

CIRURGIA DO LÁBIO INFERIOR DESCRIÇÃO DE TÉCNICA E RELATO DE CASO

SURGERY OF THE LOWER LIP TECHNIQUE AND REPORT OF A CASE

José Rodrigues LAUREANO FILHO*
José Ricardo de Holanda VASCONCELLOS**
Emanuel DIAS de Oliveira e Silva***
Igor Batista CAMARGO****

Recebido em 24/11/2003
Aprovado em 12/04/2004

RESUMO

O lábio inferior é uma das regiões da face que é acometida por uma variedade de patologias de diferentes etiologias que vão desde lesões de origem auto-imune até neoplasias malignas diretamente relacionadas a hábitos dos pacientes. As modalidades de tratamento destas patologias têm sido estudadas e são praticadas por cirurgiões buco-maxilo-faciais e por cirurgiões de cabeça e pescoço os quais, frente a estas, poderão tratá-las de maneira conservadora ou radical. As abordagens conservadoras vão desde os aplainamentos por plastias até a excisão de lesões em cunha, enquanto as radicais correspondem às grandes ressecções com rotação de retalhos para reconstrução. O objetivo deste trabalho é o de descrever uma técnica cirúrgica aplicada ao lábio inferior bem como a descrição de um caso em que se procedeu ao aplainamento (plastia do vermelhão) do lábio através da modificação da técnica descrita.

DESCRITORES: lábio inferior, vermelhão, cirurgia.

ABSTRACT

The lower lip is one region of the face that is attack for a variety of pathologies from different etiologies that go since injuries of auto-immune matrix until cancer directly related the habits of the patients. The modalities of treatment of these pathologies have been studied and are practised by maxillofacial surgeons and for surgeons of head and neck which has freighted to these they will be able deals with them way conservative or radical. The boardings conservatives go since the removal of the vermilion with shaves until the removal of injuries in wedge and already the radicals correspond the great removals with flap rotation for reconstruction. The objective of this work is to describe an applied surgical technique to the lower lip as well as the description of a case where if the vermilion is removed through the modification of the described technique.

DESCRIPTORS: lower lip, vermilion, surgery.

* Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UNICAMP; Professor da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE.

** Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UPE; Professor da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE.

*** Professor da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE; Reitor da UPE.

**** Cirurgião-Dentista, Aluno do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE).

INTRODUÇÃO

A cirurgia dos lábios, sejam superiores ou inferiores, apresenta uma variedade de técnicas e procedimentos os quais têm a sua principal indicação no tratamento das diferentes patologias que acometem estas estruturas anatômicas. Já as lesões de origem traumática têm seu tratamento realizado com técnicas e procedimentos diferenciados, empregados pelo cirurgião plástico, no intuito de se corrigirem eventuais seqüelas.

Para que se compreenda a cirurgia dos lábios, faz-se necessário conhecer a sua anatomia. Rogers, Bekic (1997) relatam que Jean Darier conceituou e definiu o vermelhão dos lábios como sendo uma semi-mucosa. O lábio superior é formado pela fusão dos processos maxilares laterais e de um processo nasofrontal central. Esta fusão embrionária conduz à presença de uma massa central na linha média com dois segmentos maiores laterais. Por causa da separação dos segmentos laterais, as metástases contra laterais de cânceres no lábio superior são extremamente raras. Por outro lado, o lábio inferior é formado pela fusão de dois processos mandibulares laterais na linha média. Isto faz com que cânceres no lábio inferior tenham risco aumentado de metástases contra laterais no pescoço. O suprimento sangüíneo dos lábios é fornecido pelas artérias labial, superior e inferior, ramos da artéria facial em cada lado. As artérias labiais dão forma a um circuito em torno da cavidade bucal, fazendo com que as lesões na porção lateral do bordo recebam a fonte do sangue de suas regiões medial e lateral. A fonte sensorial na porção superficial da pele e do vermelhão do lábio superior e inferior é fornecida pela divisão maxilar e mandibular do nervo do trigêmeo, respectivamente. O controle muscular dos músculos orbiculares e dos elevadores e os depressores da comissura labial são fornecidos pelo nervo facial. A drenagem linfática dos lábios é bem definida e segue um caminho padrão previsível para a disseminação de metástases. As lesões de

aspecto lateral do lábio superior drenam primeiramente, aos nódulos bucais, periparotódeos abaixo da linha do corpo da mandíbula. Subseqüente a isto, as metástases nos nódulos linfáticos ocorre no nível I no triângulo submandibular e, então, na corrente jugular profunda (LARSON, 1967).

Em se tratando do lábio inferior, este apresenta diferentes tipos de lesões com etiologias diversas compreendendo patologias que vão desde tumores benignos e malignos até aquelas que têm origem auto-imune. A apresentação clínica de lesões no lábio é completamente caracterizada por ulcerações ou por lesões exofíticas em forma de couve ou, ainda, por lesões na beira do vermelhão com graus variando de infiltração da musculatura subjacente, de invasão da pele subjacente ou da mucosa labial. A lesão pode envolver uma parcela do lábio inferior, o lábio inteiro, a comissura da cavidade bucal ou os bordos superiores e inferiores. Estas características irão influenciar na seleção do tipo de tratamento, ou seja, da técnica a ser empregada (JORGENSEN; ELBROND; ANDERSON, 1973; BROWN, 1975; HELLER; SHAH, 1979; LUCE, 1986; FRIERSON; COOPER, 1986).

O objetivo do tratamento cirúrgico das lesões em lábio é a preservação da competência da cavidade bucal e da aparência estética bem como o controle em longo prazo das possíveis recidivas. Os tumores primários pequenos do lábio inferior ou superior podem ser bem controlados igualmente pela técnica de excisão cirúrgica simples. A excisão cirúrgica para uma lesão pequena é eficiente e não traz essencialmente nenhuma debilidade estética ou funcional. As lesões maiores requerem ressecções cirúrgicas com planejamento de reconstruções, mantendo, em mente, a aparência estética dos lábios, a competência da cavidade bucal e a preservação do nervo e da fonte sangüínea à musculatura restante nos bordos, para manter a expressão facial (McGREGOR, 1983).

Os procedimentos cirúrgicos indicados para o tratamento de lesões nos lábios inferiores são: 1)

técnica do aplainamento (Lip Shave); 2) técnica de excisão em V com ou sem aplainamento do vermelhão, 3) técnica de Karapandzic; 4) técnica de Estlander e 5) técnica de reconstrução com retalho de Bernard. A primeira se aplica nos casos de lesões superficiais que acometem mucosa e submucosa de todo o vermelhão, sem infiltrar na musculatura. A segunda está indicada para os casos em que uma grande lesão ocupa determinada parte do vermelhão e para tanto deve ser excisada em cunha ("V"). A terceira técnica se aplica nas situações em que 80% ou mais do lábio inferior são ressecadas em sua parte central, saindo das extremidades laterais, deixando as comissuras intactas. A quarta técnica é usada, quando 30% do lábio irá ser ressecada e pode ser substituída por um retalho doado no lábio superior. Por fim, a última técnica é aplicada nos casos de tumores malignos em que a ressecção irá deixar um grande defeito no leito operatório o qual necessita ser reconstruído com retalhos vascularizados.

Os fatores que afetam a seleção do tipo de tratamento e da técnica a ser empregada estão relacionados ao tumor e ao paciente. Quando indicado no início do desenvolvimento, as lesões superficiais pequenas são facilmente tratadas pela excisão cirúrgica simples, sendo efetiva como reparo preliminar. As lesões maiores requerem a preparação pré-operatória adequada em que o planejamento cirúrgico inclui o método de reconstrução mais apropriado ao defeito cirúrgico criado, ao volume e às características disponíveis dos tecidos do paciente. As lesões maiores com invasão da pele subjacente requerem uma ressecção ampla com reconstrução imediata, usando retalhos livres microvascularizados. O componente mais vital da reconstrução cirúrgica do lábio requer a restauração da competência da cavidade bucal, reconstrução das comissuras labiais para restaurar a expressão facial e preservação ou restauração do tamanho da abertura da cavidade bucal, para preservar a habilidade dos pacientes de

comer pela boca e de realizar um discurso bem articulado. Os fatores relacionados aos pacientes incluem a condição médica geral do paciente com relação à segurança da anestesia e do procedimento cirúrgico, particularmente, quando a ressecção e a reconstrução com enxertos livres são requeridas.

Conseqüentemente, na seleção da terapia inicial, os seguintes fatores devem ser considerados: 1) tamanho (T-estágio) da lesão preliminar; 2) extensão da ressecção do lábio necessária; 3) método de reconstrução 4) resultado estético e funcional antecipado da cirurgia reconstrutiva; 5) condição médica geral do paciente; 6) impacto em longo prazo da cirurgia como o tratamento inicial; 7) custo e conveniência do tratamento e conformidade do paciente (NAKAJIMA; YOSHIMURA; KAMI, 1984).

O objetivo deste trabalho é o de demonstrar como o cirurgião pode atuar no tratamento de lesões que acometem o lábio inferior através da descrição de uma técnica cirúrgica aplicada a esta região da face bem como a descrição de um caso em que se procedeu à plastia do lábio através da modificação dessa técnica descrita.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Técnica do aplainamento (Lip Shave)

Indicações

As indicações mais importantes para uma operação do tipo aplainamento do lábio inferior (lip shave) são para áreas de leucoplasia com queratoses e superficialmente invasivas ou ainda para carcinomas *in situ* (Fig. 1). A superfície inteira do vermelhão do lábio pode requerer a excisão por esta técnica. O procedimento cirúrgico provavelmente será bem sucedido, se as áreas doentes do bordo forem confinadas à superfície da membrana mucosa do vermelhão do lábio e não forem de uma natureza infiltrativa. As regiões superficiais, limitadas e pequenas da mucosa do vermelhão podem ser excisadas por um procedimento de aplainamento do bordo sob o

anestesia local. Entretanto os procedimentos extensivos de aplainamento do lábio requerem anestesia geral, para realizar uma ressecção cirúrgica satisfatória com reconstrução apropriada da beira do vermelhão que usa retalhos mucosos labiais bipediculados para a restauração da beira do vermelhão.



Figura 1 - Lesão com hiperqueratose superficial não infiltrativa

Passos da técnica

Para a realização da técnica, um procedimento extensivo de aplainamento do bordo com ressecção somente de um pouco de musculatura do bordo deve ser planejada. O procedimento cirúrgico é executado sob anestesia local com anestésicos contendo solução vasoconstrictora. A excisão adequada da beira do vermelhão deve ser executada em forma de bloco único (monobloco). As margens do defeito cirúrgico devem ser verificadas por seções de congelamento, para assegurar a adequada ressecção. Um defeito cirúrgico é mostrado na Fig. 2.



Figura 2 - Remoção superficial da lesão, mantendo a musculatura e as glândulas salivares

O passo seguinte compreende a mobilização de toda a mucosa do lábio inferior até o sulco gengivolabial em que uma incisão relaxante horizontal

é colocada agora no sulco gengivolabial (Fig. 3), mantendo-o unido, tendo, assim, sua fonte de sangue direta intacta para seus pedículos laterais. Com isso, a mucosa labial é inteiramente mobilizada por toda a extensão do lábio inferior na forma de um retalho bipediculado. Este retalho mucoso bipediculado é avançado agora anteriormente para cobrir externamente apropriadamente o defeito cirúrgico. Suturas absorvíveis interrompidas são usadas para aproximar a mucosa labial às margens cutâneas do defeito cirúrgico. O alinhamento exato da mucosa ao bordo restante do vermelhão é de vital importância, para restaurar a configuração anatômica do lábio inferior reconstruído (Fig. 4). O defeito mucoso no sulco gengivolabial, criado pelo avanço do retalho bipediculado, é deixado aberto para uma cicatrização por segunda intenção (FUGIMORI, 1980).



Figura 3 - Realização da incisão relaxante no fundo do sulco gengivolabial



Figura 4 - Sutura com fio absorvível racionando o retalho

RELATO DE CASO

O paciente P. V. S. S., sexo masculino, 12 anos de idade, leucoderma, procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE

– PE em setembro de 2003, com sua genitora, encaminhado pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Santo Amaro – Recife/PE, para que se procedesse a uma biópsia incisional de uma lesão ulcerada localizada no lábio inferior. No local do vermelhão do lábio, encontrava-se uma úlcera que compreendia cerca de 75% da sua extensão. O lábio encontrava-se edemaciado, e o paciente queixava-se de incômodos dolorosos durante a palpação e ao se alimentar. Não relatou nenhuma intervenção cirúrgica anterior na área. À ectoscopia, verificou-se uma discreta assimetria facial com o lábio inferior levemente evertido pela presença do edema (Fig. 5 e 6). Os nódulos linfáticos cervicais não se encontravam palpáveis.



Figura 5 - Visão geral do paciente durante exame clínico



Figura 6 - Visão aproximada da lesão ulcerada com edema no vermelhão do lábio

Realizou-se a biópsia incisional que obteve como diagnóstico uma doença auto-imune denominada queilite glandular (ROGER, BEKIC, 1997; NEVILLE, B.W. et al, 1998; STOOPLER et al., 2003; LEÃO et al., 2003). Assim o paciente foi encaminhado ao serviço de dermatologia no qual realizou, segundo Lederman (1994) e Reichat, Scheifele, Philipsen (2002) o tratamento com medicações antiinflamatórias à base de corticóides, tópicos e sistêmicas, durante 03 meses (Figs. 7, 8 e 9).



Figura 7 - Biópsia incisional com presença de glândulas salivares aumentadas de volume

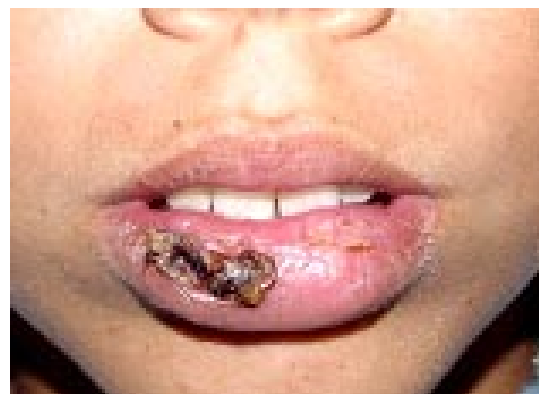


Figura 8 - Pós-operatório da biópsia incisional com presença de crosta sobre a sutura

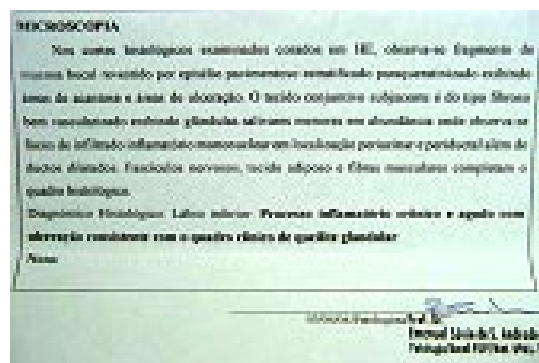


Figura 9 - Laudo histopatológico

Passado este período, o paciente retornou ao ambulatório de cirurgia da FOP, com uma discreta melhora do quadro (Fig. 10), com a solicitação da equipe de dermatologia para que se procedesse ao tratamento cirúrgico da lesão (SHAH et al. (1992); REICHAT, SHEIFELE, PHILIPSEN, 2002).



Figura 10 - Aspecto clínico após tratamento medicamentoso

Foi planejada e empreendida a plastia do lábio inferior pela remoção (aplainamento) da úlcera em toda a extensão do vermelhão em um único bloco (monobloco), com uma demarcação na linha média para facilitar o fechamento em cunha, mantendo-se a linha média, sem a necessidade da criação de retalhos pediculados.

Associada à retirada da lesão, foi feita a remoção do maior número possível de glândulas salivares menores na região do leito cirúrgico na intenção de se evitar recidiva, por se tratar de uma doença auto-imune com acometimento das glândulas salivares menores do lábio (Figs. 11, 12, 13 e 14).



Figura 11 - Infiltração anestésica com vasoconstrictor na região subcutânea



Figura 12 - Início da incisão em cunha a partir da linha para o lado direito



Figura 13 - Aspecto transoperatório após remoção da lesão e das glândulas salivares menores



Figura 14 - Sutura final com seda 3-0

O paciente encontra-se em preservação clínica trimestral de 3 meses em que, se necessário, irá se realizar um segundo tempo operatório (Figs. 15 e 16).



Figura 15 - Visão aproximada do vermelhão do lábio no pós-operatório de 3 meses



Figura 16 – Visão demonstrando resultado estético e funcional obtido.

OBS.: Os casos clínicos demonstrados nas figuras de 1 a 13 pertencem ao Atlas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em Cd-ROM de autoria do Dr. Jatin. P. SHAH, distribuído pela editora Mosby (1997)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no caso clínico exposto e pela técnica que foi descrita, conclui-se que as cirurgias do lábio inferior podem ser aplicadas pelo Cirurgião-Dentista clínico habilitado bem como devem ser de conhecimento dos especialistas em CTBMF, para que se tenham várias possibilidades de tratamento a serem propostas ao paciente, evitando-se assim mutilações aos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BROWN, R. G. et al. Advanced and recurrent squamous carcinoma of the lower lip. **Am J Surg**, v. 132, p. 492, 1975.
- 2 - FRIERSON, H. F., COOPER, P. H. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the lower lip. **Hum Path**, v. 17, p. 346-354, 1986.
- 3 - FUGIMORI, S. "Gate Flap" for the total reconstruction of the lower lip. **Br J Plast Surg**, v. 33, p. 340-345, 1980.
- 4 - HELLER, K. S.; SHAH, J. P. Carcinoma of the lip, **Am J Surg**, v. 238, p. 600-604, 1979.
- 5 - JORGENSEN, K.; ELBROND, O.; ANDERSON, A. P. Carcinoma of the lip. A series of 869 cases. **Acta Radiologica: therapy, physics, biology**, v. 12, p. 177-190, 1973.
- 6 - LARSON, D. L. et al. Lymphatics of the upper and lower lips. **Am J Surg**, v. 114, p. 525-529, 1967.
- 7 - LEÃO, J. C. et al. Cheilitis Glandularis: an unusual presentation in a patient with HIV infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 95, p. 142-144, 2003.
- 8 - LEDERMAN, D. A. Suppurative stomatitis glandularis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 78, p. 319-322, 1994.
- 9 - LUCE, E. A. Carcinoma of the lower lip. **Surg Clin North Am**, v. 66, p. 3-12, 1986.
- 10 - MCGREGOR, I. A. Reconstruction of the lower lip. **Br J Plast Surg**, v. 36, p. 40-47, 1983.
- 11 - NAKAJIMA, T.; YOSHIMURA, Y.; KAMI, T. Reconstruction of the lower lip with a fan shaped flap based on the facial artery. **Br J Plast Surg**, v. 37, p. 52-54, 1984.
- 12 - NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 711 p.
- 13 - REICHAT, P. A.; SHEIFELE, C. H; PHILIPSEN, H. P. Glandular cheilitis. 2 cases reports. **Mund Kiefer Gesichtschir**, v. 6, p. 266-270, 2002.
- 14 - ROGERS, R. S.; BEKIC, M. Diseases of the lip. **Semin Cutan Med Surg**, v. 16, p. 328-336, 1997.
- 15 - SHAH, J. S. et al. Cheiliis glandularis. **J Pierre Fauchard Acad**, v. 6, p. 103-106, 1992.

16 - STOOPLER, E. T. et al. Cheilitis glandularis:an unusual histopalogic presentation. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 95, p. 312-317, 2003.