

Reconstrução do Lábio Inferior com Retalho Nasolabial Miocutâneo Ilhado da Artéria Facial

Fernando Bray Beraldo* Décio Luís Portella de Campos**
Saad Salim Barhoum Farai*** Hamilton Aleardo Gonella****

RESUMO

Os autores relatam o caso de um paciente jovem (34 anos) com carcinoma espinocelular de lábio inferior. É descrita a técnica de reconstrução utilizando o retalho nasolabial miocutâneo ilhado da artéria facial. Fez-se, também, uma revisão bibliográfica sobre a técnica empregada e a anatomia da região.

Descritor: Retalho miocutâneo ilhado; artéria facial; reconstrução labial.

SUMMARY

The authors are relating a 34 years old young patient's case with spinocellular's carcinoma of lower lip. The reconstruction technique is described using the nasolabial myocutaneous island flap from the facial artery. Was done, as well, a bibliographical revision about the technique and the region's anatomy.

Key words: myocutaneous island flap; facial artery; labial reconstruction.

INTRODUÇÃO

O câncer do lábio inferior é uma das neoplasias mais freqüentes no setor de cabeça e pescoço. Representa 1,1% de todos os tumores malignos no homem e 25 a 30% de todos os tumores da cavidade bucal. Ocorre com maior incidência no sexo masculino, entre a quinta e a sétima décadas de vida. E, os indivíduos de cor branca e olhos claros são mais suscetíveis.^{1,2}

A única possibilidade de cura do câncer de lábio continua sendo a extirpação cirúrgica. Em geral esta cirurgia deixa seqüelas em uma região particularmente exposta, o que impõe sua reparação por motivos funcionais e estéticos, recuperando sua flexibilidade, amplitude dinâmica e coloração.^{3,4,5}

Na reconstrução dos lábios a flexibilidade só pode ser recuperada com a utilização de tecidos que possuem uma textura aproximada, sendo a dinâmica da região fundamental e, segundo Stricker, "no lábio mais que em qualquer outro local, a prioridade está no músculo".^{4,5}

A cobertura cutânea deve proporcionar uma coloração normal das diferentes subunidades estéticas. Tecnicamente isto é de grande complexidade, o que se pode notar pelo número de técnicas de reparação propostas na literatura, desde a ressecção em cunha até a reconstrução total com diversos retalhos. O retalho nasolabial tem sido relatado na reconstrução facial desde 600 a.C. pelo indiano Sushruta e foi primeiramente introduzido por Rose e Piggot na forma de retalho ilhado, arterializado, para facilitar a reconstrução de defeitos por perdas ou patologias intraorais, em áreas relativamente inacessíveis.^{6,7,8}

REVISÃO ANATÔMICA

A artéria facial origina-se da artéria carótida externa. O ponto de referência onde a artéria facial cruza a mandíbula é o sulco anterior do músculo masseter, repousando abaixo do músculo platisma. Ela percorre caminho tortuoso em direção à asa nasal sob os músculos zigomático maior e risório, passando superficialmente aos músculos bucinador e levantador do ângulo da boca e possuindo relação variável com o elevador do lábio superior. Desse modo, ascende até a base do nariz, denominando-se artéria angular e emitindo ramos perforantes para os músculos faciais em todo seu trajeto.^{6,9,10,11,12,13}

Seguindo o curso da artéria, encontramos a veia facial. Ela retorna assumindo um percurso mais retilíneo e posterior ao arterial, não apresentando a tortuosidade da artéria. A veia facial termina drenando na veia jugular interna.

MÉTODO

Deve-se identificar o trajeto da artéria facial (do mesmo lado a ser reconstruído o lábio) antes de iniciar o procedimento cirúrgico, que se inicia com a ressecção do tumor em forma retangular e respeitando uma margem de segurança cirúrgica de 1cm (Fig. 2). Desenha-se o retalho ilhado no sulco nasolabial, tendo a artéria facial como eixo de orientação. A marcação da margem inferior do desenho é localizada a 2cm acima da borda inferior da mandíbula. A forma e as medidas do retalho correspondem àquelas da região labial a ser reconstruída, mas a largura do retalho é limitada pela quantidade de pele disponível.



Fig. 2- Intra-operatório; ressecção retangular do tumor, com margem cirúrgica de 1 cm.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.8, n.1. p.21-23 2006

* Acadêmico do Curso de Medicina CCMB-PUC/SP.

** Residente em Cirurgia Geral CCMB/PUC-SP.

*** Residente em Cirurgia Plástica CCMB/PUC-SP.

**** Docente do Departamento de Cirurgia CCMB/PUC-SP.

Recebido em 13/10/05. Aceito para publicação em 10/02/06

A incisão é realizada na periferia da elipse de pele nasolabial previamente desenhada, deixando o retalho ilhado central (pediculado somente no feixe vascular - artéria e veia) e preservando os músculos zigomático e risório. O retalho é levantado incluindo pele, tecido celular subcutâneo, parte da musculatura facial superficial e mucosa. Então, é transposto ao sítio receptor através de um túnel subcutâneo. (fig.3a-b) Após seu encaixe na área a ser reconstruída, a mucosa da borda inferior do retalho é suturada à mucosa gengival. A borda do novo vermelhão é criada por sutura da mucosa à pele superior do retalho. Finalmente, realiza-se sutura meticulosa dos músculos lesados e pele. A área doadora é fechada diretamente em três camadas, tomando o cuidado de suturar os músculos zigomático e risório. Finalmente a pele é suturada, o que resulta na marca curvilínea do sulco nasolabial^{6,7,8,9,10,11,12} (fig.4a-b).



Fig. 3a Desenho ilustrativo da técnica do retalho miocutâneo ilhado da A facial.



Fig. 3b Intra-operatório; transpondo o retalho através de túnel subcutâneo.



Fig. 4a Desenho ilustrativo da sutura meticulosa do retalho; a área doadora é fechada diretamente.



Fig. 4b Pós-operatório imediato; sem assimetria facial.

RELATO DO CASO

J. A. G. , 34 anos, sexo masculino, branco, casado, natural e procedente do interior de São Paulo.

Consulta por lesão tumoral no lábio inferior, de quatro anos de evolução, e que se iniciou com uma úlcera que não cicatrizava; queixando-se de dor, sangramento fácil, dificuldade para alimentação, fala e higiene oral.

Ao exame físico apresentava lesão tumoral vegetante de 4cm x 2,5cm comprometendo o vermelhão e estendendo-se até 0,5cm na pele do lábio inferior. Não foi detectado comprometimento das cadeias ganglionares submandibulares ou cervicais (Fig.1).

O exame físico geral e dos sistemas não apresentava alterações; os exames laboratoriais e

complementares, também, estavam normais. Até o momento da consulta não havia procurado assistência médica. O paciente negou antecedentes clínicos, uso ou alergia a medicamentos e cirurgias anteriores. Fumante de aproximadamente 40 cigarros ao dia. Foi encaminhado para cirurgia, sendo utilizada anestesia geral.



Fig. 1 Pré-operatório; paciente de 34 anos, com carcinoma espinocelular do lábio inferior.

RESULTADOS

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, evoluindo com ótima cicatrização da ferida cirúrgica, obtendo-se margens de ressecção cirúrgica livres de neoplasia no estudo histopatológico, proporcionando conforto e grande satisfação à paciente, dado o excelente resultado estético e funcional (Fig. 5a-b).



Fig. 5a Pós-operatório de 3 meses. Ótima cicatrização da ferida cirúrgica, leve edema residual do retalho.



Fig. 5b Pós-operatório, com funcionalidade (retenção de líquidos e alimentos) satisfatória.

DISCUSSÃO

O câncer de lábio, como toda lesão maligna da pele, é comum em indivíduos com predisposição, especialmente quando expostos a elementos como a luz solar intensa. Além da luz ultravioleta, a influência do fumo pode estar envolvida. Entre fumantes de cachimbo, parece evidente que o traumatismo continuado e o calor sobre um mesmo local do lábio estão envolvidos no surgimento do carcinoma espinocelular. A literatura médica mostra índices de curabilidade excelentes com a ressecção cirúrgica da lesão, pois menos de 5% das lesões apresentam metástases para linfonodos regionais.^{1,2}

Contudo, após o tumor extirpado, a reconstrução ideal do lábio deve procurar tanto a reparação funcional quanto a necessidade estética. As dificuldades para obter este equilíbrio são evidenciadas por variadas técnicas propostas. Assim, em 1970, Dirlewanger contabilizou 75 técnicas cirúrgicas principais para a reconstrução labial, todas com a finalidade de devolver a forma e a função aos portadores de seqüelas labiais.

Desde 600 a.C. até hoje, o retalho nasolabial tem apresentado múltiplas variações para aumentar e melhorar sua aplicação. Em 1868, Thiersh passou um retalho da camada completa da bochecha através de uma incisão bucal para fechar um defeito palatino. Esser (1918) descreveu um retalho nasolabial de base inferior, que ele passou por um túnel, através do sulco nasolabial, para fechar uma fistula anterior do palato. Halle (1920), Schuchardt (1959) e Wallace (1966) apresentaram modificações do retalho descrito por Esser que consistiu, basicamente, em desepitelização da base antes de introduzir o retalho através da bochecha e fechar primariamente o defeito da área doadora. Da Silva (1964) passou um retalho nasolabial de base superior através da asa nasal para reconstrução da columela.^{6,7,8,9,11,12}

Neste caso apresentamos a utilização do retalho nasolabial miocutâneo ilhado da artéria facial, transposto por um túnel subcutâneo para reconstruir um defeito de 80% do lábio inferior, secundário à extirpação cirúrgica de carcinoma espinocelular que incluía toda a espessura do vermelhão e parte da pele (Fig.1). Por ser um paciente jovem, é muito importante que na reconstrução fique o mínimo de seqüelas estéticas, recuperando a função do lábio, mantendo a unidade músculo nervosa, reconstruindo o vermelhão e a bochecha em uma única etapa cirúrgica. Na escolha da técnica, consideramos o fato do procedimento ter inúmeras vantagens, como excelente suprimento sanguíneo e a possibilidade de se remover o retalho sem demora. O retalho existe na proximidade do defeito e a área doadora é fechada primariamente e com facilidade. Como a cicatriz está no sulco nasolabial, uma excelente estética é obtida. Não se observaram assimetrias faciais e a função da cinta muscular bucal permanece inalterada, com excelente retenção dos líquidos (Fig. 5a-b).

As desvantagens são mínimas, como o crescimento de cabelos sobre o retalho que pode ser um problema somente em alguns homens. Quando isto ocorre, a depilação é realizada facilmente em uma próxima etapa. Embora Piggot⁷ cite como desvantagem a espessura do retalho, na reconstrução do lábio isto não ocorre, pois esta é a mesma do lábio e a musculatura serve para reconstruir o músculo orbicular do lábio (parcialmente removido). Existe

edema residual, que pode ser severo e persistir por cerca de três meses. Há na literatura inúmeras técnicas cirúrgicas utilizadas para a reconstrução parcial ou total do lábio, que permitem um resultado funcional dentro do padrão de normalidade, porém estão longe de alcançar um resultado estético amplamente satisfatório.

Dessa maneira, todo paciente deve ser avaliado, diagnosticado e estudado de forma particular, a fim de se obter o melhor resultado possível, devolvendo aos pacientes uma estética aceitável e uma melhora na funcionalidade, principalmente na retenção de líquidos e alimentos. (Fig.5a-5b).

CONCLUSÃO

O câncer de lábio continua tendo como única possibilidade de cura a ressecção cirúrgica com margem de segurança, o que deixa defeitos parciais ou totais. A dificuldade na reconstrução estético-funcional é ilustrada pelo número de técnicas de reparação propostas, precisando de um ou mais tempos cirúrgicos.

Tratando-se nosso caso de um paciente jovem com pouco tecido vizinho para reconstrução, demos preferência para a técnica de reconstrução com retalho nasolabial miocutâneo ilhado da artéria facial (descrito na literatura principalmente para reconstrução de defeitos intraorais) pela facilidade de execução e bons resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murphy GF, Mihm MC Jr. A pele. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins patologia estrutural e funcional. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000: 1060-3.
2. Mendonça CAB, Kligerman J, Medeiros FAO. Câncer do lábio inferior. Rev Bras Cancerol. 1983; 29:2-6.
3. MacCarthy JG. Cirurgia plastica la cara II. Buenos Aires: Medica Panamericana, 1994:1111-39.
4. Stricker M. La commissure buccale: structure mouvante à géométrie variable. Ann Chir Plast. 1981; 26:131-6.
5. Stricker M, Chassagne JF, Meley M, Grunenwald J. Les lèvres, mutilations et réparation. Ann Chir Plast. 1981; 26:121-30.
6. Elliott RA Jr. Use of nasolabial skin flap to cover intraoral defects. Plast Reconstr Surg. 1976; 58:202-5.
7. Piggot TA, Logan AM, Knight SL, Milner RH. The facial artery island flap. Ann Plast Surg. 1987; 19:260-5.
8. Rose EH. One-stage arterialized nasolabial island flap for floor of mouth reconstruction. Ann Plast Surg. 1981; 6:71-5.
9. Georgiade NG, Mladick RA, Thorne FL. The nasolabial tunnel flap. Plast Reconstr Surg. 1969; 43:463-6.
10. Gonella HA, Zamorano CS, Enciso FRA, et al. Retalho miocutâneo ilhado da artéria facial para a reconstrução do lábio inferior. Rev Bras Cir. 1995; 85:227-30.
11. Millard DR Jr. A new use of the island flap in wide palate clefts. Plast Reconstr Surg. 1966; 38:330-5.
12. Meyer R, Abul Failat ASA. New concepts in lower lip reconstruction. Head Neck Surg. 1982; 4:240-5.
13. Moore KL. Anatomia orientada para a clínica. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994:603-7.