da região, dividido em pequenos (30% ou menos), médios (30-60% de acometimento) ou grandes defeitos (60%). Há ainda envolvimento apenas de vermelhão (CEC *in situ*, quelite actínica), que pode ser abordado com vermelhonectomia seguida de fechamento primário, retalhos de avanço e enxertos de mucosa.^{2,3} Pequenos tumores podem ser excisados, e a área reconstruída com fechamento primário, excisão em V ou W; com essa opção, porém, há risco de esses tumores progredirem com infiltração lateral, quando nessa localização.

Tumores médios podem ser reconstruídos com excisão elíptica, sutura borda a borda, M-plastia ou retalhos.²

Em pacientes com defeito envolvendo grandes áreas deve-se levar em conta a necessidade de se remover todo o vermelhão e realizar técnicas de reconstrução e também o uso de próteses dentárias e possibilidade de sua inserção no pós-operatório.

Entre as opções mais citadas para reconstrução podemos citar o retalho de Abbé, correção de defeito em lábio inferior com retalho do lábio superior (Figura 8A). Idealmente o retalho é confeccionado da junção dos terços médio e lateral do lábio superior. A altura do retalho deve ser a mesma, e a largura da área

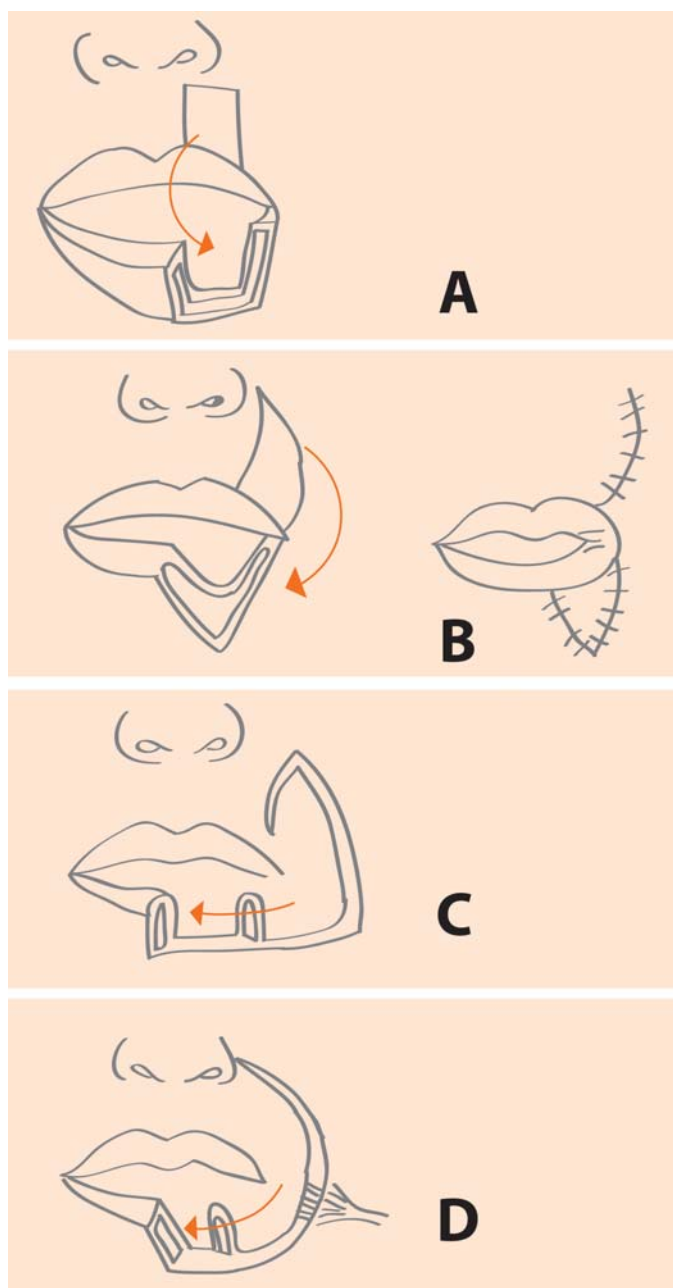


Figura 8: A- Retalho Abbé: retalho do lábio superior é utilizado para reconstruir defeito em lábio inferior

B- Retalho Estlander: triângulo de lábio superior para corrigir defeito em área inferior, podendo demandar comissuroplastia posterior

C- Retalho Gilles: projeção de comissura e lateral do lábio inferior para cobertura de lesão em lábio inferior; retalho de espessura total

D- Retalho Karapandzic: retalho miocutâneo, mantendo intacto o pedículo neurovascular

doadora deve ser metade da área receptora para que o defeito seja distribuído entre os dois lábios.

Em defeitos acometendo toda a espessura do lábio, as possibilidades incluem o retalho de Estlander, de espessura total, envolvendo a confecção de um triângulo em lábio superior, que é transferido para reconstruir o lábio inferior e a comissura. Pode

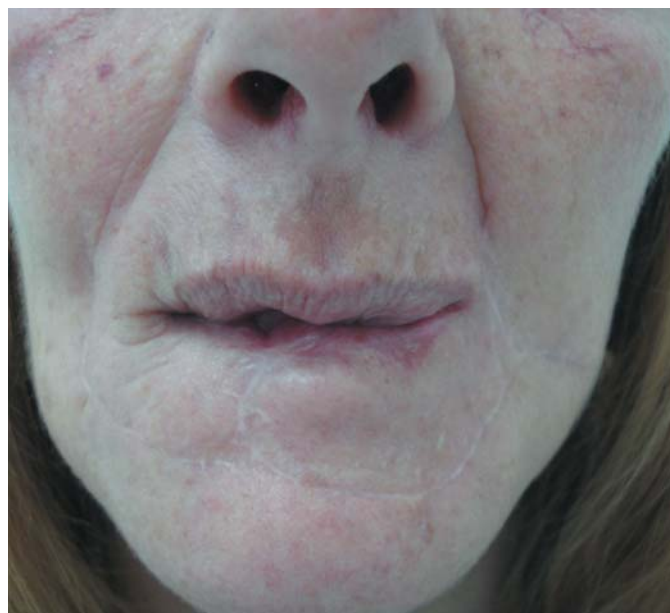


Figura 7: Segundo mês de pós-operatório de comissuroplastia à esquerda

exigir comissuroplastia em um segundo tempo (Figura 8B).⁷

O retalho Gilles, também descrito para correções dessas lesões, é versão estendida do retalho de Estlander (Figura 8C). Consiste de projetar comissura e lateral do lábio inferior para cobertura de lesão localizada em lábio inferior. É retalho de espessura total. Pode haver distorção dessa comissura e encurtamento do lábio inferior.^{1,2,7-9}

Karapandzic modificou essa técnica para reconstruir retiradas de tumores de 3,5 a 7cm com defeitos centrais de lábio inferior (Figura 8D). É retalho miocutâneo que mantém o suprimento neurovascular intacto para preservar o aspecto funcional do lábio. Pode ser realizado bilateralmente e tem a possibilidade de associação com reconstrução do vermelhão com retalho de língua.^{1,2,9}

As principais complicações dessas reconstruções são alterações funcionais e microstomia.

No presente caso optou-se por correção com retalho de Karapandzic à direita, para ganho de mais mobilidade, e Gilles à esquerda.

A comissuroplastia pode ser realizada em segundo tempo para apurar a simetria labial, como nessa situação.

Observou-se resultado satisfatório não só estético como funcional (Figura 7).

Não houve sinais clínicos de recidiva ou metástases dois anos após a cirurgia, estando o paciente em acompanhamento clínico no ambulatório de cirurgia dermatológica. Recomenda-se observação semestral ou anual principalmente nos primeiros dois anos, já que 70-80% das recidivas são observadas nesse período, mantendo-se a observação a longo prazo.⁴

Lesões em lábio constituem desafio terapêutico, e mesmo lesões pequenas devem ser abordadas cuidadosamente devido ao risco de metástases e alterações funcionais após a exérese do tumor. ●

REFERÊNCIAS

1. Hasson O. Squamous Cell Carcinoma of the lower lip. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(6):1259-62.
2. Ishii LE, Byrne PJ. Lip reconstruction. *Facial Plast Surg Clin N Am.* 2009;17(3):445-53.
3. NCCN. Clinical practice Guidelines in Oncology. Basal cell and squamous cell skin cancers. Vol 1, 2010. MS 8.
4. Altinyollar H, Berberoglu U, Çelen O. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Eur j Surg Oncol.* 2002. 28(1): 72-4.
5. Bucur A, Ștefănescu L. Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and N0 neck. *J Craniomaxillofac Surg.* 2004;32(1):16-8.
6. Faulhaber J, Gérald C, Goerdts 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.
7. Zide BM. Deformities of the Lips and Cheeks. In: McCarthy JG. *Plastic Surgery.* Philadelphia: Saunders Elsevier; 1990. p. 2015-25.
8. Petres J, Rompel R, Robins P. Head and Neck in *Dermatologic text book and atlas Surgery.* New York: Springer; 1996. p. 277-305.
9. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Vasquez-Chinchay F, Camacho FM. Uncompleted Fan Flap for Full-Thickness Lower Lip Defect. *Dermatol Surg.*