



SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA

RECONSTRUÇÃO LABIAL: REVISÃO E ANÁLISE DE 41 CASOS
REALIZADOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

RIO DE JANEIRO
2018

SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA

RECONSTRUÇÃO LABIAL: REVISÃO E ANÁLISE DE 41 CASOS
REALIZADOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Trabalho de Conclusão de curso apresentado a
Residência Médica de Cirurgia Plástica do
Instituto Nacional de Câncer como requisito a
obtenção do Certificado de Conclusão do
Programa

Orientador: Dr. Márcio Arnaut Júnior

RIO DE JANEIRO
2018

RESUMO

Introdução: A reconstrução de lábio pós ressecção de tumores é um desafio para o cirurgião devido a natureza estética e funcional do lábio. Existem inúmeras possibilidades para reconstrução labial descritas na literatura, portanto, devemos individualizar cada caso para oferecer a melhor opção para cada paciente.

Método: Realizamos análise retrospectiva de 41 pacientes submetidos a reconstrução parcial ou total de lábio no Instituto Nacional de Câncer no período de março de 2015 a junho de 2017, nos aspectos clínicos e cirúrgicos. Revisamos os artigos referentes as opções de reconstrução já descritos na literatura.

Resultado: 21(51,2%) pacientes apresentaram tumor de lábio superior. Nove (21,9%) pacientes apresentaram acometimento de comissura labial associada. O carcinoma escamocelular foi o tipo histológico mais encontrado. O lábio superior foi o mais acometido. A complicação cirúrgica mais encontrada foram as bridas cicatriciais, bem resolvidas com refinamentos cirúrgicos.

Conclusão: Existem inúmeras possibilidades de reconstrução disponíveis, portanto devemos selecionar a melhor opção baseada no quadro clínico, disponibilidade de tecido nas áreas vizinhas e localização dos defeitos. Devemos acompanhar esses pacientes a longo prazo na tentativa de diagnóstico e tratamento precoce das lesões e assim, atingir melhores resultados estéticos e funcionais.

Palavras- chave: câncer de lábio; reconstrução de lábio; retalho de Abbè; defeitos labiais; ressecção labial.

ABSTRACT

Introduction: Lip reconstruction after tumor resection is a challenge because of the lip's nature: it is an aesthetic and functional structure. There are many possibilities described in the literature, so we have to individualize each case to choose the best option for different cases and patients.

Methods: Retrospective chart review of 41 patients who underwent partial or total lip reconstruction in National Cancer Institution- Brazil, between March 2015 and June 2017. Clinical and surgical aspects were considered. Literature review about lip reconstruction was also done.

Results: 21 (51,2%) patients had upper lip cancer. Nine (21,9%) patients had also commissure involved. Squamous cell was the most common histological type found. Scar contracture was the most common surgical complication but were all solved with simple surgical procedures.

Conclusion: There are many possibilities available described in the literature, so we must choose the best option based on clinical aspects, the location of the defect and possible local flaps. We must also follow up these patients to make initial diagnosis of new or relapse tumors, to get better aesthetic and functional results.

Keywords: lip cancer; lip reconstruction; Abbè flap; lip defects; lip resection.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Reconstrução parcial de lábio superior com retalhos locais combinados	10
Figura 2. Reconstrução total de lábio superior com uso de retalhos locais combinados	11
Figura 3. Reconstrução parcial de defeito em lábio superior com retalho de Abbè	12
Figura 4. Reconstrução total de lábio inferior com retalho de Karapandzik bilateral	13
Figura 5. Refinamentos cirúrgicos seriados de retalho microcirúrgico.....	14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Histologia e localização	4
Tabela 2. Distribuição dos tumores por localização	5
Tabela 3. Localização do defeito e reconstrução realizada	6
Tabela 4. Complicações e conduta adotada	7

SUMÁRIO

•	INTRODUÇÃO	1
•	OBJETIVO	2
•	MATERIAL E MÉTODO	3
•	RESULTADO	4
•	DISCUSSÃO	8
•	CONCLUSÃO	15
•	REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

O câncer de lábio é o câncer de cabeça e pescoço mais comum, excluindo-se o câncer de pele não melanocítico, e apesar de ser uma lesão em local exposto, muitas vezes é confundido com lesões benignas ou acaba sendo negligenciado pelo próprio paciente, resultando em diagnóstico tardio e consequentemente grande prejuízo estético e funcional quando tratado. A reconstrução labial pós ressecção tumoral é um desafio para o cirurgião, por ser o lábio uma unidade estética fundamental na harmonia da face e funcionalmente ser responsável por funções importantes como fala e alimentação.

Nesse artigo revisamos os aspectos clínicos e cirúrgicos dos pacientes submetidos a reconstruções parciais ou totais de lábio no serviço de cirurgia plástica do Instituto Nacional de Câncer e realizamos uma revisão bibliográfica das opções disponíveis para reconstrução descritas na literatura.

2 OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre as possibilidades de reconstrução labial e analisar na nossa casuística os dados cirúrgicos e clínicos dos pacientes submetidos a reconstrução labial, além de identificar no seguimento desses pacientes, o percentual de recidiva e consequentemente novas intervenções necessárias, comparando nossos dados com os dados disponíveis na literatura.

3 MATERIAL E MÉTODO

Os dados analisados foram obtidos de forma retrospectiva através de revisão de prontuário. Todos os pacientes foram atendidos, acompanhados e operados no Instituto Nacional de Câncer pela equipe da cirurgia plástica. Foram incluídos pacientes submetidos a reconstrução parcial ou total de lábio após ressecção de lesões benignas ou malignas de cavidade oral(que afeta lábio e interior da boca) no período de março de 2015 a junho de 2017 (27 meses). Foram excluídos pacientes submetidos a reconstrução com síntese primária e aqueles que perderam o seguimento ambulatorial.

4 RESULTADOS

Um total de 41 pacientes (25 mulheres e 16 homens) foi incluído no estudo. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe de cirurgia plástica. A idade dos pacientes variou de 12 a 88 anos (média de 60,2 anos). A histologia das lesões está listada na tabela 1, a maioria ocorrendo no lábio superior. A apresentação clínica mais comum foi uma lesão ulcerada crônica, de difícil cicatrização acompanhada de sangramento esporádico. O tabagismo estava presente em 14,6% dos casos. Todas as peças foram analisadas no intraoperatório por congelação, com ampliação de ressecção até que o resultado identificasse margens livres de tumor. A maioria dos defeitos gerados se localizavam no lábio superior e 21,9% envolviam a comissura labial(tabela 2). As reconstruções realizadas de acordo com a localização do defeito foram resumidas na tabela 3. O índice de complicações está detalhado na tabela 4. Separamos as complicações que ocorreram até 30 dias de pós operatório em precoces (deiscência de sutura, infecção de ferida operatória, sangramento que necessitasse de reabordagem cirúrgica, perda do retalho que necessitasse de debridamento) e após esse período em tardias (microstomia, bridas aderenciais, incontinência oral, insatisfação estética ou outras queixas dos pacientes), sendo que as precoces representaram 16,6% (2 pacientes) do total de complicações, e as tardias 83,3%. Não houve necrose ou perda de retalho que demandasse debridamento ou intervenção cirúrgica. Oito pacientes (19,5%) queixaram-se de dificuldades funcionais (limitação na abertura da boca) e foram reabordados cirurgicamente para refinamentos. Quatro (9,7%) pacientes foram reabordados por recidiva local ou por novos tumores, diagnosticados em média 27 meses após a primeira abordagem. Os pacientes que foram submetidos a reconstrução com retalho de Abbè, foram submetidos a liberação do pedículo e refinamento do retalho em média 30,5 dias após a primeira abordagem.

Tabela 1
Histologia e localização

Histologia	Lábio superior	Lábio inferior	Total
CEC	8	12	20
CBC	11	3	14
Neurofibroma	1	0	1
Outros tumores (não primários de lábio*)	1	5	6
Total	21	20	41

* Tumores ósseos de mandíbula com extensão para lábios: osteossarcoma osteoblástico, linfangioma, ameloblastoma de mandíbula.

Tabela 2
Distribuição dos tumores por localização

Defeito	Lábio Superior	Lábio Inferior	Total
Central	7	13	20
Lateral- não acometendo comissura	7	2	9
Lateral- acometendo comissura	6	3	9
Extensão total	2	1	3
Total	22	19	41

Tabela 3
Localização do defeito e reconstrução realizada

Localização do defeito	Reconstrução realizada
Central	Retalho Microcirúrgico Retalho de Abbe (6) Retalho de Abbe + avanço (2) Retalho de avanço de lábio sobrejacente (3) Retalho de avanço em VY Retalho de rotação Retalho de avanço em VY + avanço de mucosa (2) Retalho de Karapandzic bilateral (2) Retalho de Karapandzic + Abbe Retalho de músculo peitoral maior
Lateral- não acometendo comissura	Retalho Microcirúrgico Retalho de Abbe (2) Retalho de Transposição Retalho de avanço em W do mento Retalho de avanço em VY Retalho de avanço de lábio superior Retalho nasogeneano unilateral Retalho de avanço unilateral com ressecção de crescente alar
Lateral- acometendo comissura	Retalho Microcirúrgico (2) Retalho nasogeneano unilateral (2) Retalho de avanço VY (2) Retalho de avanço VY + avanço de mucosa Retalho de Abbe- Estlander Retalho de Abbe- Estlander + rotação
Extensão total	Lábio superior: - VY bilateral de região labiomentual (2) Lábio inferior: - Retalho microcirúrgico

Tabela 4
Complicações e conduta adotada

Complicação	Tipo de complicação	Total (em nº de pacientes)	Conduta
Precoce	Infecção de ferida operatória	2	Antibioticoterapia oral
Tardia	Microstomia	2	Zetaplastia Comissuroplastia
	Incontinência oral	1	Aguarda reabordagem por recidiva local
	Bridas cicatriciais	6	Refinamentos de retalho
	Granuloma de fio	1	Ressecção cirúrgica

5 DISCUSSÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2016 foram diagnosticados 15.490 novos casos de câncer de cavidade oral, sendo a maioria diagnosticados em homens (71,9%). No ano de 2013, o câncer de cavidade oral foi responsável por 5.401 mortes¹. Seu principal fator de risco é o tabagismo (presente em mais de 90% dos casos), mas podemos citar outros como: exposição solar, idade (acima dos 60 anos), fototipo (pele clara), etilismo, HPV, entre outros. O carcinoma espinocelular é responsável por mais de 90% dos casos, seguido pelo carcinoma basocelular, e geralmente se apresenta como uma ulcera crônica que não cicatriza², condizente com os dados estatísticos do nosso serviço.

O lábio é uma estrutura que possui papel importante do ponto de vista estético e funcional, desempenhando funções importantes como alimentação e fala. O lábio inferior, mais envolvido no mecanismo de continência oral, também é o mais acometido por tumores ou traumas. Por ser uma estrutura trilaminar composta de pele, músculos e mucosa, é difícil de ser mimetizada. Os tumores diagnosticados ainda em fases iniciais podem ser tratados tanto com cirurgia quanto com radioterapia com resultados de recidiva e cura similares descritos pela literatura, mas devido ao pior resultado estético da radiação, a cirurgia acaba sendo a principal opção de tratamento².

O objetivo da reconstrução labial é preservar sua função, sensibilidade e competência oral. Quando nos deparamos com um defeito labial, devemos recorrer sempre que possível as opções mais simples e menos mórbidas, mas se for necessário o uso de retalhos, sua escolha dependerá de fatores como localização, tamanho do defeito e área doadora vizinha disponível.

Em geral, defeitos que acometem menos de 30% da extensão labial são facilmente reparados com sutura primária, sem grandes distorções. A base da reconstrução labial para defeitos maiores que 30% da extensão total do lábio são os retalhos locais³ (Figura 1 e 2). Dentre as opções de retalhos disponíveis, defeitos labiais parciais que acometem até 2/3 do lábio, incluindo região de comissura (Estlander, 1872⁴), podem ser reconstruídos com o retalho de Abbè^{5,6}. Esse retalho é muito utilizado por ter vascularização constante e ser funcional, além de ter bons resultados estéticos⁷ (Figura 3). Em defeitos maiores que 2/3 de extensão, a reconstrução se torna um desafio ainda maior, e pode demandar o uso de retalhos combinados, como Abbè + Karapandzik, conseguindo bons resultados em defeitos de até 80% de extensão⁸. Esse último retalho, descrito em 1974, é usado principalmente em defeitos centrais, mas pode ser adaptado para defeitos laterais e até mesmo naqueles que acometem comissura labial^{2,9} (Figura 4). Apesar de poder resultar em microstomia e na perda do sulco gengivobucal, é uma boa opção de reconstrução de grandes defeitos labiais por preservar a inervação muscular e ter pedículo vascular seguro. O retalho de Webster Bernard é outro retalho que possui as mesmas desvantagens do retalho descrito por Karapandzik e somado a isso, por ser um retalho denervado e acarretar cicatrizes adicionais na região das bochechas, é menos utilizado¹⁰.

Muitas vezes o uso de retalhos locais não é factível devido a insuficiência de área doadora quando os defeitos são muito extensos, devido a grande distorção facial resultante ou a fatores intrínsecos do paciente como idade ou raça (ex. pacientes jovens com pouco excesso cutâneo e paciente negros que tendem a desenvolver cicatrizes patológicas). Nesses casos podemos recorrer aos retalhos microcirúrgicos, que apesar serem mais mórbidos, exigirem maior tempo cirúrgico e terem resultados estéticos mais pobres quando comparados aos retalhos locais, muitas vezes são as únicas opções disponíveis. Exemplo disso podemos citar pacientes com defeito total do lábio ou naqueles onde os tecidos de vizinhança foram submetidos a radioterapia¹¹(Figura 5). Dentre as opções, são usados os retalhos livres denervados de radial, ulnar e anterolateral da coxa. O retalho de músculo gracilis inervado, inicialmente descrito por Burt et al em 2000, estimulou a procura de outras opções de retalhos funcionais, e hoje já encontramos na literatura reconstruções realizadas com músculo serrátil anterior com bons resultados funcionais e estéticos ^{11,12,13}. Observamos assim que existem infindáveis opções de reconstrução labial descritas na literatura, e portanto, nenhuma considerada como opção ideal ou primeira escolha. Devemos individualizar cada caso e oferecer a melhor opção para cada paciente, dentre as tantas disponíveis.



Figura 1. Fechamento de defeito labial superior com uso de retalhos locais combinados. Em sentido horário: registro pré- operatório de ressecção de carcinoma basocelular; registro intra operatório do defeito gerado atingindo quase 100% do lábio superior + comissura labial esquerda + 20% do lábio inferior; registro de 1º dia de pós operatório; resultado tardio.



Figura 2: Fechamento de defeito labial superior com uso de retalhos locais combinados: reconstrução total de lábio superior com retalhos bilaterais em VY + avanço de hemiface direita para fechamento de área doadora.



Figura 3. Paciente submetida a reconstrução labial superior com retalho de Abbè. Em sentido horário: ressecção de carcinoma epidermóide em lábio inferior; defeito labial inferior de aproximadamente 80% de extensão; marcação do retalho de Abbè para fechamento; pré operatório de secção do pedículo vascular do retalho; registro intraoperatório de abertura de boca satisfatória após procedimento.



Figura 4. Em sentido horário: pré operatório de ressecção de carcinoma epidermóide em região labial inferior; defeito labial inferior > 80% da extensão do lábio; registro intraoperatório e pós operatório imediato do retalho bilateral de Karapandzic finalizado; resultado tardio, com boa abertura da boca.



Figura 5. Reconstrução de hemiface direita associada a defeito labial superior >50% com retalho microcirúrgico musculocutâneo de reto abdominal. Da esquerda para direita, sequência de refinamentos de retalho.

6 CONCLUSÃO

O lábio é uma estrutura difícil de ser mimetizada esteticamente e funcionalmente, portanto, quando uma lesão é diagnosticada precocemente, sua ressecção e reconstrução podem ser feitas de forma mais conservadora gerando melhores resultados. Nos casos de lesões maiores, devemos individualizar cada caso para escolher a melhor opção de retalho baseado no defeito e nas características individuais de cada paciente. Por fim, é importante acompanharmos esses pacientes a longo prazo, uma vez que a recidiva e o aparecimento de novas lesões são frequentes.

REFERÊNCIAS

www.inca.gov.br- Incidência dos tumores de cavidade oral- Estimativa 2016.

O. G. Oseni e cols. Total Reconstruction of the Upper Lip Using Bilateral Nasolabial Flaps, Submental Flap, and Mucosa Graft following Complete Resection for Squamous Cell Carcinoma. *Case Reports in Surgery*. Volume 2015, Article ID 782151.

C. Kerawala, T. Roques, J.P. Jeannon et al. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology* (2016), 130 (Suppl. S2), S83–S89.

Estlander, J.A.- A method of reconstructing loss of substance in one lip for the other lip. *Plastic and reconstructive surgery*, october 1968.

Abbe, R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Plastic and reconstructive surgery*, november, 1968.

Agostini T. The Sabattini-Abbe flap: a historical note. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 123(2):767. author reply –8. PubMed PMID: 19182649. Epub 2009/02/03. eng.

El Ahmed.H. e cols. Lower lip reconstruction using a skin-mucosa Abbe-Estlander ap after squamous cell carcinoma excision. *An Bras Dermatol*. 2017;92(2):260-2.

Filimon et al. The use of a modified abbé island flap to reconstruct primary lip defects of over 80 %. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* (2016) 45:35

T.A. Teemul et al. / The versatility of the Karapandzic flap: A review of 65 cases with patient-reported outcomes. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 45 (2017) 325 e 329.

Langstein, H. Lip and perioral reconstruction. *Clin Plastic Surg*, 32 (2005)431-445.

A. O. Gundeslioglu .Lip reconstruction using a functioning serratus anterior free flap: preliminary study . *Int J Oral Maxillofac Surg* (2017)

Sacak B, Gurunluoglu R. The innervated gracilis muscle for microsurgical functional lip reconstruction: review of the literature. *Ann Plast Surg* 2013;72:204–9. <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e3182920c99>.

Langstein HN, Robb GL. Lip and perioral reconstruction. *Clin Plast Surg* 2005;32: 431–5.