

Utilidade do retalho de Karapandzic na reconstrução de grandes defeitos do lábio inferior

The usefulness of Karapandzic flap in the reconstruction of large defects of the lower lip

RESUMO

A reconstrução dos defeitos resultantes das ressecções tumorais constitui um desafio para o cirurgião, que deve buscar bom resultado tanto funcional quanto estético. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica cirúrgica usada em homem de 78 anos com diagnóstico de carcinoma de células escamosas no lábio inferior e que foi submetido à excisão da lesão e reconstrução com a técnica de Karapandzic. Esse retalho é usado na reconstrução de defeitos cirúrgicos que ocupam de 40 a 75% de extensão do lábio.

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

ABSTRACT

The reconstruction of defects resulting from tumor resection is a challenge for the surgeon, who should get good results both functional and aesthetic. The objective of the present study is to describe the surgical technique used in a 78-year-old male patient with the diagnosis of squamous cell carcinoma in the lower lip and who underwent excision of the lesion and reconstruction with the Karapandzic technique. This flap is employed in the reconstruction of surgical defects that cover 40-75% of the lip's extension.

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

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermoide é a neoplasia maligna mais frequente dos lábios. Trata-se de tumor agressivo, invasor, que pode metastatizar se não for tratado precoce e radicalmente. Das neoplasias labiais, apenas 5% ocorrem no lábio superior, sendo em sua maioria carcinomas basocelulares; os outros 95% acometem o lábio inferior, no qual o carcinoma espinocelular é predominante devido à maior exposição à radiação ultravioleta. Essa é zona anatômica de elevado interesse em virtude da frequência da doença envolvendo o esfíncter natural da cavidade bucal.¹⁻⁶

A reconstrução dos defeitos resultantes da exérese do tumor constitui desafio para o cirurgião, que deve buscar bons resultados funcionais e estéticos. Por essa razão, são descritas numerosas técnicas para a reconstrução dessa região anatômica.¹⁻⁶

Entre os procedimentos cirúrgicos para o tratamento de

Relato de caso

Autores:

Paula Luz Stocco¹
Guilherme Fonseca²
Lucas Emanuel de Lima Azevedo¹
Thais Bittencourt Gonçalves Teles¹
Carmélia Matos Santiago Reis³

¹ Residente em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

² Médico dermatologista do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

³ Supervisora da residência médica em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Paula Luz Stocco
SQS 103 Bloco K APTO 103, ASA SUL,
70342- Brasília – DF
E-mail: paula_stocco@hotmail.com

Data de recebimento: 07/08/2012
Data de aprovação: 27/08/2013

Trabalho realizado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

lesões no lábio inferior, podemos citar várias técnicas: do aplainamento, de excisão em V com ou sem aplainamento do vermelhão, de Karapandzic, de Estlander e de reconstrução com retalho de Bernard-Burrow-Webster.¹⁻⁶

A técnica do aplainamento é empregada nos casos de lesões superficiais que acometem mucosa e submucosa sem infiltrar a musculatura. A técnica de excisão em V com ou sem aplainamento do vermelhão está indicada para os casos em que uma grande lesão ocupa determinada parte do vermelhão e para tanto deve ser excisada em cunha. Ressecções de até 30% do lábio permitem sutura primária com ausência de tensão. Ressecções que produzem defeitos entre 30 e 40% são mais bem abordadas pela ressecção em “W”, ou pela utilização de retalhos labiais.¹⁻⁶

A técnica de Karapandzic é indicada para reparação de defeitos centrais do lábio inferior, por rotação e avançamento de até 3/4 do lábio, preservando a função esfinteriana, inervação e irrigação. A técnica de Estlander (retalho de transferência labial pediculado) é usada quando 30% do lábio deve ser ressecado, podendo ser substituído por um retalho a partir do lábio superior. A extensão máxima desse retalho deve ser superior a 1,5cm ou 2cm, o que corresponde a cerca de 1/4 do comprimento do lábio. A técnica de reconstrução com retalho de Bernard-Burrow-Webster é aplicada preferencialmente para defeitos de até 65%, quando a ressecção resulta em grande defeito que necessita ser reconstruído com retalhos vascularizados.¹⁻⁶

Os retalhos de Karapandzic e de Bernard-Burrow-Webster estão entre as opções mais utilizadas para a reconstrução de grandes defeitos labiais. O retalho de Karapandzic é adequado para defeitos que ocupam de um a 2/3 do comprimento do lábio inferior, pois em defeitos maiores a microstomia resultante contraindica esse procedimento. Nos defeitos labiais totais ou subtotais o retalho de Bernard-Burrow-Webster mantém-se como boa opção reconstrutiva.¹⁻⁶

Os fatores que afetam a seleção do tipo de tratamento e da técnica a ser empregada estão relacionados ao tumor e ao paciente.¹⁻⁶

RELATO DE CASO

Homem de 78 anos com lesão tumoral ulcerada no lábio inferior evoluindo há seis meses, com crescimento progressivo (Figura 1) e ausência de adenopatias regionais à palpação. O diagnóstico clínico de carcinoma de células escamosas foi confirmado através de biópsia incisional.

O paciente foi submetido, em regime ambulatorial e com anestesia local, à excisão da lesão e reconstrução com a técnica de retalho miocutâneo de Karapandzic, sem intercorrências. A confecção dos retalhos consistiu na realização de incisões periorais bilaterais, iniciadas nos bordos inferiores do defeito cirúrgico e prolongadas pelos sulcos mentolabial e nasolabiais (Figura 2).

O músculo orbicularis oris e a mucosa oral foram incisados até o nível das comissuras labiais, e lateralmente a estas a incisão não atingiu a mucosa oral, tendo sido realizada delicada dissecação dos planos. Foram então confeccionados retalhos mio-



FIGURA 1: Lesão ulcerada em lábio inferior



FIGURA 2: Marcação no pré-operatório para realização das incisões periorais

cutâneos em movimento de avanço que cobriram o defeito. As estruturas neurovasculares foram poupadas, preservando a sensibilidade e a motricidade labiais (Figuras 3 e 4).

Os retalhos foram deslizados medialmente, suturando-se a mucosa, o músculo orbicularis oris e a pele em três planos sucessivos, permitindo a restauração da continência do esfíncter oral (Figura 5).

O resultado estético e funcional foi satisfatório, desde que as suturas ocuparam os sulcos naturais; a continência oral foi preservada, bem como a sensibilidade e a mobilidade labiais. Ocorreu, no entanto, ligeira microstomia sem impacto funcional, que pode ser atenuada com comissurostomia (Figura 6).

Após um ano, o paciente não apresenta sinais de recidiva local ou de metastatização locorregional.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O retalho descrito por Karapandzic em 1974 é uma das opções para a reconstrução de grandes defeitos labiais. Baseia-se na preservação anatômica dos pedículos vâsculo-nervosos faciais, que mantêm a futura irrigação e funcionalidade do lábio, com as vantagens de ser em tempo único e possibilidade de rea-



FIGURA 3: Avanço dos retalhos miocutâneos



FIGURA 4: Avanço dos retalhos miocutâneos



FIGURA 5: Sutura dos retalhos miocutâneos



FIGURA 6: Resultado estético e funcional final

lização sob anestesia locorregional.¹⁻⁵ Trata-se de retalho adequado para corrigir defeitos que ocupam de 40 a 75% de extensão do lábio inferior, podendo ser aplicado de forma invertida na reconstrução do lábio superior. O retalho de Karapandzic tem como principal virtude a preservação da mobilidade e sensibilidade do lábio inferior, bem como da continência oral. Seu maior inconveniente é a microstomia, que ocorre também com outras técnicas de retalhos miocutâneos, em maior ou menor grau, utilizados na reconstrução de defeitos cirúrgicos de espessura total.¹⁻⁶ ●

REFERÊNCIAS

1. 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 Supl 1):S156-9.
2. Fonseca M, Garcia G. Reconstruccion de labio con Técnica de Karapandzic. *Cir Plas Iberolatinoam*. 2007;33(1):57-62.
3. Sbalchiero JC, Anlicoara R, Cammarota MC, Leal PRA. Reconstrução labial: abordagem funcional e estética após ressecção tumoral. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2005;20(1):40-5.
4. Faveret P, Franco D, Boghossian LC, Medeiros J, Franco T. Carcinoma de lábios: análise de tratamento cirúrgico realizado em hospital universitário. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2009;12(4): 155-8.
5. Conti 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. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg*. 1974; 27(1):93.