

Retalho de rotação para reconstrução de lábio cutâneo superior após cirurgia micrográfica de Mohs

Rotation flap for the reconstruction of the cutaneous upper lip after Mohs micrographic surgery

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201792998>

RESUMO

Introdução: O lábio cutâneo superior é frequentemente acometido por neoplasias malignas da pele. O tratamento cirúrgico é o preferível para a maioria das lesões nesse local. Sempre que disponível, a cirurgia micrográfica de Mohs deve ser considerada para essa área.

Relato de caso: Descreve-se aplicação de retalho de rotação para lábio cutâneo superior em paciente submetido à cirurgia micrográfica de Mohs.

Discussão: Há diferentes opções para restaurar defeitos cirúrgicos no lábio cutâneo superior. Quando fechamento primário não é possível, o retalho de rotação pode ser considerado. Ele permite camuflar o arco da rotação no sulco nasogeniano e as demais incisões nas rítmicas periorais.

Palavras-chave: neoplasias labiais; cirurgia de Mohs; retalhos cirúrgicos

ABSTRACT

Introduction: The cutaneous upper lip is often affected by malignant skin neoplasms. Surgical treatment is preferred for most lesions in this site. Whenever available, tumors in the perioral area should be managed with Mohs micrographic surgery.

Case report: The author of the present article describes the implementation of a rotation flap in the cutaneous upper lip of a patient who underwent Mohs micrographic surgery.

Discussion: There are a number of options for repairing surgical defects in the cutaneous upper lip. When primary closure is not possible, rotation flaps are considered because they allow camouflaging of the rotation arc in the nasolabial fold, and the other incisions in the perioral rhytids.

Keywords: lip neoplasms; Mohs surgery; surgical flaps

INTRODUÇÃO

O lábio cutâneo superior é local frequentemente acometido por neoplasias malignas da pele. O tratamento cirúrgico é o preferível para a maioria das lesões nesse local. Sempre que disponível, a cirurgia micrográfica de Mohs deve ser considerada para essa área, já que a técnica permite avaliar 100% das margens cirúrgicas, além de conservar tecido sadio.¹

Feridas operatórias no lábio cutâneo superior podem ser um desafio para restaurar. A complexidade das feridas envolvendo essa região anatômica se deve à proximidade com múltiplas subunidades cosméticas, seus respectivos limites e ao fato de o lábio ser uma margem livre. Uma reconstrução ideal restaura cor, textura e mantém a simetria do arco do cupido, *filtrum*, triângulos apicais, sulco nasogeniano e margem livre do lábio, além de camuflar as incisões entre as subunidades anatômicas.²

Relato de Caso

Autores:

Felipe Bochnia Cerci^{1,2}

¹ Preceptor de cirurgia micrográfica de Mohs no Hospital Santa Casa de Curitiba – Curitiba (PR), Brasil.

² Preceptor de cirurgia micrográfica de Mohs no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

Correspondência para:

Felipe Bochnia Cerci
Praça Rui Barbosa, 245
80010-030 - Curitiba – PR
E-mail: cercihc@hotmail.com

Data de recebimento: 16/03/2017

Data de aprovação: 02/06/2017

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Curitiba – Curitiba (PR), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum

Conflito de interesse: Nenhum

Há diversas opções disponíveis para reconstruir o lábio cutâneo superior, dependendo de localização, tamanho, profundidade, elasticidade e envolvimento de subunidades adjacentes.^{3,4} No presente caso, descreve-se um paciente submetido ao retalho de rotação para reconstrução de lábio cutâneo superior após cirurgia micrográfica de Mohs.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, consultou-se no Departamento de Dermatologia com placa eritematosa perolada de 1,3 x 0,9cm no lábio cutâneo superior esquerdo. A biópsia revelou um carcinoma basocelular infiltrativo. A paciente foi submetida à cirurgia de Mohs sob anestesia local (lidocaína e bupivacaína), e, após dois estágios, margens livres foram alcançadas. O defeito resultante media 2,1 x 1,3cm, acometendo o lábio cutâneo superior esquerdo (Figura 1). A musculatura subjacente foi preservada.



FIGURA 1: Defeito cirúrgico de 2,3 x 1,2cm no lábio cutâneo superior esquerdo após remoção de carcinoma basocelular infiltrativo com cirurgia de Mohs. Retalho de rotação desenhado com o arco (linha pontilhada) desenhado alguns milímetros além do sulco nasogeniano

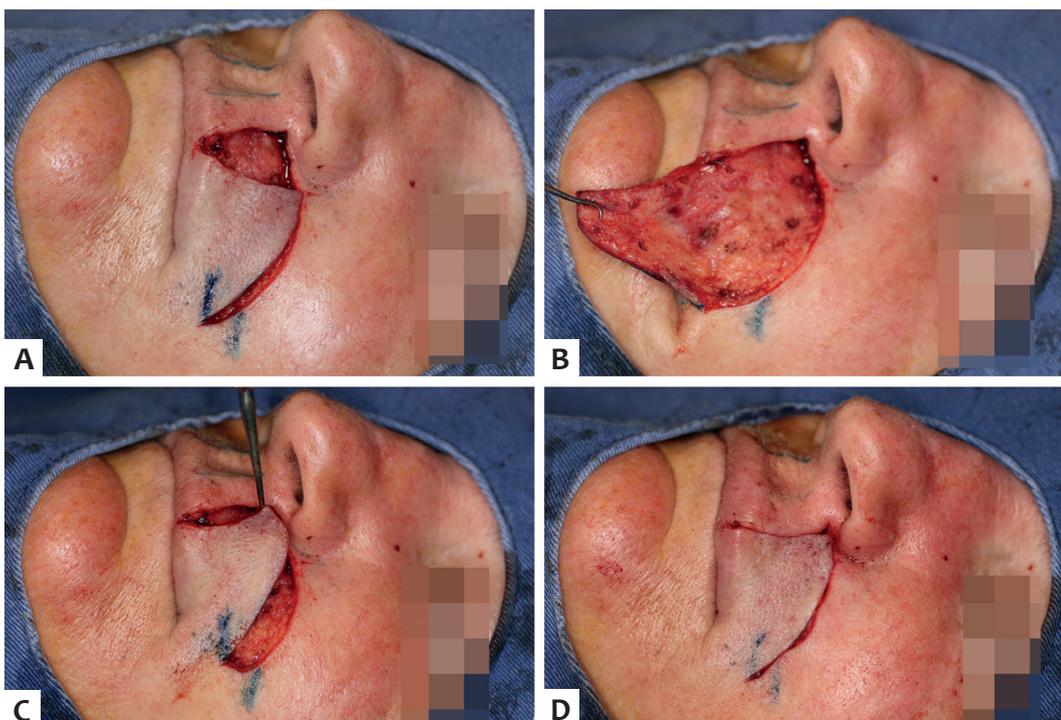


Figura 2: A - Retalho incisado, B - Retalho elevado acima do músculo orbicular oral, C - Retalho rodando em direção ao defeito. Z-plastia na base do retalho não foi realizada; D - Retalho suturado com poliglecaprona-25 4.0, seguido de mononáilon 5.0 (não mostrado na foto)

Devido ao tamanho e à localização da ferida, um retalho de rotação foi escolhido para restaurá-la (Figura 1). O arco de rotação foi desenhado alguns milímetros além do sulco nasogeniano. Inicialmente, os bordos do defeito foram angulados, e o defeito foi estendido até o bordo nasal inferior para camuflar as incisões. O retalho foi elevado e descolado acima do músculo orbicular oral na região perioral, e no subcutâneo ao se aproximar do sulco nasogeniano. Após hemostasia, o retalho foi posicionado e suturado em dois planos, com poliglecaprona-25 4.0 e mononáilon 5.0 (Figura 2). As suturas externas foram removidas após sete dias. Após um mês, as incisões cirúrgicas estavam camufladas no bordo nasal inferior, nas rítides periorais e no sulco nasogeniano (Figura 3).

DISCUSSÃO

Há diversas opções para a reconstrução do lábio cutâneo superior. Fechamento primário é a opção ideal quando possível, com o eixo maior do fuso posicionado nas linhas de relaxamento perioral, que tendem a ser perpendiculares e oblíquas ao eixo horizontal do lábio.³ Apesar de ser possível realizar M-plastias para reduzir a extensão do fechamento e evitar cruzar a linha do vermelhão, sua violação geralmente não é um problema, desde que as bordas do vermelhão sejam alinhadas adequadamente. É preferível violar a borda do vermelhão a deixar um fechamento em fuso curto e criar uma protrusão de tecido ou *dog ear* no lábio. Fechamentos primários podem gerar forças, que causam deslocamento inferior do lábio devendo ser observadas e evita-



FIGURA 3: Um mês de pós-operatório. Incisões camufladas no sulco nasogeniano e rítmicas periorais. O eritema da incisão tende a melhorar com o passar do tempo



FIGURA 4: Distorção significativa do *filtrum*, vermelhão e nariz após tentativa de fechamento primário

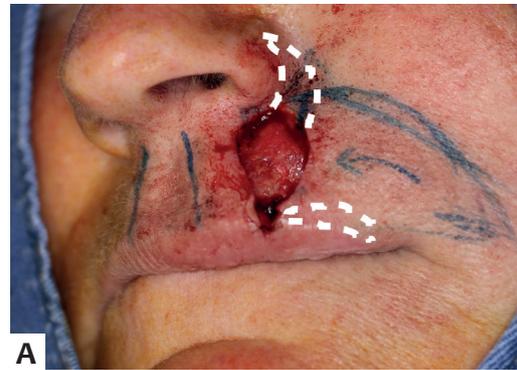


FIGURA 5: Outras opções de reparo consideradas. **A** - Retalho de avanço com crescente. **B** - Retalho em ilha

das durante o fechamento.⁵ Sempre que distorção significativa for notada durante fechamento primário, como no presente caso (Figura 4), outros métodos de reparo devem ser considerados (Figura 5).

Retalhos de avanço são úteis para reparo de feridas operatórias na região lateral do lábio cutâneo superior devido à grande quantidade de pele adjacente da região malar medial. Esses retalhos são geralmente desenhados ao longo do bordo do vermelhão, e o tecido redundante excisado nas linhas de relaxamento da região perioral. O excesso de pele pode ser removido como triângulos de Burrow ou crescentes para minimizar o risco de distorção do vermelhão.⁶ Quando a ferida está localizada na porção superior do lábio cutâneo superior, o retalho deve ser desenhado estendendo-o até o bordo nasal inferior com uma crescente removida adjacente à asa nasal, conforme descrito por Webster, e a pele redundante inferior removida nas linhas de relaxamento perioral.⁷

Outra opção para reparo de defeitos na porção superior do lábio cutâneo superior são retalhos de rotação, como ilustrado no presente caso. Uma vantagem dessa opção é a possibilidade de camuflar o arco da rotação no sulco nasogeniano. O arco pode ser desenhado alguns milímetros além do sulco

nasogeniano uma vez que a região malar move-se medialmente à medida que o retalho realiza o movimento de rotação. A incisão vertical do retalho é camuflada nas linhas de relaxamento periorais.⁴

De maneira similar, o retalho em ilha é útil para o reparo de defeitos no lábio cutâneo superior. Boa parte das incisões podem ser camufladas no sulco nasogeniano e bordo nasal inferior. Deve-se tomar cuidado, descolando-se de maneira adequada o retalho para evitar tensão no bordo do vermelhão.⁸

Retalhos de transposição podem ser úteis para feridas nessa localização quando retalhos de avanço ou rotação não mobilizam quantidade suficiente de tecido. As incisões podem ser camufladas parcialmente no sulco nasogeniano. Entretanto, uma desvantagem é a maior chance de *trap door*. Além disso, retalhos de transposição nesse local tendem a apagar o sulco nasogeniano de maneira mais significativa do que retalhos de avanço ou rotação. Enxertos de pele são raramente usados nesse local devido às inadequadas cor e textura finais.⁹

No presente caso, o retalho de rotação foi realizado com resultado satisfatório. Não houve distorção, e as incisões foram camufladas entre unidades ou subunidades anatômicas. ●

REFERÊNCIAS

1. Hafiji J, Hussain W, Salmon P. Reconstruction of perioral defects post-Mohs micrographic surgery: a dermatological surgeon's approach. *Br J Dermatol*. 2015;172(1):145-50.
2. Holmes TE. Crescentic apical triangle island pedicle flap for repair of the medial upper lip. *Dermatol Surg*. 2013;39(5):784-8.
3. Zitelli JA, Brodland DG. A regional approach to reconstruction of the upper lip. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17(2):143-8.
4. Kronic AL, Weitzul S, Taylor RS. Advanced reconstructive techniques for the lip and perioral area. *Dermatol Clin*. 2005;23(1):43-53.
5. Kaufman AJ, Rohrer TE. Novel flaps for lip reconstruction. *Skin Therapy Lett*. 2006;11(6):4-9.
6. Lopiccolo MC, Kouba DJ. Bilateral peri-alar advancement flap to close a midline upper lip defect. *Dermatol Surg*. 2011;37(8):1159-62.
7. Webster JP. Crescentic peri-alar cheek excision for upper lip flap advancement with a short history of upper lip repair. *Plast Reconstr Surg*. 1955;16(6):434-64.
8. Griffin GR, Weber S, Baker SR. Outcomes following V-Y advancement flap reconstruction of large upper lip defects. *Arch Facial Plast Surg*. 2012;14(3):193-7.
9. Vasyukevich K, Zimble MS. O to Z reconstruction of central upper lip defect. *Dermatol Surg*. 2007;33(1):85-7; discussion 87-9.

PARTICIPAÇÃO NO ARTIGO:**Felipe Bochnia Cerci:**

Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados

Obtenção, análise e interpretação dos dados

Concepção e planejamento do estudo

Aprovação da versão final do manuscrito