

# RECONSTRUÇÃO LABIAL ATRAVÉS DE RETALHO PEDICULADO REGIONAL: RELATO DE CASOS

## LIP RECONSTRUCTION USING REGIONAL PEDICLE FLAP: CASE REPORTS

DANIEL FERREIRA DO NASCIMENTO<sup>1\*</sup>, ILKY POLLANSKY SILVA E FARIAS<sup>1</sup>, BRUNO LUIZ MENEZES DE SOUZA<sup>1</sup>, DIOGO DE OLIVEIRA SAMPAIO<sup>1</sup>, RAFAEL DE SOUSA CARVALHO SABÓIA<sup>1</sup>, DIOGO LUIZ BASTOS BRAINER<sup>2</sup>

1. Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE; 2 Cirurgião Buco-maxilo-facial e Staff do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE.

\* Hospital Regional do Agreste - BR 232, Km 130, Caruaru, Pernambuco, Brasil. CEP: 55030-400 [danielferreiran@hotmail.com](mailto:danielferreiran@hotmail.com)

Recebido em 24/07/2014. Aceito para publicação em 24/07/2014

### RESUMO

Os lábios são estruturas anatômicas de grande importância, seja do ponto de vista funcional ou estético. A reconstrução labial requer familiaridade com a anatomia local da superfície, sendo as etiologias dos defeitos labiais bem diversificadas, o que inclui as ressecções oncológicas, avulsões traumáticas, queimaduras e deformidades congênitas. Dessa forma, esse artigo tem como objetivo relatar dois casos clínicos de reconstrução labial após lesões traumáticas, sendo o primeiro caso de uma vítima de mordedura humana com avulsão de mais de 1/3 do lábio inferior, e o segundo caso de uma vítima de acidente motociclístico com perda de 2/3 de lábio inferior, ambos reconstruídos através de retalho pediculado de lábio superior, atingindo resultados satisfatórios. Portanto, o lábio inferior é uma região susceptível a traumas avulsivos e a rotação de retalho pediculado de lábio superior é uma alternativa viável do ponto de vista estético e funcional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reconstrução, lábio, trauma.

### ABSTRACT

The lips are important aesthetic and functional anatomical structures. Lip reconstruction requires familiarity with local anatomy. Etiological factors for lip defects are well diversified, including tumor resection, traumatic avulsion, burns and congenital deformities. This article aims to report two cases of lip reconstruction after traumatic avulsion. Case one is a human bite victim who had lost 1/3 of her lower lip and case two is a motorcycle accident victim who had lost almost 2/3 of his lower lip, both treated by pedicle flap rotation from the upper lip with satisfactory results. Then, the lower lip is a susceptible region to mechanical traumas and pedicle flap rotation from the upper lip is a feasible aesthetic and functional reconstructive option.

**KEYWORDS:** Reconstruction, lip, trauma.

### 1. INTRODUÇÃO

A reconstrução labial é um desafio que requer experiência e familiaridade com a anatomia local da superfície e com as estruturas musculares e neurovasculares subjacentes do terço inferior da face<sup>1</sup>. Anatomicamente, os lábios compreendem três camadas constituintes (pele, músculo e mucosa) e desempenham papel importante na fala, na expressão facial, na deglutição, na preservação do selamento labial e na estética facial<sup>2</sup>.

As etiologias dos defeitos labiais são bem diversificadas, incluindo as ressecções oncológicas, avulsões traumáticas, queimaduras e deformidades congênitas. Defeitos no lábio inferior são mais frequentes devido a maior incidência de tumores malignos nesses<sup>1</sup>. Segundo McCarn e Park (2007), as desordens neoplásicas compõem a maior parte das patologias diagnosticadas pelos cirurgiões, sendo o carcinoma de células escamosas a mais comum<sup>3</sup>. Independentemente da causa, defeitos labiais requerem adequada reconstrução e reparação estética e funcional<sup>4</sup>.

O paradigma comum da reconstrução labial é baseado na extensão horizontal do defeito. Assim, defeitos pequenos envolvem extensão menor ou igual a um terço horizontal do lábio superior ou inferior; defeitos médios compreendem 30% a 60% da extensão horizontal normal do lábio; enquanto isso, grandes defeitos correspondem a mais de 60%<sup>5</sup>.

Grandes defeitos são definidos como aqueles que são incapazes de fechamento primário, mas que podem ser reconstruídos com rearranjo local dos tecidos ou enxertos livres<sup>4</sup>.

Diante do exposto, este artigo objetiva relatar dois casos de reconstrução de defeitos labiais provocados por traumas de caráter avulsivo, de etiologias distintas, aten-

didados no serviço de pronto-socorro de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru/PE. Serão discutidos o planejamento e as condutas terapêuticas adotadas para correta resolução dos casos.

## 2. RELATO DE CASOS

### Caso 01

Paciente 35 anos, sexo feminino, vítima de agressão por mordedura humana, compareceu ao serviço ambulatorial de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru/PE, com queixas estéticas e funcionais em lábio inferior decorrentes de incidente ocorrido há, aproximadamente, 01 mês.

Ao exame físico, a mesma apresentava diminuição de dimensão de lábio inferior esquerdo e vermelhão de lábio, porém sem envolvimento de canto interno da boca; presença de cicatriz hipertrófica em pele e cicatrização insatisfatória em mucosa labial devido a reparação por segunda intenção (Figura 1).



**Figura 1.** A) Aspecto extra oral inicial; B) Aspecto intra oral pré-operatório. Notar perda de substância e alterações dimensionais em lábio inferior esquerdo.

Dessa forma, a mesma foi submetida a reparação cirúrgica sob anestesia geral que consistiu em infiltração local de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Figura 2-A), ressecção de todo tecido cicatricial hipertrófico em lábio inferior (Figura 2-B), controle adequado de hemostasia, e, posteriormente, confecção de retalho pediculado de lábio superior ipsilateral com dimensões condizentes a do defeito previamente ressecado, tomando as devidas precauções para manutenção de dimensões satisfatórias em lábio superior (Figura 2-C).

Após rotação de retalho com manutenção do pedículo voltado para canto interno da boca, foi iniciada a su-

tura pelo vermelhão do lábio, considerado referência anatômica, e sequência obedecendo os planos teciduais do lábio. O lábio superior foi suturado, sem tensão, por primeira intenção (Figura 2-C).



**Figura 2.** Trans-operatório. A) Demarcação das incisões; B) Excisão de cicatriz hipertrófica e liberação do pedículo de lábio superior; C) Rotação do retalho local e sutura à região do defeito. O lábio superior é reparado por primeira intenção.

A paciente recebeu alta hospitalar com as devidas recomendações pós-operatórias e prescrição medicamentosa, composta de analgésico (Dipirona, 1g de 06/06 horas), anti-inflamatório (Nimelusida, 100mg de 12/12horas) e profilaxia antibiótica (Cefalexina, 500mg de 06/06horas). Adicionalmente, foi prescrita Colagenase tópica, 08/08 horas, para otimização cicatricial. A mesma permaneceu em controle ambulatorial, sem intercorrências, até que após 30 dias foi realizada separação do pedículo, com obtenção de adequado resultado estético e funcional (Figura 3-A e B).



**Figura 3.** Pós-operatório. A) 21 dias; B) 30 dias, com separação do pedículo. Notar adequada recuperação das dimensões labiais e viabilidade do retalho.

### Caso 02

Paciente 23 anos, sexo masculino, vítima de acidente motociclístico sem capacete de proteção, foi atendido no

pronto-socorro do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru/PE, para avaliação imediata.

O paciente estava estável do ponto de vista neurológico e hemodinâmico. Ao exame da face, observaram-se escoriações e ferimentos lácero-contusos dispersos em face. Além disso, houve avulsão de aproximadamente 2/3 do lábio inferior, predominantemente em lado esquerdo (Figura 4). Diante disso, optou-se pela realização de reconstrução labial imediata sob anestesia local.



**Figura 4.** Avulsão parcial de lábio inferior.

Para tanto, foi realizada anestesia local (Xylestesin 2%, epinefrina 1:100.000), antisepsia com clorexidina degermante 2% e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, incisão em lábio superior para liberação de pedículo vascularizado, rotação do mesmo para área do defeito e sutura por planos anatômicos com fios reabsorvíveis (Vycril 3.0) em mucosa e fios inabsorvíveis (Nylon 4.0) em pele. Além disso, foi realizada incisão triangular em região de comissura labial esquerda para liberação de tensões e melhora do resultado estético e funcional (Figura 5).



**Figura 5.** Incisões para relaxamento tecidual e rotação de retalho pediculado de lábio superior. Após rotação, foram realizadas suturas interrompidas.

O paciente recebeu as recomendações pós-operatórias e prescrição medicamentosa no momento da alta hospitalar. O mesmo permaneceu em acompanhamento ambulatorial, durante o qual não foram observadas intercorrências ou complicações. Após 21 dias, foi realizada separação cirúrgica do pedículo a nível ambulatorial e novas suturas locais (Figura 6 – A e B), as quais foram removidas 15 dias após o segundo tempo cirúrgico, observando-se viabilidade do retalho e, portanto, resultado estético-funcional satisfatório (Figura 6 – C).



**Figura 6.** A e B) Reavaliação ambulatorial após 21 dias. Realiza-se a separação cirúrgica do pedículo. Notar viabilidade do retalho; C) Reavaliação após 30 dias, com obtenção de satisfatório resultado estético e funcional.

### 3. DISCUSSÃO

A finalidade da correta reconstrução labial compreende a adequada cobertura e reparação do vermelhão e pele adjacente, associada à reconstituição da função esfinteriana oral, com o mínimo de alterações. Dessa maneira, diversas formas de reconstrução do lábio infe-

rior têm sido propostas, as quais são indicadas mediante o critério principal: a extensão da perda de substância apresentada pelo paciente<sup>6,7</sup>.

Defeitos com extensão de até 1/4 do lábio superior e 1/3 do lábio inferior podem ser reparados primariamente. A utilização de certas técnicas podem aumentar o índice de sucesso da reconstrução labial. O tecido labial branco deve ser excisado, juntamente com o tecido labial vermelho, para permitir o fechamento sem tensão<sup>4</sup>.

Os princípios básicos do fechamento de feridas também se aplicam as reparações do lábio. Uma avaliação cuidadosa, desbridamento, hemostasia, alinhamento da borda do vermelhão do lábio e uma aproximação da camada muscular são as chaves para um resultado funcional e estético agradável. Idealmente, deve-se realinhar todas as fibras musculares ao longo de sua direção original e preservar a altura do lábio<sup>3,8</sup>.

Nota-se, nos casos clínicos apresentados, que, devido à perda de substância por avulsão ou pela formação de cicatriz hipertrófica e contração da região, houve alteração das dimensões normais da cavidade oral, gerando transtornos estéticos, psicológicos e funcionais severos. A rotação de retalho pediculado do lábio superior mostrou-se uma alternativa viável devido a obtenção de cicatriz visualmente satisfatória, pedículo vascular suficiente e correto restabelecimento do contorno bucal.

No que se refere ao planejamento da reconstituição do lábio inferior é fundamental a avaliação da extensão da perda de substância a ser reconstruída. Ressecção em cunha ou “V” e fechamento primário são opções muito frequentes para reparação de defeitos menores. O reparo de defeitos de espessura total requer a aproximação precisa das 3 camadas de tecidos: mucosa, músculo e pele. Entretanto, defeitos maiores necessitam reconstruções mais complexas, com planejamento cirúrgico mais elaborado e possível necessidade de utilização de retalhos pediculados (locais ou à distância) ou retalhos livres<sup>9,10,11,12</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

O lábio inferior é uma região susceptível a traumas mecânicos e, portanto, lesões labiais avulsivas são comuns em serviços de referência em trauma de face. Após a correta avaliação da extensão da lesão, condutas terapêuticas adequadas devem ser estabelecidas, como a de rotação de retalhos locais pediculados, técnica de escolha para os casos relatados neste artigo, com a qual foram obtidos resultados satisfatórios.

#### REFERÊNCIAS

- [01] Baumann D, Robb G. Lip reconstruction. *Semin Plast Surg.* 2008; 22:269-280.  
[02] Lubek JE, Ord RA. Lip reconstruction. *Oral Maxillofacial Surg Clin A Am.* 2013; 25:203-214.

- [03] McCarn KE, Park SS. Lip reconstruction. *Otolaryngol Clin N Am.* 2007; 40:361-380.  
[04] Langstein HN, Robb GL. Lip and perioral reconstruction. *Clin Plastic Surg.* 2005; 32:431-445.  
[05] Ishii LE, Byrne PJ. Lip reconstruction. *Facial Plast Surg Clin N Am.* 2009; 17:445-453.  
[06] 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 Jan; 69(1):295-9.  
[07] Gurunluoglu R. Composite skin-muscle-mucosal flap based on the superior labial artery for lower lip reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Sep; 65(9):1869-73.  
[08] Harris L, Higgins K, Enepekides D. Local flap reconstruction of acquired lip defects. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Aug; 20(4):254-61.  
[09] Siqueira EJ, Alvarez GS, Laitano FF, Martins PDE, Oliveira MP. Estratégias em reconstrução do lábio inferior. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2012; 27(4): 536-541  
[10] Uchikawa Y, Yazawa M, Takayama M, Kishi K. Wing flap reconstruction for large defects of the lower lip. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Dec; 65(12):1725-8.  
[11] Turgut G, Ozkaya O, Kayali MU, Tatlıdede S, Hüthüt I, Bas L. Lower lip reconstruction with local neuromusculo-cutaneous advancement flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009 Sep; 62(9):1196-201.  
[12] Chowchuen B. Modified bilateral neurovascular cheek flaps: a new technique for reconstruction of difficult and extensive lower lip defect. *J Med Assoc Thai.* 2012 Nov; 95 Suppl 11:S164-7.

The logo for BJSCR (Brazilian Journal of Surgical and Clinical Research) is displayed in a stylized, glowing yellow font with a blue shadow effect.