

RETALHO DE KARAPANDZIC E RETALHO DE BERNARD-BURROW-WEBSTER NA RECONSTRUÇÃO DO LÁBIO INFERIOR

Ana Brinca, P. Andrade, Ricardo Vieira, Américo Figueiredo
Serviço de Dermatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE

RESUMO – O carcinoma espinhocelular é a neoplasia maligna mais frequente dos lábios, e em cerca de 90% dos casos localiza-se no lábio inferior, devido à maior exposição cumulativa à radiação ultravioleta. Os autores apresentam duas técnicas cirúrgicas para a reconstrução de grandes defeitos do lábio inferior, resultantes da excisão cirúrgica tumoral, exemplificando-as e comparando-as através de dois casos clínicos.

PALAVRAS-CHAVE – Carcinoma espinhocelular do lábio; Retalho de Karapandzic; Retalho de Bernard-Burrow-Webster.

KARAPANDZIC FLAP AND BERNARD-BURROW-WEBSTER FLAP FOR RECONSTRUCTION OF LOWER LIP

ABSTRACT – Squamous cell carcinoma is the most common malignant neoplasm of the lips, and in about 90% of cases it's located in the lower lip due to the higher cumulative exposure to ultraviolet radiation. The authors present two surgical techniques for reconstruction of large lower lip defects, resulting from tumor surgical excision, exemplifying and comparing them with two clinical cases.

KEY-WORDS – Squamous cell carcinoma of the lip; Karapandzic flap; Bernard-Burrow-Webster flap.

Correspondência:

Dr.^a Ana Brinca
Serviço de Dermatologia
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra
Tel.: 239400420
Fax: 239400490
E-mail: anabrinca@gmail.com

Dermatologia Cirúrgica

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinhocelular é a neoplasia maligna mais frequente dos lábios, localizando-se no lábio inferior em cerca de 90% dos casos, em virtude da maior exposição cumulativa à radiação ultravioleta, o principal factor etiopatogênico¹. Outros possíveis factores favorecedores são os hábitos tabágicos e alcoólicos, a imunossupressão e a infecção crónica pelo vírus papiloma humano. O tratamento de primeira linha é a excisão cirúrgica com margem livre adequada. Tendo em conta a importância funcional e estética dos lábios, a reconstrução dos defeitos resultantes constitui um desafio, estando descritos vários procedimentos reconstitutivos²⁻⁴ a seleccionar de acordo com a dimensão e localização do defeito, com as características específicas do doente (comorbilidades) e com a experiência do cirurgião.

Para pequenos tumores a abordagem cirúrgica é a preferida, já que permite bons resultados estéticos e funcionais, assim como a análise histológica da peça operatória, permitindo deste modo verificar se a exérese tumoral foi completa, ao contrário do tratamento com radioterapia. A técnica mais frequentemente realizada é a excisão em cunha, com encerramento directo, complementada ou não com vermelhectomia. No caso de tumores de maiores dimensões que após a excisão cirúrgica originam defeitos superiores a 50% do comprimento labial, outras técnicas são utilizadas, como os retalhos de Karapandzic⁵⁻⁷ e de Bernard-Burrow-Webster^{8,9}, os métodos utilizados pelos autores nos casos clínicos descritos, ambos referentes a defeitos criados

pela excisão de carcinomas espinhocelulares do lábio inferior, demonstraram bons resultados clínicos, funcionais e estéticos, revelando-se deste modo como boas opções terapêuticas.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Um homem de 57 anos, fumador desde os 7 anos, com uma carga tabágica de cerca de 40 unidades-maço-ano (UMA), com hábitos etílicos moderados e com mau estado dentário, apresentava uma placa infiltrada, com bordos irregulares, moderadamente definidos e um pouco elevados, com superfície erosivo-crostosa, medindo 2,5cm de maior eixo, ocupando o terço médio do *vermillion* labial inferior (Fig. 1). A lesão tinha 6 meses de evolução. Não eram palpáveis adenopatias regionais.

O diagnóstico clínico de carcinoma espinhocelular foi confirmado através de biopsia incisional.

O doente foi submetido a excisão radical da lesão, resultando um defeito mediano que ocupava cerca de 50% do comprimento do lábio inferior e que interessava a sua espessura total. Optou-se pela reconstrução através da técnica de Karapandzic, baseada em dois retalhos de deslizamento-rotação. A confecção destes retalhos consistiu na realização de incisões peri-orais bilaterais iniciadas nos bordos inferiores do defeito cirúrgico e prolongadas pelos sulcos mentolabiais e nasolabiais (Fig. 2). O músculo *orbicularis oris* foi libertado das estruturas neurovasculares lateralmente



Fig. 1 - 1º Caso: carcinoma espinhocelular do lábio inferior; 2º Caso: carcinoma espinhocelular do lábio inferior.

Dermatologia Cirúrgica



Fig. 2 - Defeito cirúrgico e planeamento do retalho de Karapandzic.

às comissuras, de modo a permitir a rotação de dois retalhos miocutâneos, preservando a sensibilidade e a mobilidade labiais (Fig. 3).

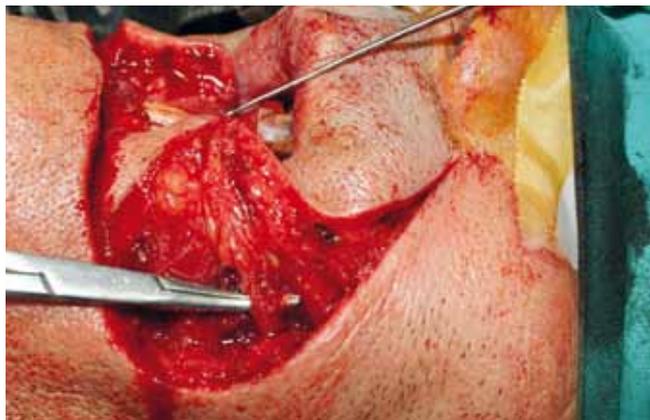


Fig. 3 - Preservação das estruturas neurovasculares.

Os retalhos foram deslizados medialmente, suturando-se a mucosa, o *orbicularis oris* e a pele em três planos sucessivos, permitindo a restauração da continuidade do *orbicularis oris*, e portanto, da continência do esfíncter oral.

O resultado estético e funcional foi satisfatório (Fig. 4), já que as suturas ocuparam os sulcos naturais, a continência oral foi preservada, bem como a sensibilidade e a mobilidade labiais. Condição, no entanto, uma ligeira microstomia (Fig. 4) sem impacto funcional.

O doente apresenta 3 anos de seguimento, sem sinais de recidiva local ou de metastização locorregional.



Fig. 4 - Dois anos pós-operatório: observa-se microstomia.

CASO 2

Um homem de 43 anos, fumador (35 UMA), com hábitos alcoólicos marcados, foi referenciado à consulta por um tumor com 3cm, ulcerado, localizado no terço médio do *vermillion* labial inferior, evoluindo desde há 7 meses (Fig. 1). A biópsia incisional revelou tratar-se de um carcinoma espinhocelular. Não eram palpáveis adenopatias regionais.

Da excisão radical da lesão resultou um defeito mediano que ocupava cerca de 60% do comprimento do lábio inferior e que interessava a sua espessura total. Optou-se, neste caso, por o defeito ser de maiores dimensões, pela reconstrução através da técnica de Bernard-Burrow-Webster, englobando a confecção de dois retalhos de deslizamento (Fig. 5). Realizaram-se incisões de espessura total lateralmente às comissuras, a curvar ligeiramente para cima, cada uma com cerca de metade do comprimento do defeito cirúrgico. Duas outras incisões menores foram realizadas a partir das extremidades inferiores do defeito cirúrgico, ao nível do sulco mentolabial, curvando-se ligeiramente para baixo (Fig. 5). Isto resultou em dois retalhos grosseiramente rectangulares que foram posteriormente suturados junto à linha média, por planos (mucosa, músculo, pele). Os triângulos de Burrow, colocados sobre os sulcos nasolabiais, foram excisados, preservando, no entanto, o plano mais profundo, mucoso, que foi suturado ao bordo superior do retalho miocutâneo para reconstruir o novo *vermillion*. Antes de excisar os bordos lateral e medial do triângulo mucoso, identificou-se o meato do canal de Stenon, evitando-se, deste modo, a sua lesão inadvertida (Fig. 5).

Dermatologia Cirúrgica



Fig. 5 - À esquerda: defeito cirúrgico e planeamento do retalho de Bernard-Burrow-Webster. À direita: identificação da papila parotídea, local de drenagem do canal de Stenon.

Observamos neste segundo caso uma retracção do lábio inferior como complicação do procedimento cirúrgico (Fig. 6).

Presentemente contamos com 4 anos de seguimento, mantendo-se o doente livre de doença, sem recidiva local ou metástases locorregionais.



Fig. 6 - 2 anos pós-operatório: observa-se retracção do lábio inferior e distorção das comissuras.

DISCUSSÃO

O retalho de Karapandzic⁵⁻⁷ e o retalho de Bernard-Burrow-Webster⁸⁻¹⁰ são duas das opções mais utilizadas para a reconstrução de grandes defeitos labiais, tendo a vantagem de serem métodos cirúrgicos de tempo

único. O retalho de Karapandzic é adequado para defeitos que ocupem desde 1/3 a 2/3 do comprimento do lábio inferior, dado que, no caso de defeitos maiores, a microstomia resultante condiciona este procedimento. Nos defeitos labiais totais ou subtotais, ao contrário da técnica precedente, o retalho de Bernard-Burrow-Webster mantém-se como uma boa opção reconstrutiva. Enquanto o retalho de Bernard-Burrow-Webster requer habitualmente anestesia geral, o retalho de Karapandzic pode eventualmente ser realizado sob anestesia locorregional.

O retalho de Karapandzic tem como principal virtude a preservação da mobilidade e sensibilidade do lábio inferior, bem como da continência oral. Contudo, pode condicionar microstomia¹¹ (que poderá obrigar a comissuroplastia correctiva, caso tenha um impacto importante na vida do doente, como nos que usam próteses dentárias) e distorção das comissuras orais. O retalho de Bernard-Burrow-Webster, apesar de não produzir microstomia, resulta habitualmente em alguma incontinência do esfíncter oral¹⁰, em particular nas comissuras. Além disso, pode condicionar uma retracção do lábio inferior em relação à posição esperada.

BIBLIOGRAFIA

1. Emil D, Ivica L, Miso V: Treatment of squamous cell carcinoma of the lip. Coll Antropol 32: 199-202 (2008).
2. George LC, Derrick TL, Brian BB: Current concepts in lip reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head

Dermatologia Cirúrgica

- Neck Surg 12: 281-7 (2004).
3. Neal DF, Ramsey A: Microvascular Free-Flap Reconstruction in the Head and Neck. *JAMA* 284: 1761-3 (2000).
 4. Lee P, Mountain R: Lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 8: 300-4 (2000).
 5. Karapandzic M: Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg* 27: 93-7 (1974).
 6. Ethunandan M, Macpherson DW, Santhanam V: Karapandzic flap for reconstruction of lip defects. *J Oral Maxillofac Surg* 65: 2512-7 (2007).
 7. Ducic Y, Athre R, Cochran CS: The split orbicularis myomucosal flap for lower lip reconstruction. *Arch Facial Plast Surg* 7: 347-52 (2005).
 8. Bernard C: Cancer de la levre inferieure: restauration a l'aide de lembeaux quadrilateraux-lateraux querison. *Scalpel* 5: 162-4 (1952).
 9. Williams EF 3rd, Setzen G, Mulvaney MJ: Modified Bernard-Burow cheek advancement and cross-lip flap for total lip reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 122: 1253-8 (1996).
 10. Konstantinovic VS: Refinement of the Fries and Webster modifications of the Bernard repair of the lower lip. *Br J Plast Surg* 49: 462-5 (1996).
 11. Closmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL: Reconstruction of perioral defects following resection for oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 64: 367-74 (2006).