

Retalho de Karapandzic, uma Possível Solução para um Caso de Carcinoma Espinhocelular Avançado do Lábio

João Mendes-Abreu MD, MSc¹; Miguel Pinto-Gouveia MD, MSc²; Ana Brinca MD, MSc²; Ricardo Vieira MD, PhD^{2,3}

¹Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO – O carcinoma espinhocelular cutâneo é uma neoplasia cutânea não melanocítica, potencialmente fatal, que resulta da proliferação descontrolada dos queratinócitos. Predominante na cabeça e pescoço, esta surge preferencialmente em zonas expostas ao sol. O diagnóstico tem por base a apresentação clínica da lesão, corroborado com o auxílio da dermatoscopia, necessitando, porém, da confirmação histológica.

Este trabalho reporta o caso de um homem de 71 anos referenciado por lesão do lábio inferior, hiperqueratósica e infiltrativa, sugestiva de carcinoma espinhocelular cutâneo. Confirmado a suspeita procedeu-se à excisão radical da lesão, cujo defeito resultante ocupava 70% do comprimento do lábio inferior na sua porção mediana, em espessura total, tendo-se recorrido à reconstrução com recurso aos retalhos de deslizamento e rotação descritos por Karapandzic. O resultado final caracterizou-se por cicatrizes a preencherem os sulcos fisiológicos e pela manutenção da continência oral, bem como da sensibilidade e mobilidade labiais.

PALAVRAS-CHAVE – Neoplasias do Lábio; Carcinoma Espinhocelular; Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos; Retalhos Cirúrgicos.

Karapandzic Flap, a Possible Solution to a Case of Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Lip

ABSTRACT – Cutaneous squamous cell carcinoma is a potentially fatal non-melanocytic skin cancer, which results from the uncontrolled proliferation of keratinocytes. Predominant in the head and neck, it's intimately connected to sun exposed areas. The diagnosis is based on the clinical presentation of the lesion, supported with the assistance of dermoscopy, needing, however, histological confirmation.

This paper reports the case of a 71 year old male evaluated for a hyperkeratotic and infiltrative lower lip injury, suggestive of squamous cell carcinoma. After confirming the suspicion we proceeded with the radical excision of the lesion, whose resulting defect occupied 70% of the lower lip length in its middle portion, reaching its total thickness, and immediate reconstruction using Karapandzic's sliding and rotating flap technique. The end result was characterized by scarring concealed in the physiological grooves and the maintenance of oral continence as well as the sensitivity and lip mobility.

KEY-WORDS – Lip Neoplasms; Carcinoma, Squamous Cell; Reconstructive Surgical Procedures; Surgical Flaps.

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinhocelular cutâneo (CEC) é uma neoplasia maligna potencialmente fatal, predominante na cabeça e pescoço, sendo o lábio inferior uma localização comum.^{1,2} O CEC do lábio afeta principalmente adultos de raça caucasiana sujeitos a dose cumulativa elevada de radiação solar,

registando-se um aumento da sua incidência ao longo das últimas décadas.^{1,3,4} Além da exposição solar, a infeção por vírus do papiloma humano, o consumo de álcool, o tabagismo, a inflamação crónica, a imunossupressão, e síndromes genéticas como albinismo e xeroderma pigmentoso constituem igualmente fatores de risco.^{1,4,5}

Correspondência: João Rui Abade Mendes de Abreu
Rua Francisco Sá Carneiro N°140 3º Frente - 3000-194 Coimbra, Portugal
Tel.: +351 91 555 68 21
E-mail: jruiabreu@gmail.com

Recebido/Received
4 Abril/4 April 2016
Aceite/Accepted
16 Maio/16 May 2016

Dermatologia Cirúrgica

A excisão cirúrgica constitui a opção terapêutica de primeira linha. Podem, no entanto, ser equacionados outros métodos, eventualmente úteis quando aplicados a casos devidamente selecionados: criocirurgia, aplicação tópica de imiquimod, laser ablativo, radioterapia e/ou quimioterapia. A reconstrução labial que a excisão do tumor exige representa, porém, um desafio técnico de elevada complexidade, em particular quando se encaram defeitos de grande dimensão (englobando mais de 25% da extensão do lábio). Neste contexto, a técnica de Karapandzic, é uma das opções mais versáteis, permitindo resultados cosméticos aceitáveis e preservação funcional.⁶⁻¹⁰

CASO CLÍNICO

Este trabalho reporta o caso de um homem de 71 anos referenciado por lesão do lábio inferior, ao nível da porção central e esquerda do vermelhão, hiperqueratósica, infiltrativa, com 3,5 cm de maior eixo e 1 ano de evolução, sugestiva de CEC (Fig. 1). Não eram palpáveis adenopatias regionais. Como antecedentes e fatores de risco, apresentava uma carga tabágica de 20 cigarros/dia, presente durante um período de 25 anos, acompanhada de hábitos etílicos superiores a 0,096 kg álcool/dia, desde a adolescência, altura durante a qual iniciou a sua atividade profissional como operário da construção civil.



Figura 1 - Lesão do Lábio Inferior sugestiva de carcinoma espinhócelular cutâneo.

A análise histológica de biópsia incisional confirmou CEC pelo que, dadas as dimensões, se procedeu à excisão radical da lesão sob anestesia geral. O defeito resultante envolvia 70% do comprimento do lábio inferior na sua porção mediana, em espessura total, (Fig. 2) tendo-se recorrido à reconstrução com recurso aos retalhos de deslizamento e rotação descritos por Karapandzic. Realizaram-se, assim, incisões periorais bilaterais, desde o bordo inferior do defeito cirúrgico até à proximidade da asa do nariz, seguindo



Figura 2 - Defeito resultante após excisão radical da lesão.



Figura 3 - Mobilização do retalho mio-cutâneo com exposição do pedículo.

os sulcos mentolabiais e nasolabiais, possibilitando a libertação e do músculo orbicular e disseção das estruturas vasculonervosas adjacentes (Fig. 3), de modo a permitir o encerramento da deformidade, preservando as funções motoras e sensitivas labiais. O resultado final caracterizou-se por cicatrizes a preencherem os sulcos fisiológicos e pela manutenção da continência oral, bem como da sensibilidade e mobilidade labiais, embora com uma ligeira assimetria e microstomia sem impacto funcional (Fig. 4).

A análise da peça operatória atestou o diagnóstico inicial de CEC moderadamente diferenciado, confirmando ainda margens livres de tumor (pT2NxMx), mantendo-se o doente sem sinais de recidiva ou metastização locoregional após o primeiro ano de seguimento.

CONCLUSÃO

Concluímos assim que o CEC é uma neoplasia cutânea não melanocítica que resulta da proliferação descontrolada



Figura 4 - Avaliação morfológica e funcional pós operatória.

dos queratinócitos, surgindo preferencialmente em zonas expostas ao sol, como os lábios, e numa população com elevados índices de tabagismo e alcoolismo.¹⁻⁵

O diagnóstico tem por base a apresentação clínica da lesão, idealmente através da dermatoscopia, necessitando, porém, da avaliação histológica para a definição do mesmo. O recurso a exames imagiológicos para despiste de invasão local ou à distância está, também, indicado em casos avançados, de modo a permitir o seu estadiamento e orientação.^{10,11}

Quanto ao tratamento, embora o elevado número de hipóteses terapêuticas ao dispor, a excisão cirúrgica continua a ser a primeira escolha, apresentando-se o retalho de Karapandzic como uma opção válida para a reconstrução de grandes defeitos labiais, nomeadamente aqueles que ocupam 1/3 a 2/3 do comprimento do lábio inferior. As principais vantagens inerentes a esta técnica são, assim, a preservação da mobilidade e sensibilidade do lábio inferior, a preservação da continência oral, bem como a possibilidade de realização sob anestesia locorregional. Já técnicas como a excisão em cunha ou o retalho de Bernard-Burrow-Webster poderão ser utilizadas, respetivamente, para deformidades menores ou maiores.^{6-10,12,13} Todavia, pontualmente, sequelas como microstomia ou deformação das comissuras serão expectáveis, as quais poderão obrigar à realização de uma comissuroplastia de correção, sempre que as mesmas tenham um impacto funcional importante na vida do doente.

Relativamente ao prognóstico, apesar de correlacionado com determinantes como a eliminação dos fatores de risco, tamanho, estadio ao diagnóstico ou margens de ressecção livres, poucos são os estudos que abordam a temática do CEC do lábio de uma maneira individual, comumente incluindo esta patologia no grupo das neoplasias da cavidade oral.¹⁴ Contudo, aqueles que o fazem apresentam resultados bastante satisfatórios, sempre que o diagnóstico e tratamento ocorra numa fase inicial, com relatos de uma sobrevida média de 95 a 98% aos 5 anos.^{2,15}

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. **Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa. **Confidencialidade dos dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. **Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship. **Confidentiality of data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

REFERÊNCIAS

1. English DR, Armstrong BK, Kricger A, Winter MG, Heenan PJ, Randell PL. Demographic characteristics, pigmentary and cutaneous risk factors for squamous cell carcinoma of the skin: a case-control study. *Int J Cancer*. 1998; 76:628-34.
2. Abreu LPS, Kruger E, Tennant M. Lip cancer in Western Australia, 1982-2006: A 25-year retrospective epidemiological study. *Aust Dent J*. 2009; 54:130-5.
3. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2001; 344:975-83.
4. Lingen M, Pinto A, Mendes R, Franchini R, Czerninski R, Tilakaratne W, et al. Genetics/epigenetics of oral premalignancy: Current status and future research. *Oral Dis*. 2011; 17(suppl. 1):7-22.
5. Brash DE, Rudolph J, Simon J, Lin A, McKenna GJ, Baden HP, et al. A role for sunlight in skin cancer: UV-induced p53 mutations in squamous cell carcinoma. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1991; 88:10124-8.
6. Papadopoulos O, Konofaos P, Tsantoulas Z, Christodimidis C, Frangoulis M, Karakitsos P. Lip defects due to tumor excision: Apropos of 899 cases. *Oral Oncol*. 2007; 43:204-12.
7. Galyon SW, Frodel JL. Lip and perioral defects. *Otolaryngol Clin North Am*. 2001; 34:647.
8. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M. Surgical Management of Squamous Cell Carcinoma of the Lip: Analysis of a 10-Year Experience in 223 Patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65:675-9.
9. Moretti A, Vitullo F, Augurio A, Pacella A, Croce A. Surgical management of lip cancer. 2011; 31:5-10.
10. Morton C, Birnie J, Eedy DJ. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease) 2014. *Br J Dermatol*. 2014; 170:245-60.
11. Warner CL, Cockerell CJ. The new seventh edition American joint committee on cancer staging of cutaneous non-melanoma skin cancer: A critical review. *Am J Clin Dermatol*. 2011; 12:147-54.
12. Brinca A, Andrade P, Vieira R, Figueiredo A. Karapandzic flap and Bernard-Burrow-Webster flap for reconstruction of the lower lip. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(4 Suppl 1):S156-9.

Dermatologia Cirúrgica

13. Pirgousis P, Fernandes R. Reconstruction of subtotal defects of the lower lip: A review of current techniques and a proposed modification. *J Oral Maxillofac Surg.* ; 2011; 69:295-9.
14. Massano J, Regateiro FS, Januário G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 102:67-76.
15. Veness MJ, Colin O, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. *Australas Radiol.* 2001; 45:195-9.