

Reconstrução do lábio inferior com técnica de Camille Bernard após excisão de carcinoma basocelular infiltrativo

Reconstruction of the lower lip with Camille Bernard's technique after excision of infiltrative basal cell carcinoma

RESUMO

Os tumores labiais correspondem a 15% das neoplasias de cabeça e pescoço. O retalho de Camille-Bernard é indicado para a reconstrução do lábio inferior, quando o defeito é maior do que um terço do lábio. Demonstra-se caso com resultado final satisfatório, tendo-se obtido preservação funcional, estética e sensorial, com a utilização dessa técnica para reconstrução cirúrgica do lábio inferior após excisão de tumor localmente avançado. **Palavras-chave:** carcinoma basocelular; procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; neoplasias labiais.

ABSTRACT

Lip tumors account for 15% of head and neck neoplasias. When the defect is greater than one third of the lip, the Camille Bernard's flap is suitable for the reconstruction of the lower lip. The present study describes a case with a satisfactory outcome, where functional, aesthetic, and sensory preservation of the lower lip was obtained by using this technique in its surgical reconstruction, following excision of a locally advanced tumor.

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

INTRODUÇÃO

O câncer do lábio é a lesão maligna mais frequente da cavidade oral, constituindo 15% dos tumores nessa região.¹ Há predomínio do acometimento do lábio inferior na proporção de 20 vezes mais do que o do lábio superior.¹ O tratamento de escolha é cirúrgico, variando-se a técnica reconstrutiva de acordo com o tamanho do defeito gerado.^{1,2} Na perda de extensa área dos lábios, diversas técnicas reparadoras são praticadas.^{1,2} O retalho de Camille Bernard foi descrito pela primeira vez em 1853, para reparos variando de um terço a metade do lábio inferior.^{1,3} Várias modificações foram incorporadas desde a primeira descrição da técnica por Bernard, buscando resultados favoráveis na competência funcional oral e plasticidade,³ embora mais conservadoras.

Relato de Caso

Autores:

Priscilla Maria Rodrigues Pereira¹
Carlos Alberto Chirano Rodrigues²
Livia Lima de Lima³
Sandra Adolfinha Reyes Romero⁴
Adriana Valkira de Oliveira Mariano⁴

- ¹ Médica dermatologista. Clínica privada – Fortaleza (CE), Brasil.
- ² Médico dermatologista; preceptor da Residência de Dermatologia da Fundação Alfredo da Mata – Manaus (AM), Brasil.
- ³ Médica dermatologista. Clínica privada – Manaus (AM), Brasil.
- ⁴ Residente do terceiro ano de dermatologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas – Manaus (AM), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Priscilla Maria Rodrigues Pereira
Av. Engenheiro Santana Júnior, 1345 / 301
– bloco A
60175-650 – Fortaleza – CE
E-mail: pris17@hotmail.com

Recebido em: 20/10/2010
Aprovado em: 10/09/2011

Trabalho realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas e Fundação Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

RELATO DO CASO

Paciente de 64 anos, do sexo feminino, procurou o ambulatório de cirurgia dermatológica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, Amazonas, Brasil, queixando-se de nódulo no mento há quatro anos, com crescimento progressivo. Referiu cirurgia excisional de tumor no mesmo local 10 anos antes. Negava outras intervenções cirúrgicas. Ao exame, apresentava nódulo pigmentado, de coloração enegrecida, brilho perolado na superfície e bordas bem delimitadas, medindo 2,5 X 1,5cm, na região labiomentoniana, com área de infiltração ao redor, acometendo o lábio inferior à esquerda com comprometimento da comissura labial. Os nódulos linfáticos cervicais não se encontravam palpáveis (Figura 1).

Após biópsia incisional e confirmação histopatológica de carcinoma basocelular nódulo-cístico infiltrativo com comprometimento de musculatura subjacente, planejou-se tratamento cirúrgico com reconstrução através do retalho de Camille Bernard para reparo do lábio inferior, incluindo a comissura labial esquerda, num único tempo cirúrgico sob anestesia local assistida. Esse retalho foi indicado em virtude da grande mobilidade local da pele. Próximo à comissura, ressecou-se um triângulo de Burow com vértice na rima nasolabial e base paralela ao eixo horizontal do lábio. A excisão dos triângulos preservou a mucosa, que foi utilizada para reconstrução do vermelhão do lábio inferior.

O retalho apresentou boa evolução no período pós-operatório, com correção do defeito estético (superior a 30% do lábio inferior), sem disfunção sensorial, articular da fala ou dos movimentos de mastigação e deglutição. Não houve perda da abertura oral, mantendo-se resultado estético-funcional satisfatório e nivelamento do lábio horizontal com boa simetria (Figura 2). A paciente encontra-se em seguimento clínico semestral e um ano após a cirurgia não apresenta recidivas ou metástases linfonodais.

DISCUSSÃO

Os tumores nos lábios correspondem a 20% dos tumores malignos do trato respiratório e digestivo alto, acometendo geralmente o lábio inferior.¹ Há predileção pela quinta, sexta e sétima décadas de vida, com predomínio na raça branca e no sexo masculino, com relação de 5:1, o que parece estar relacionado ao uso de cosméticos e da menor exposição da mulher aos fatores predisponentes, tais como a exposição solar.^{1,2,4} São raros em negros, crianças e adultos abaixo de 40 anos.^{1,2,4}

Destacam-se a exposição crônica ao sol, tabagismo e etilismo na etiopatogenia.¹ Em relação aos aspectos histopatológicos, aproximadamente dois terços dos tumores dos lábios são carcinomas epidermóides bem diferenciados.¹ Os carcinomas basocelulares têm origem na face cutânea dos lábios, e comprometem por contiguidade o vermelhão e/ou a mucosa.¹ Metástases linfáticas cervicais ocorrem em seis a 12% dos casos.^{1,3,4}

Os tumores primários do lábio inferior ou superior, cuja margem cirúrgica não ultrapassa um terço da extensão do lábio,^{1,2} podem ser tratados pela técnica de excisão cirúrgica simples e fechamento primário. Entretanto, lesões maiores requerem retalhos vascularizados visando à manutenção da estética com



FIGURA 1: Pré-operatório
Nódulo pigmentado com área infiltrativa adjacente acometendo lábio inferior e comissura



Figura 2: Pós-operatório tardio
Reconstrução com boa acomodação do retalho de avanço

simetria e contornos adequados, a competência da cavidade bucal e a preservação vâsculo-nervosa.^{4,5}

As técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento de lesões nos lábios inferiores são: excisão tangencial (lip shave), excisão em V com ou sem excisão tangencial no restante do vermelhão labial, técnicas de Karapandzic, de Estlander e a reconstrução com retalho de avanço lateral de Camille-Bernard.^{4,6} Esta se aplica quando a margem cirúrgica ultrapassa um terço do lábio.⁴ Consiste na ressecção do(s) triângulo(s) de Burow na região nasolabial, para reparo do defeito após excisão do tumor em cunha, envolvendo pele, tecido celular subcutâneo e músculo.³ Se a cirurgia for bilateral, a base do triângulo de Burow deve corresponder a pelo menos metade do defeito de cada lado, e, se for unilateral, pelo menos a dois terços do defeito resultante.³ Para a restauração do lábio, preserva-se a mucosa, que é suturada diretamente com a pele, determinando competência da cavidade bucal, reconstrução da comissura labial e satisfação estética.^{3,5} Além disso, a cirurgia pode ser realizada em um único tempo

cirúrgico, o que permite pronto retorno do paciente ao convívio social.^{3,5}

Na descrição original, em 1853, a excisão do(s) triângulo(s) foi feita em toda a espessura.³ Posteriormente, variantes da técnica foram descritas.³ As primeiras modificações ocorreram com as publicações de Freeman em 1958, que propôs a retirada apenas da pele e tecido subcutâneo dos triângulos laterais, preservando o músculo orbicular e visando a maior mobilidade. Em 1960, Webster recomendou a secção do músculo orbicular mantendo-se o músculo bucinador,³ e em 1977, Converse e Wood-Smith sugeriram conservação da mucosa para reparo do lábio superior. Já em 1996, Konstantinove propôs a melhoria do resultado estético através da incisão descendente na comissura, com a sutura obedecendo às linhas de melhor incisão da pele.³

O prognóstico dos tumores malignos dos lábios é considerado bom quando comparado com outros tumores da cavidade bucal, sempre que o caso for tratado dentro de todos os princípios oncológicos para a referida patologia.¹ Os fatores associados ao mau prognóstico são: lesões superiores a 2cm; pouca diferenciação histológica; localizações na comissura ou no lábio superior; presença de metástases em gânglio linfático, e invasão perineural.²

A escolha da técnica deve ser adequada e individualizada para cada tipo de tumor, além do tamanho do defeito, localização, elasticidade cutânea e condições gerais do paciente. Conclui-se que a técnica descrita e suas variantes alcançam resultados satisfatórios na reconstrução do lábio inferior após grandes ressecções oncológicas, sendo uma boa alternativa para a reparação da região labial. ●

REFERÊNCIAS

1. Antunes AA, Antunes AP. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2004; 50(4): 295-300.
2. Nassif Filho ACN, Shibuio JR, Tarlé RG, Arnoud J, Maestri JEG. Cirurgia reconstrutiva de lábio inferior com recuperação estético-funcional. Relato de dois casos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 1998; 44(3):256-60.
3. Herrera E, Bosch RJ, Barrera MV. Reconstruction of the Lower Lip: Bernard Technique and Its Variants. *Dermatol Surg.* 2008;34(5):648-55.
4. Laureano Filho JR, Vasconcelos JRH, Dias EOS, Camargo IB. Cirurgia do lábio inferior: descrição de técnica e relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial.* 2004;4(2):97-104.
5. Contín LA, Carvalho MM, Machado Filho CDS, Hayashida ME, Ferraz TS, Gonçalves Jr BF. Reconstrução do lábio inferior com retalhos de Karapandzic e Gilles após excisão de carcinoma espinocelular. *Surg Cosmet Dermatol.* 2012;4(2):195-9.
6. Ergün SS. Reconstruction of the Labiomentental Region With Local Flaps. *Dermatol Surg.* 2002;28(9):863-5.