

STRATEGII LOCALE ÎN RECONSTRUCȚIA BUZEI INFERIOARE POSTEXCIZII TUMORALE

Local strategies in lower lip reconstruction after tumor resection

Asist. Univ. Dr. Adrian Nicolae Alexandru^{1,2}, Asist. Univ. Dr. Emanuel Albu^{1,2},
Șef Lucr. Dr. Ana-Maria Oproiu^{1,2}, Asist. Univ. Dr. Marieta Petrescu^{1,2}, Dr. Andreea Benga¹,
Dr. Ina Petrescu¹

¹Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Universitar de Urgență București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Rolul important, atât funcțional, cât și estetic, al buzelor face ca reconstrucția acestora să reprezinte un aspect medical esențial pentru chirurgul plastician. Majoritatea defectelor de buză inferioară rezultă în urma exciziilor formațiunilor tumorale și mai puțin a altor cauze, cum ar fi traumele, infecțiile sau malformațiile congenitale. Competența orală se bazează, în primul rând, pe o buză inferioară funcțională, având sensibilitate, funcție musculară și o înălțime adecvată, fapt care determină importanța reconstrucției acesteia. La ora actuală, acest obiectiv reconstructiv nu poate fi atins decât prin metodele de reconstrucție locală. Prezentul articol oferă o prezentare a procedeelelor locale reconstructive și o descriere a indicațiilor și contraindicațiilor acestora.

Cuvinte cheie: reconstrucție buză inferioară, sutură directă, lambouri locale, Abbe, Estlander, Gilles, „fan flap”, Karapandzic, procedeul Bernard von Burow-Webster, lambou nazogenian, lamboul de depressor anguli oris

ABSTRACT

The important role of the lips, both functional and aesthetic, makes their reconstruction to be a main concern for the plastic surgeon. Most of the lower lip defects result after excision of cancer rather than other causes, such as trauma, infection or congenital malformations.

The oral competence is based, primarily, on a functional lower lip, with sensitivity, muscle function and an appropriate height, which determines the importance of its reconstruction. At this time, this reconstructive goal can be achieved only by local reconstruction methods.

This article provides an overview of local reconstructive procedures and a description of their indications and contraindications.

Keywords: lower lip reconstruction, direct suture, local flaps, Abbe, Estlander, Gilles, „fan flap”, Karapandzic, Bernard von Burow process-Webster, nasal flap, flap of anguli oris depressor

CONSIDERAȚII GENERALE RECONSTRUCTIVE

Buzele reprezintă elementul central al etajului inferior facial, având un rol complex, atât funcțional – în vorbire, alimentație și continența orală, cât și estetic – în expresia facială și armonia estetică facială. În acest sens, reconstrucția lor reprezintă un aspect medical important pentru chirurgul plasti-

cian. Competența orală se bazează în primul rând pe o buză inferioară funcțională, având sensibilitate, funcție musculară și o înălțime adecvată, ceea ce face ca reconstrucția ei să fie extrem de importantă.

Majoritatea defectelor de buză inferioară rezultă, în principal, în urma exciziilor formațiunilor tumorale și mai puțin a altor cauze, cum ar fi traumele, infecțiile sau malformațiile congenitale. Carcinomul

Autor corespondent:

Asist. Univ. Dr. Adrian Nicolae Alexandru, Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Universitar de Urgență, Splaiul Independenței nr.169, sector 5, București

E-mail: dr.adrianalexandru@yahoo.com

spinocelular reprezintă 95% din tumorile buzelor, în timp ce carcinomul bazocelular, melanomul și alte tumori de glande salivare sunt mai rare. Debutul neoplasmelor buzelor are loc, cel mai frecvent, la nivelul vermilionului. (1)

Buza inferioară cuprinde mucoasa intraorală până în șanțul gingival, vermilionul și tegumentul și țesuturile moidelimitate de șanțurile melomentale și șanțul mentonier. Defectele de buză implică pierderi de substanță tegumentară, musculară – orbicularis oris – și de mucoasă, scopul funcțional al reconstrucției fiind obținerea continuității celor trei straturi, precum și asigurarea sensibilității și a motricității buzei. (2-4)

Din punct de vedere estetic este important să obținem alinierea corectă a joncțiunii cutaneomucoase și disimularea cicatricilor în pliurile naturale ale buzei și în limitele buzei laterale și inferioare. De câte ori este posibil, rezecția formațiunilor tumorale trebuie să urmărească pliurile naturale tegumentare și ale vermilionului. Traversarea joncțiunii cutaneomucoase se face perpendicular. Alinierea exactă a joncțiunii cutaneomucoase a vermilionului este un element-cheie în orice procedură de buze, indiferent de complexitatea acesteia. Decalajul vermilionului buzelor de 1 mm este vizibil la distanța conversațională.

În funcție de profunzime, defectele pot fi toată grosimea buzei (implicând toate cele trei straturi) sau parțiale/superficiale (implicând unul sau două straturi). Exciziile tumorale conduc, în majoritatea cazurilor, la defecte pe toată grosimea buzei. În continuare, ne vom referi la defectele toată grosimea.

METODE RECONSTRUCTIVE LOCALE

Principalele metode reconstructive locale labiale în funcție de dimensiunea defectului sunt sutura directă și lambourile locale.

Sutura directă

Sutura directă permite afrontarea fără dificultate a majorității defectelor de buză până în 30%. Indicațiile acesteia se pot extinde și peste 30% din buză, până la 50%, în cazul pacienților cu laxitate pronunțată. (5) Orientarea suturii trebuie să fie paralelă cu ridurile de expresie sau mascată în joncțiunile unității estetice și să nu depășească șanțul mentonier. În funcție de variațiile individuale, sutura directă poate determina o mărire a înălțimii buzei ce trebuie evitată prin folosirea unor plastii locale. Astfel, decolarea marginilor defectului, excizia în „W” sau în „V” cu transformare în „T” reprezintă metode ce

pot îmbunătăți rezultatul estetic al suturii directe. (6,7)



FIGURA 1. Carcinom de buză inferioară cu aspecte a) preoperator; b) intraoperator; c) postoperator, la 7 luni. S-a efectuat excizia formațiunii în „V” și sutură directă în straturi.

Lambourile locale

Reconstrucția defectelor de peste 30-50% din buză poate fi făcută cu țesut de la buza opusă (lamboul Abbe, Estlander, Karapandzic), de la nivelul obrazului (lamboul nazogenian, Gilles, Bernard-von Burow-Webster) sau regiunea periorală. (8)

Lamboul de avansare bilaterală este o metodă de închidere a defectelor dimensiuni până în 50% din buza inferioară. Excizia formațiunii tumorale se realizează rectangular, se completează cu incizie toată grosimea în pliul mentonier, adăugând excizii tegumentare triunghiulare laterale ce permit avansarea tegumentară spre defect, cu închiderea acestuia și încadrarea în limitele estetice ale buzei. (2,7)



FIGURA 2. Carcinom spinocelular de buză inferioară fără implicarea comisurilor: a) și b) aspect preoperator; c) excizia formațiunii tumorale în „barrel”, completată cu incizie transversală în șanțul mentonier și excizii triunghiulare laterale, ce permite avansarea celor două lambouri laterale și închiderea fără tensiuni a defectului; d) aspect imediat postoperator; e) aspect la 1 lună postoperator

Lamboul Abbe, prima dată descris de Sabbattini în 1837, ulterior și de Stein în 1848 și Estlander în 1872, a captat un real interes abia după raportarea metodei de către Abbe, în 1898, aceasta fiind larg utilizată, motiv pentru care îi poartă numele. (10, 11) Lamboul este un lambou de la buză la buză. Indicațiile metodei cuprind defectele de filtrum, mai mari de jumătate din acesta, defecte de buză ce nu includ comisura, de dimensiuni până în 60% din lungimea buzei. (12) Tehnic, lamboul se desenează pe buza opusă, cu lățimea jumătate din lățimea defectului și înălțimea egală cu a defectului. Pediculul vascular se bazează pe artera labială aflată în grosimea orbicularului. Atunci când condiția buzei opuse o permite, singurul criteriu în alegerea poziției pediculului medial sau lateral îl reprezintă o deschidere orală mai mare după poziționarea lamboului. Se efectuează o incizie transfixiantă, tegument-orbicular-mucoasă, cu prezervarea pediculului în grosimea orbicularului și a țesutului subtegumentar, urmată de rotația 180° și sutura în planuri anatomice a lamboului și zonei donoare, iar la 14-21 de zile se practică secționarea pediculului. În perioada de sevrăj a lamboului, pacientul se alimentează cu alimente semisolide și lichide pentru evitarea tensionării pediculului. Complicația principală este necroza și pierderea lamboului, fie intraoperator prin secționarea pediculului, fie postoperator prin tensionarea excesivă determinată de mișcările orale. Condiția absolut necesară este cooperarea pacientului. (4,9)

Lamboul Estlander descris de Jakob August Estlander în 1872 este tot un lambou de la buză la buză, asemănător lamboului Abbe. (13) Lamboul Estlander este prima opțiune în reconstrucția comisurii. Indicația o reprezintă defectele de buză până în 60%, situate la nivelul comisurii. Tehnic, metoda este aceeași cu lamboul Abbe, cu două diferențe: a) pediculul este întotdeauna medial, devenind noua comisură; și b) metoda are o singură etapă operatorie. Rezultatul postoperator include o asimetrie la nivelul gurii care poate fi corectată ulterior, comisuroplastie. Atât lamboul Abbe, cât și Estlander sunt lambouri denervate, a căror sensibilitate se reia progresiv. (Fig. 3) (9)

Lamboul Gilles sau „fan flap“ (lamboul în evantai) a fost descris inițial de Gilles (1954) pentru defectele centrale de buză superioară și inferioară. (14) Este un lambou toată grosimea, de rotație, ce folosește atât buza restantă, cât și buza opusă, pediculat pe artera labială a buzei opuse. Evaluarea dimensiunilor defectului de buză va determina lățimea lamboului și poziția punctului de rotație (noua comisură orală) de la nivelul vermillionului buzei

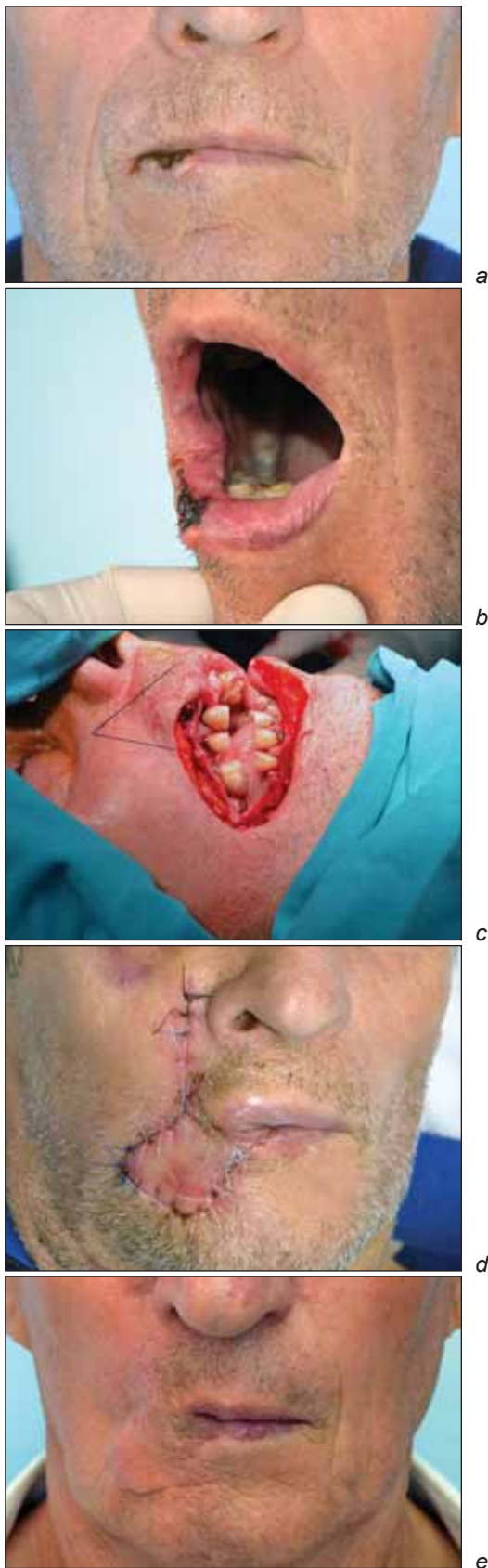


FIGURA 3. Carcinom spinocelular la nivelul buzei inferioare și comisură dreaptă excizie și reconstrucție cu lambou Estlander: a) și b) aspectul preoperator al carcinomului spinocelular; c) excizia comisurii și a 1/3 dreapta buză inferioară; incizia a urmat linia figurată în imagine; d) aspect imediat postoperator; e) aspect postoperator, la 6 luni.

opuse. Incizia transfixiantă pornește de la nivelul punctului de rotație, perpendiculara pe joncțiunea cutaneomucoasă, aproximativ 1,5 cm, după care schimbă direcția în unghi de 60° până în șanțul nazogenian. Se practică și o a doua incizie laterală din marginea defectului, corespunzătoare înălțimii acestuia, care ajunge în șanțul nazogenian, unde se unește cu prima incizie. Lamboul astfel delimitat se așază cu ușurință la nivelul defectului, sutura se face în cele 3 straturi anatomice. Indicațiile metodei sunt defectele depână la 60% din buza inferioară și chiar extinse, până la defecte mari, subtotale, în cazul în care lambourile se fac bilateral. Dezavantajele metodei sunt relativa microstomie cu necesitatea comisuroplastiei secundare și denervarea motorie și senzitivă (2,4,15).

Lamboul Karapandzic, descris în 1974, reprezintă cea mai bună soluție la ora actuală în reconstrucția defectelor de buză de până în 60-80%. Metoda este o avansare bilaterală a buzei restante spre defect, cu preservarea inervației motorii și senzitive. Se practică incizii circumorale pornind din marginea defectului paralel cu vermillionul și cu comisura orală, menținând aceeași lățimea a lamboului. Înălțimea defectului reprezintă lățimea lambourilor Karapandzic pe toată lungimea lor. Incizia se rotunjește la nivelul comisurii orale și se continuă în șanțul nazogenian. Următorul pas este identificarea pediculilor vasculonervoși la nivelul comisurilor și protejarea lor. Fibrele musculare ale orbicularului sunt secționare selectiv, astfel încât să se obțină mobilizarea lambourilor; doar fibrele superficiale sunt secționare. Incizia mucoasei la nivelul șanțului gingival este limitată, fiind necesară doar în zona vecină defectului, de ambele părți. Indicațiile lamboului Karapandzic sunt toate defectele de până la 80% din buza inferioară care nu includ comisura. Pentru defectele centrale, avansarea este simetrică bilateral, iar pentru cele laterale, avansarea este asimetrică, astfel încât tracțiunea exercitată la nivelul comisurilor să fie egal distribuită, obținând simetria acestora. Cel mai important avantaj al acestui procedeu este menținerea funcției orbicularului, precum și sensibilitatea periorală. Dezavantajul metodei este microstomia pe care o generează în cazurile defectelor mari. (Fig. 4) (6,9,16)

Procedeu Bernardvon Burow-Webster este o metodă de avansare orizontală a țesuturilor de la nivelul obrazilor descrisă de Bernard (1852) și von Burow (1853), și ulterior modificată de Webster (1860) (17); se folosește de redundanța țesuturilor de la nivelul obrazilor pentru reconstrucția defectelor mari de buză superioară sau inferioară. Principiul metodei este de a exciza triunghiuri tegumetare



FIGURA 4. Carcinom de buză inferioară și reconstrucție cu lambou Karapandzic a defectului de 2/3 din buză inferioară: a) și b) aspectul preoperator; c) defectul de buză rezultat în urma exciziei; d) identificarea pediculilor vasculonervoși; e) și f) aspect la 6 luni.

periorale pentru avansarea lambourilor de obraz cu acoperirea defectului. Pentru defectele de buză inferioară se excizează bilateral triunghiuri lateral de comisurile orale și inferior în șanțul mentonier. Exciziile sunt strict tegumentare și subcutanate, evitând orbicularul și pachetele vasculo-nervoase labiale, cu baza în prelungirea defectului. Vermilionul necesar este refăcut fie prin lambouri de mucoasă, fie printr-un lambou de limbă. Indicațiile procedurii sunt defectele subtotale și totale de buză. Complicațiile procedurii sunt date de lipsa sensibilității și a funcției de sfincter a buzei. (4,7,9)

Lamboul nazogenian este un lambou ce poate acoperi defectele mari ale buzei, chiar toată buza, dacă este folosit bilateral. În funcție de localizarea defectului, poate fi pediculat proximal sau distal,

efectuat într-o singură etapă sau două. Lamboul pediculat proximal este folosit pentru buza superioară în cazul defectelor situate central sau superior spre columelă, iar cele pediculate distal, pentru buza inferioară și defectele laterale ale buzei superioare. Pentru buza inferioară pediculul se localizează de regulă laterosuperior de comisurile orale, astfel încât buza nou formată să fie suspendată și să ofere continență orală, chiar dacă nu are musculatură. Planul de disecție este supramuscular, cu evitarea lezării ramurilor nervoase prezente și a vaselor sangvine. Este un lambou pe circulație întâmplătoare provenită din ramuri ale arterei faciale, labiale sau arterei angulare. Lezarea acestora poate determina necroza lamboului. Zona donoare se închide primar. (18,19)

Gupta și colaboratorii au comunicat, în 2013, o modificare a metodei ce permite reconstrucția defectelor totale de buză inferioară. Lambourile nasolabiale bilaterale, cu pedicul subcutan, sunt poziționate în oglindă, astfel încât partea tegumentară a unuia din lambouri reface defectul de mucoasă, iar al doilea lambou acoperă defectul cutanat. Inovația metodei constă în acoperirea defectului de vermillion, pentru care se ridică un lambou mucomuscular bipediculat de la nivelul buzei superioare ce oferă sensibilitate și funcție musculară buzei inferioare. (20)

Lamboul de depressor anguli oris, descris de **Tobin**, are ca indicații reconstrucția defectelor de până la 60% din buza inferioară și chiar defectele totale în varianta bilaterală. Este un lambou musculo-cutaneo-mucos, înervat motor și senzitiv, ce poate reproduce funcția buzei inferioare. Dimensiunea lamboului este dată de dimensiunea depresorului unghiului gurii, de aproximativ 4/2 cm, fiind suficientă pentru reconstrucția a mai mult de 50% din buză. Lamboul este pediculat superior, pe artera labială inferioară, la nivelul modiolusului. Inervația

motorie este dată de ramul mandibular al facialului, iar cea senzitivă de ramul mental al trigemenului. După incizia tegumentară, identificarea ramurilor nervoase și mobilizarea lor, se face incizia toată grosimea, cu recoltarea mucoasei în exces pentru refacerea vermillionului. Transpoziția lamboului reorientează depressor anguli oris restaurând atât dinamica buzei inferioare, cât și sensibilitatea ei (8,21).

CONCLUZII

Evaluarea corectă a posibilităților și indicațiilor reconstructive prin metode locale necesită cunoașterea aprofundată a anatomiei, înțelegerea funcției și a esteticii buzelor. Prin tehnici adecvate și utilizarea țesuturilor locale, poate fi realizată o restaurare adecvată a formei și funcției buzei inferioare. Totuși, metodele reconstructive locale actuale permit realizarea obiectivelor estetice și funcționale în cazul defectelor de dimensiuni de până la 60%, în timp ce pentru defectele mari, de peste 80%, aceste metode sunt deficitare.

Mulțumiri doamnei Prof. Dr. Doina Dumitrescu, pentru îndrumarea și sprijinul acordat în abordarea cazuisticii, în calitate de șef al Clinicii Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Universitar de Urgență București.

BIBLIOGRAFIE

1. **Shah J.P., Patel S.G., Singh B.** – Lips Chapter 7. In: Shah J.P., Patel S.G., Singh B., editors. – Jatin shah's head and neck surgery and oncology. 4th edition. Philadelphia: Mosby 2012; 204-231
2. **McCarn K.E., Park S.S.** – Lip reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am* 2007; 40:361-380
3. **Coppit G.L., Lin D.T., Burkey B.B.** – Current concepts in lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 12:281-287
4. **Matin M.B., Dillon J.** – Lip reconstruction. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2014 Aug; 26(3):335-357
5. **Soliman S., Hatf D.A., Hollier L.H. Jr, et al.** – The rationale for direct linear closure of facial Mohs' defects. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127:142-149
6. **Neligan P.C.** – Cheek and lip reconstruction. In: Neligan PC, editor. Plastic surgery. vol. 6. 3rd edition
7. **Renner G.J.** – Reconstruction of the lip. In: Baker SR, editor. Local flaps in facial reconstruction. 2nd edition. Philadelphia: Mosby 2007; 475-524
8. **Dolan R.W., Tucker S.M.** – Specialized Local Facial Flaps for the Eyelids and Lips. In: Dolan R.W., editor. Facial Plastic, Reconstructive and Trauma Surgery, New York: Marcel Dekker, 2003; 201-232
9. **Anvar B.A., Evans B.C., Evans G.R.** – Lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(4):57e-64e
10. **Abbe R.** – A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Med Rec* 1898; 53:477
11. **Agostini T.** – The Sabattini-Abbe' flap: a historical note. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123(2):767
12. **Ishii L.E., Byrne P.J.** – Lip reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2009; 17(3):445-453
13. **Estlander J.** – Eine methode aus er einen ippe substanzverlusteder anderen zu ersetzen. *Arch Klin Chir* 1872; 14:622 [Reprinted in English in *Plast Reconstr Surg* 1968;42:361-366]
14. **Gillies H.D., Millard D.R. Jr.** – Principles and art of plasticsurgery. Boston: Little Brown; 1957
15. **Neligan P.C.** – Strategies in lip reconstruction. *Clin Plast Surg* 2009; 36:477-485
16. **Karapandzic M.** – Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg* 1974; 27:93-97
17. **Webster R.C., Coffey R.J., Kelleher R.E.** – Total and partial reconstruction of the lower lip with innervated muscle bearing flaps. *Plast Reconstr Surg* 1960; 25:360-371
18. **Dupin C., Metzinger S., Rizzuto R.** – Lipreconstruction after ablation for skin malignancies. *Clin Plast Surg.* 2004; 31:69-85
19. **Rudkin, G.H., Carlsen, B.T., Miller, T.A.** – Nasolabial flap reconstruction of large defect of lower lip. *Plastic & Reconstructive Surgery* 2003; 111:810-817
20. **Gupta S., Chattopadhyay D., Murmu M.B., Gupta Sou., Singh H.S.** – A new technique for one-stage total lower lip reconstruction: achieving the perfect balance. *Can J Plast Surg* 2013; 21:57-61
21. **Tobin G.R., O'Daniel T.G.** – Lip reconstruction with motor and sensory innervated composite flaps. *Clin Plast Surg* 1990; 17:623-632