

# Ressecção volumétrica nas anomalias vasculares dos lábios: tática cirúrgica e avaliação dos resultados

## *Volumetric resection in the lips vascular anomalies: surgical technique and results evaluation*

Dov C. GOLDENBERG<sup>1</sup>, RENATO DA SILVA FREITAS<sup>2</sup>, NIVALDO ALONSO<sup>3</sup>, MARCUS CASTRO FERREIRA<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O tratamento das anomalias vasculares consiste em grande desafio. As dificuldades de classificação e terminologia retardaram, significativamente, o desenvolvimento de uma filosofia adequada na abordagem terapêutica dessas lesões. **Método:** Estudo prospectivo foi realizado envolvendo nove pacientes portadores de anomalias vasculares de baixo fluxo nos lábios, incluindo malformações venosas, linfáticas e hemangiomas, com o objetivo de padronizar um método confiável de abordagem cirúrgica em casos indicados, procurando evitar seqüelas e deformidades decorrentes de ressecções excessivas. Em sete dos nove pacientes, as lesões eram basicamente restritas ao vermelhão e a técnica foi padronizada. Nos outros dois, as lesões acometiam principalmente a pele dos lábios, necessitando modificações individuais. Os resultados foram avaliados de forma objetiva, com medidas labiais determinadas, comparadas pré e pós-operatoriamente, e subjetiva, por meio de questionários preenchidos pelos pacientes ou responsáveis, contendo aspectos psicossociais e estéticos. Houve, ainda, avaliação comparativa realizada por dois cirurgiões plásticos independentes, por meio de uma escala de pontuação. **Conclusão:** Concluiu-se que a técnica sugerida é segura, simples e eficaz, com benefícios estéticos e funcionais elevados, alto grau de satisfação de pacientes/familiares e baixos índices de complicações.

**Descritores:** Hemangioma/cirurgia. Angiodisplasia/cirurgia. Lábio/anormalidades. Cirurgia bucal/métodos.

### SUMMARY

**Introduction:** Treatment of vascular anomalies is a great challenge. Difficulties in classification and nomenclature have held up significantly the development of an appropriate philosophy in the therapeutic approach of these lesions. **Methods:** A prospective study was conducted with nine patients who had low-flow vascular anomalies of the lips, including hemangiomas, venous and lymphatic malformations. The objective was to develop a reliable standardized method of surgical approach, avoiding deformities caused by excessive resection. In 7 of 9 patients, the lesions were basically restricted to the vermilion and the technique was standardized. In the others, the lesions affected mainly the skin and individual modifications were necessary. The results were assessed objectively by the comparison of lip measurements before and after the procedure, and subjectively by a questionnaire with aesthetic and psychosocial aspects. There was a comparative assessment of two independent plastic surgeons using an elaborated score. **Conclusion:** We concluded that the suggested technique is safe, simple and effective, with high aesthetic and functional benefits, high level of satisfaction of patients and relatives and low rates of complications.

**Descriptors:** Hemangioma/surgery. Angiodysplasia/surgery. Lip/abnormalities. Surgery, oral/methods.

1. Médico Assistente Doutor da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

2. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná. Cirurgião craniofacial do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF).

3. Professor Livre-docente Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do HCFMUSP.

4. Professor Titular de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Chefe da Divisão de Cirurgia Plástica do HCFMUSP.

Correspondência: Dov C. Goldenberg.

Rua Pedro de Toledo 980 cj. 124 - São Paulo - SP - Brasil - CEP 04039-002 - Fone/Fax (11) 5539-7741

E-mail: drdov@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

Anomalias vasculares são lesões de etiologia congênita ou adquirida, cujos componentes predominantes são estruturas vasculares. Em 1996, a classificação biológica proposta inicialmente por Mulliken e Glowacki foi adotada, com modificações pela “*International Society for Study of Vascular Anomalies*” (ISSVA), entidade internacional responsável por definir as diretrizes no tratamento das anomalias vasculares<sup>1-4</sup>. Incluem-se todas as malformações congênitas do sistema vascular, como as malformações arteriais, venosas, linfáticas, capilares e suas combinações, os tumores vasculares benignos, como os hemangiomas, hemangioendoteliomas, angiomas em tufo, glomangiomas, granulomas piogênicos e os tumores vasculares malignos, como os hemangioendoteliossarcomas e os angiossarcomas<sup>5,6</sup>.

O tratamento das anomalias vasculares sempre consistiu em um grande desafio para os cirurgiões plásticos, na busca de resultados estéticos e funcionais aceitáveis. O impacto do estigma de uma anomalia vascular em um indivíduo e em sua família, muitas vezes, é incompletamente compreendido e a procura pela ajuda, com frequência, não é respondida adequadamente. Isso se torna ainda mais importante quando as lesões ocorrem em localizações anatômicas permanentemente expostas, como os lábios, considerados padrões estéticos de beleza e aceitação social.

Com relação aos hemangiomas, a localização, suas dimensões e a ocorrência de complicações são os principais fatores considerados na indicação terapêutica. O tratamento pode ser conservador ou ativo, com emprego de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos. Devido às altas taxas de involução espontânea, o tratamento expectante é a conduta mais frequentemente adotada, excetuando-se as situações emergenciais<sup>1,7,8</sup>. Há, atualmente, uma tendência para o tratamento ativo também de lesões que cursam com complicações frequentes, como infecções, sangramentos e ulcerações, ou aquelas localizadas em áreas anatômicas onde a involução costuma ser mais lenta ou incompleta, como na ponta nasal, lábios e região parotídea, bem como as lesões mais extensas que geralmente evoluem com cicatrizes desfigurantes<sup>1,4</sup>. A cirurgia é indicada com o objetivo principal de melhorar a função e pode consistir em ressecção total ou parcial da lesão<sup>9-20</sup>. Atualmente, tentam-se soluções na obtenção de cicatrizes posicionadas em subunidades anatômicas e nos menores tamanhos possíveis. A cirurgia precoce seria aconselhável quando os hemangiomas de face apresentam distorção importante com comprometimento funcional e quando se pode obter uma cicatriz mais aceitável em comparação às seqüelas previsíveis da involução espontânea<sup>21</sup>.

Nas malformações vasculares, o tratamento pode ser feito através de ressecções cirúrgicas, procedimentos de esclerose intraluminal ou de embolização por meio de radiologia intervencionista. Nas lesões de alto fluxo, ressecções amplas e radicais são mais indicadas, ao passo que nas malformações de baixo fluxo, venosas, linfáticas ou combinadas, é possível ressecção parcial da lesão, como também ocorre em pacientes portadores de hemangiomas labiais.

Este trabalho foi inspirado na observação de alguns

pacientes com seqüelas definitivas decorrentes da ressecção excessiva de anomalias vasculares nos lábios, assim como aquelas ocasionadas pela utilização de tratamentos inadequados para determinados tipos de lesões labiais. O objetivo desse trabalho foi padronizar um método confiável para a ressecção parcial de anomalias vasculares de baixo fluxo que acometem o vermelhão dos lábios, procurando evitar seqüelas e deformidades decorrentes de ressecções excessivas e proporcionando benefícios estéticos e funcionais.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo prospectivo envolvendo um grupo de nove pacientes que apresentavam anomalias vasculares de baixo fluxo nos lábios, acompanhados no Ambulatório de Anomalias Vasculares da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Instituição, tendo sido informado a pacientes e/ou a seus responsáveis a respeito do caráter científico das entrevistas, dos registros fotográficos e dos objetivos, havendo a responsabilidade médica de que o procedimento proposto seria realizado em condições de segurança, sob embasamento científico prévio, visando a proporcionar benefício adicional aos pacientes.

Consideraram-se para este estudo os pacientes portadores de anomalias vasculares labiais de baixo fluxo que não apresentam involução, como nos casos de malformações venosas e linfáticas, assim como suas combinações, e os tumores vasculares (hemangiomas) de involução incompleta ou complicados.

Dos nove pacientes estudados, sete apresentavam lesões acometendo toda ou quase toda a espessura ântero-posterior do vermelhão do lábio, por vezes mostrando algum grau de abaulamento da pele adjacente devido à presença de lesão profunda, com pouco ou nenhum comprometimento direto da pele, tendo sido utilizada a padronização técnica proposta. Os outros dois pacientes apresentavam lesões com diferentes graus de acometimento da pele dos lábios, mostrando situações individuais que não permitiram a aplicação da técnica padronizada, tendo sido incluídos neste trabalho por apresentarem anomalias vasculares de baixo fluxo nos lábios, cujo tratamento proposto também foi o cirúrgico, utilizando-se de princípios semelhantes aos do grupo padronizado.

Todos os pacientes foram avaliados pré-operatoriamente, empregando ficha de dados clínicos, que trazia informações de identificação, aspectos das lesões, classificação diagnóstica e terapêutica prévia.

Os nove pacientes descritos foram divididos em dois grupos. O primeiro formado pelos pacientes numerados de um a sete, que apresentavam lesões acometendo principalmente o vermelhão dos lábios, com ou sem abaulamento adjacente da pele pela presença de lesão profunda, nos quais realizou-se a técnica padronizada sugerida. O segundo grupo foi formado pelos pacientes oito e nove, os quais apresentavam acometimento principalmente da pele dos lábios.

Em relação ao grupo 1, a faixa etária dos pacientes variou entre oito meses e 19 anos, com média de seis anos.

A idade média foi de um ano e seis meses nos pacientes portadores de hemangiomas e de 9,7 anos naqueles com malformações vasculares. Os três pacientes portadores de hemangiomas eram do sexo feminino, em dois localizados no lábio inferior e em um no lábio superior. Quatro pacientes eram portadores de malformações vasculares, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, todos apresentando lesões no lábio superior. As lesões clinicamente correspondentes a malformações vasculares foram observadas ao nascimento, enquanto os hemangiomas foram percebidos com poucos dias, sempre dentro do primeiro mês de vida. Todos os pacientes portadores de hemangiomas demonstravam algum tipo de complicação, como ulcerações, sangramentos ou infecções. Um paciente com lesão sugestiva de malformação linfática relatou mudança de tamanho com temperatura. Dois pacientes com lesões sugestivas de malformações venosas informaram aumento com o choro e um deles também com mudança de posição. A Tabela 1 resume a distribuição por diagnóstico clínico, localização da anomalia e a história de terapêutica prévia neste grupo de pacientes.

Para os casos do grupo 1, padronizou-se uma técnica cirúrgica visando à ressecção do excesso visível da lesão, aproximando as medidas do lado afetado às do lado normal e mantendo a cicatriz voltada para o lado interno do lábio.

Inicialmente, foram feitas as seguintes medidas, com régua maleável milimetrada (Figura 1):

- medida do lábio normal, correspondendo à distância entre a linha cutâneo-mucosa e o fim do vermelhão seco (medidos no lado normal, na mesma região onde se localizava a anomalia no lado acometido);
- medida da anomalia vascular, considerada da linha cutâneo-mucosa até o limite posterior da anomalia no vermelhão, no ponto de maior largura ântero-posterior;
- medida do lábio residual (Figura 2), correspondendo à largura ântero-posterior que deveria permanecer após a ressecção, considerada da linha cutâneo-mucosa até a linha de incisão anterior do fusão de ressecção, posicionada em um ponto calculado conforme a fórmula:

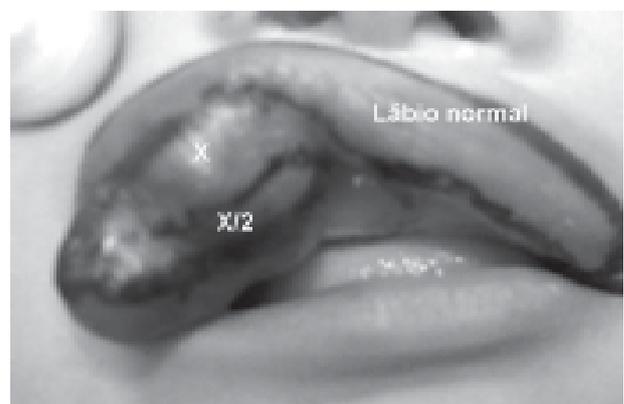
Lábio residual = 2 x medida do lábio normal + ½ medida do lábio normal.

A linha de incisão posterior do fusão de ressecção no lado afetado foi posicionada a uma distância de pelo menos 0,5-1,0 centímetro do sulco vestibulo-labial e, em caso da presença de mucosa normal próxima ao sulco, no limite da

**Figura 1** - Medidas com régua maleável milimetrada da deformidade labial.



**Figura 2** - Marcação do lábio residual, conforme a fórmula proposta para ressecção cirúrgica.



anomalia. O comprimento do fusão variou conforme a extensão transversal da lesão.

Os valores medidos foram anotados na ficha de registros de dados per-operatórios e calculado o “Delta labial ( $\Delta$  labial)”, que consistia no valor resultante da equação: medida da anomalia vascular / medida do lábio normal.

**Tabela 1** - Diagnóstico, localização e tratamento prévio das lesões nos pacientes do grupo 1.

Pacientes	Diagnóstico clínico	Localização	Tratamento prévio
1	Hemangioma	Lábio inferior	Corticóide + alfa-interferon
2	Hemangioma	Lábio inferior	Corticóide
3	Hemangioma	Lábio superior	Conservador
4	Malformação venosa	Lábio superior	1 cirurgia
5	Malformação venosa	Lábio superior	4 cirurgias
6	Malformação venosa	Lábio superior	2 cirurgias
7	Malformação linfática	Lábio superior	2 cirurgias + OK-432

As medidas do lábio normal, da anomalia e do  $\Delta$  labial são mostradas na Tabela 2.

Os resultados foram avaliados de forma subjetiva e objetiva. A avaliação subjetiva consistiu de um questionário entregue aos responsáveis ou ao próprio paciente, no caso de maioridade, para respostas em relação à sensação de melhora da fala/dicção, contenção labial/ alimentação e do fechamento do lábio em repouso, além de aspectos psicológicos, como sociabilidade e satisfação, e dos aspectos estéticos, para os quais foi utilizada uma escala de pontuação elaborada pelos autores. Em caso de piora estética após a cirurgia, a pontuação seria de -1; aspecto inalterado, zero; melhora discreta, 1 ponto; melhora acentuada, 2 pontos (Tabela 3).

A série foi analisada como um todo, pela soma das notas que poderia variar de menos 7, em caso de piora estética de todos os casos, até 14, em caso de melhora acentuada de todos os casos.

A avaliação objetiva consistiu das medidas pós-operatórias considerando os mesmos pontos de referência utilizados no pré-operatório, ou seja, a medida do lábio normal, da anomalia vascular residual no vermelhão, sendo comparadas com as medidas feitas antes do procedimento. Além disso, as fotos pré e pós-operatórias foram apresentadas a dois cirurgiões com notada experiência em cirurgia plástica, para análise comparativa dos aspectos estéticos de cada paciente, utilizando-se da mesma escala de resultados oferecida aos familiares, não tendo sido revelados os detalhes técnicos do procedimento. O período pós-operatório da realização dos questionários e medidas variou de dois a cinco meses, com média de três meses.

Considerou-se complicação como qualquer ocorrência que desviasse a evolução normal per ou pós-operatória, como sangramento, deiscência, infecção ou outras.

## RESULTADOS

Em relação aos achados per-operatórios, o tempo de cirurgia variou de 30 a 90 minutos, com a média de tempo operatório geral de 50 minutos. Não houve sangramento excessivo ou qualquer outra intercorrência durante o ato operatório nos pacientes submetidos à técnica padronizada.

As medidas pós-operatórias comparativas foram realizadas com as mesmas referências anatômicas, ou seja, medida do lábio normal, medida da anomalia vascular e cálculo do  $\Delta$  labial, sendo reunidas na Tabela 4.

Ocorreu complicação pós-operatória em um caso, no qual houve deiscência da sutura da mucosa e conseqüente abertura parcial da ferida operatória, que evoluiu com cicatrização completa em poucas semanas por segunda intenção. Não se observaram intercorrências nos outros pacientes da série (Figuras 3 a 6).

Em relação à avaliação subjetiva, as melhoras referidas quanto à fala/dicção, à contenção labial e ao fechamento labial em repouso são apontadas na Tabela 5.

Quanto aos aspectos psicossociais, houve melhora relatada em todos os casos, com melhora aparente no convívio social das crianças (e familiares).

As notas referidas pelos pacientes ou responsáveis por meio da escala de avaliação estética podem ser observadas na Tabela 6, assim como as notas dadas pelos cirurgiões utilizando-se da mesma escala.

**Tabela 2** - Medidas pré-operatórias (pacientes do grupo 1).

Pacientes	Medida do lábio normal (cm)	Medida da anomalia (cm)	$\Delta$ labial (cm)
1	0,6	3,6	6,0
2	0,7	3,3	4,7
3	0,8	4,0	5,0
4	0,8	3,0	3,75
5	0,8	3,2	4,0
6	0,6	3,0	5,0
7	0,8	3,6	4,5
Média	0,73	3,4	4,7

**Tabela 3** - Escala de pontuação para avaliação dos aspectos estéticos.

Aspecto estético	Pontuação
Piora	-1
Inalterado	0
Melhora discreta	1
Melhora acentuada	2

**Tabela 4** - Medidas pós-operatórias (pacientes do grupo 1).

Pacientes	Medida do lábio normal (cm)	Medida da anomalia (cm)	$\Delta$ labial (cm)
1	0,6	2,3	3,8
2	0,7	1,8	2,6
3	0,8	2,0	2,5
4	0,8	1,6	2,0
5	0,8	1,8	2,25
6	0,6	1,5	2,5
7	0,8	2,0	2,5
Média	0,73	1,86	2,55

A soma final das notas de pacientes e responsáveis foi de 14. A soma final das notas de cada cirurgião para a série foi de 13.

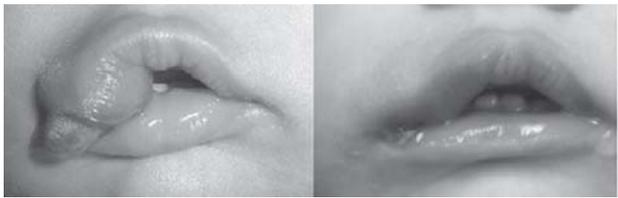
## DISCUSSÃO

Apesar de ser assunto controverso, há forte tendência para a ressecção dos hemangiomas antes da idade escolar. A imagem facial do indivíduo emerge nesta fase, quando começa a reconhecer as diferenças faciais. Admite-se que se o procedimento for realizado antes dos três ou quatro anos, não haverá memória do evento<sup>16</sup>. O resultado da ressecção neste estágio deve ser pesada contra a aparência

**Figura 3** – Hemangioma proliferativo ulcerado em lábio inferior. Aspecto pré e pós-operatório.



**Figura 4** - Hemangioma proliferativo em lábio superior, causando deformidade anatômica. Aspecto pré e pós-operatório.



**Figura 5** – Hemangioma em lábio superior, causando deformidade anatômica. Aspecto pré e pós-operatório.



**Figura 6** - Malformação venosa em lábio superior, causando deformidade anatômica. Aspecto pré e pós-operatório.



**Tabela 5** - Avaliação subjetiva dos pacientes do grupo 1.

Pacientes	Melhora da fala / dicção	Melhora da contenção labial	Melhora do fechamento labial em repouso
1		X	X
2		X	X
3		X	X
4			X
5	X		X
6		X	X
7			X

**Tabela 6** - Pontuação pela escala de avaliação estética (grupo 1).

Pacientes	Familiares / pacientes	Cirurgião 1	Cirurgião 2
1	2	1	2
2	2	2	1
3	2	2	2
4	2	2	2
5	2	2	2
6	2	2	2
7	2	2	2
Soma	14	13	13

prevista após a regressão natural da lesão. Mulliken et al.<sup>16</sup> citam indicações relativas para ressecção precoce dos hemangiomas: (1) quando está óbvio que uma ressecção é inevitável, por exemplo, quando há cicatrizes pós-ulcerativas, excesso inalterável de pele ou alta probabilidade de resíduo fibroadiposo; (2) quando a cicatriz ficar do mesmo tamanho ou aparência da excisão após involução; (3) quando a cicatriz puder ser facilmente ocultada dentro ou nas bordas de unidades estéticas da face; (4) quando ressecção estagiada ou reconstrução de uma parte anatômica for necessária<sup>22</sup>. Para Enjolras et al.<sup>23</sup>, a cirurgia precoce é aconselhável quando os hemangiomas de face apresentam distorção preocupante, com comprometimento funcional e quando se pode prever uma cicatriz aceitável, em comparação às seqüelas previsíveis no caso de involução espontânea. Segundo os autores, isto ocorre mais freqüentemente nas lesões palpebrais e labiais. As ressecções não devem ser completas, a fim de se manter tecido e evitar retração secundária. Jackson et al.<sup>5</sup> também fazem importante defesa da cirurgia precoce, salientando que, apesar da cirurgia realizada quando a involução for “completa” oferecer vantagens de correção mais fácil e cicatrizes residuais mais limitadas, a clara desvantagem é que pacientes e pais terão que esperar muito tempo antes que uma aparência “normal” seja obtida (com chances de nunca ser). Como resultado, o impacto na personalidade da criança poderia ter um efeito

desastroso. Em se tratando de lesões em áreas expostas como os lábios, a questão psicossocial deve ser profundamente considerada, já que essas crianças são freqüentemente isoladas do convívio social pelo próprio desconhecimento da sociedade em relação ao caráter benigno e não transmissível da doença.

Há, ainda, a observação de alguns autores<sup>14,15,17,19,24,25</sup> em relação ao diferente comportamento biológico dos hemangiomas localizados no nariz e na boca, os quais não apresentam taxas de involução tão expressivas como as dos hemangiomas de outras localizações, além de cursarem freqüentemente com prejuízo anatômico e funcional de estruturas adjacentes. Para Pitanguy et al.<sup>17</sup>, algumas lesões destróem tecidos durante seu crescimento. Hemangiomas assim localizados demandam uma atitude mais agressiva pelo potencial risco, macroqueilia angiomatosa, incompetência labial, dessecamento da mucosa e alterações na oclusão e estrutura dentária<sup>15,23</sup>. Salienta-se o fato da ocorrência de traumas e infecções freqüentes pelo hábito da criança de colocar diversos tipos de objetos na boca, acrescentando morbidade considerável ao quadro clínico.

Thompson e Laningan<sup>18</sup> defendem que a cirurgia precoce, em geral, não seria justificada, preferindo condutas mais conservadoras.

O objeto deste estudo não é o momento de excisão das lesões, mas como o procedimento pode ser feito uma vez definida sua necessidade. Dos nove pacientes da série, cinco eram portadores de hemangiomas que apresentavam sinais e sintomas que justificavam o procedimento, enquanto os outros quatro apresentavam malformações vasculares (que não mostram involução) já submetidos a várias tentativas de tratamento sem êxito e cuja solução factível seria o tratamento cirúrgico.

Com base no levantamento bibliográfico realizado, pode-se afirmar que poucas publicações mostram alguma padronização técnica no tratamento cirúrgico das anomalias vasculares labiais. Haramoto et al.<sup>26</sup> reportaram dois casos de hemangiomas de lábios inferiores nos quais utilizaram um método de reconstrução do vermelhão inferior por um retalho de rotação do vermelhão contralateral (em dois tempos). O motivo de terem sido consideradas no mesmo estudo diferentes anomalias vasculares (hemangiomas e malformações vasculares de baixo fluxo) é que o comportamento biológico dessas lesões de baixo fluxo nos lábios é semelhante, com pouca ou nenhuma involução quando acometem o vermelhão, tendo sido a opção cirúrgica a mais adequada para todos os casos selecionados, além do fato da técnica cirúrgica ter sido a mesma em qualquer lesão de baixo fluxo desta localização, pois o objetivo principal foi o de trazer benefício funcional e estético, procurando evitar seqüelas definitivas e não o de realizar uma ressecção completa.

A casuística tende para os achados da literatura, com os hemangiomas incidindo mais no sexo feminino e as malformações distribuídas igualmente em ambos os sexos. O tipo de lesão foi importante por mostrar que qualquer lesão de baixo fluxo acometendo todo ou quase todo o vermelhão no sentido ântero-posterior do lábio pode ser abordada pela técnica padronizada. A terapêutica prévia também tem relevância, já que a grande maioria dos pacientes portadores destas lesões carrega uma história longa de tentativas

de tratamento. As malformações vasculares incidiram mais freqüentemente no lábio superior e os tumores vasculares (hemangiomas) no lábio inferior. Não foram encontrados dados percentuais consistentes na literatura, mas essa parece ser uma tendência na distribuição das lesões.

Em relação às medidas propostas, o raciocínio partiu de quanto dever-se-ia preservar de lábio no lado acometido para que se obtivesse um padrão aproximado ao do lado normal. Foi elaborado depois da observação de resultados anteriores com técnicas cirúrgicas não padronizadas realizadas por vários colegas. Considerou-se a medida do vermelhão seco como o valor do lábio normal porque é, em geral, a porção visível do lábio. Sugeriu-se a fórmula descrita para cálculo do lábio residual porque seria duas vezes a medida do lábio normal correspondendo ao lábio girado sobre si mesmo, deixando a musculatura orbicular íntegra e a cicatriz resultante para a parte interna, mais metade da medida do lábio normal devido ao fato do vermelhão úmido ser maior que o seco, havendo também o intuito de possibilitar uma sobra de segurança para o caso de retrações cicatriciais ou outras intercorrências. Havia, ainda, uma outra sobra de tecido de pelo menos 0,5-1,0 cm na região do sulco vestibulo-labial, deixada para possibilitar a sutura e contribuir para o aumento do vermelhão úmido residual, na equalização com o lado normal.

Analisando-se os valores encontrados, percebeu-se uma melhor relação pós-operatória entre o lábio normal e o afetado, denotada pela diminuição do  $\Delta$  labial (média de 4,7 para 2,55). Os  $\Delta$  labiais pós-operatórios nas pacientes portadoras de hemangiomas de lábio inferior ficaram acima da média, mostrando um excesso de lesão residual. Na realidade, houve a preocupação de deixar mais tecido na região do sulco vestibulo-labial destas pacientes, diante da possibilidade de algum grau de involução futura dessas lesões. Acredita-se que as cirurgias e os resultados dos procedimentos realizados nos lábios superiores foram melhores. Essa observação pode estar embasada nas características das lesões, uma vez que as ocorridas nos lábios inferiores, em geral, mostravam maior queilite angiomatosa e dessecamento labial, sendo de abordagem mais difícil.

Quanto aos resultados da avaliação subjetiva, percebeu-se maior ganho na qualidade do fechamento labial em repouso, que ocorreu em todos os casos. Analisando-se os outros parâmetros que poderiam mostrar diferenças no pós-operatório, verificou-se que a melhora da contenção labial foi relatada principalmente nas crianças menores, com hemangiomas do lábio inferior.

Em relação à melhora dos aspectos psicossociais e estéticos, isto foi ainda mais importante considerando-se casos em sua maioria já submetidos a vários tratamentos sem resolução, com grande expectativa em cada nova tentativa. Havia sempre o relato da “esperança de conviver melhor com um problema que limita muito a interação com os outros”. Este aspecto pareceu ser o mais valorizado pelos pacientes/familiares que, de maneira geral, não se queixaram de pequenas assimetrias labiais residuais, mas referiram ter sido o procedimento muito benéfico, atingindo satisfatoriamente o objetivo de trazer maior conforto no convívio com a anomalia.

A análise objetiva dos resultados realizada por dois cirurgiões independentes também apontou para a melhora

acentuada do aspecto estético, observada por meio da escala de avaliação proposta, na qual a soma final das notas de cada cirurgia para a série foi de 13 em um total máximo de 14. Denota-se que mesmo desconsiderando os aspectos psicossociais, uma vez que os cirurgiões não tiveram contato com os pacientes, avaliando apenas as fotos pré e pós-operatórias, pode-se afirmar que a padronização apresentada correspondeu aos objetivos almejados de trazer benefício estético, evitando seqüelas.

Os casos onde as anomalias vasculares acometem principalmente a pele dos lábios mostram uma variação de apresentação muito grande, o que impossibilita a padronização de ressecção. No entanto, foram incluídos neste trabalho por apresentarem anomalias vasculares de baixo fluxo, tendo sido tratados dentro da mesma filosofia de serem evitadas seqüelas iatrogênicas, visando as menores cicatrizes possíveis, posicionadas em subunidades estéticas da face, além de terem trazido contribuições técnicas às possibilidades de tratamento e de organização no manejo dessas lesões.

## CONCLUSÕES

A tática cirúrgica sugerida neste estudo mostrou-se simples, segura e eficaz nos casos bem indicados, com melhoria dos aspectos funcionais e estéticos, grande satisfação de pacientes e familiares, evitando seqüelas ocasionadas por ressecções excessivas e acrescentando uma padronização técnica ao arsenal terapêutico das anomalias vasculares localizadas nos lábios.

## REFERÊNCIAS

- Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. *N Engl J Med.* 1999;341(3):173-81.
- Einchenfield LF. Evolving knowledge of hemangiomas and vascular malformations: beyond strawberries and port wine. *Arch Dermatol.* 1998;134(6):740-2.
- Enjolras O, Wassef M, Mazoyer E, Frieden IJ, Rieu PN, Drouet L, et al. Infants with Kasabach-Merritt Syndrome do not have "true" hemangiomas. *J Pediatr.* 1997;130(4):631-40.
- Metry DW, Hebert AA. Benign cutaneous vascular tumors of infancy: when to worry, what to do. *Arch Dermatol.* 2000;136(7):905-14.
- Jackson IT, Carreño R, Potparic Z, Hussain K. Hemangiomas, vascular malformations, and lymphovenous malformations: classification and methods of treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91(7):1216-30.
- Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(3):412-22.
- Brown TJ, Friedman J, Levy ML. The diagnosis and treatment of common birthmarks. *Clin Plast Surg.* 1998;25(4):509-25.
- Takahashi K, Mulliken JB, Kozakewich HP, Rogers RA, Folkman J, Ezekowitz AB. Cellular markers that distinguish the phases of hemangioma during infancy and childhood. *J Clin Invest.* 1994;93(6):2357-64.
- Goldenberg DC. Estudo crítico dos resultados obtidos no tratamento dos hemangiomas cutâneos cervicofaciais [Dissertação de Mestrado]. São Paulo:Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;2002.
- Chang E, Boyd A, Nelson CC, Crowley D, Law T, Keough KM, et al. Successful treatment of infantile hemangiomas with interferon alfa-2b. *J Pediatr Hematol Oncol.* 1997;19(3):237-44.
- Carramaschi F, Ferreira MC, Goldenberg DC, Camargo CP, Faria JC, Freitas JM. Tratamento dos angiomas do lábio. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1991;46(3):128-32.
- Degardin N, Martinot V, Patenotre P, Breviere GM, Piette F, Pellerin P. La part chirurgicale dans le traitement des hemangiomas. Étude retrospective à propos de 29 enfants opérés. *Ann Chir Plast Esthet.* 1998;43(6):649-58.
- Diner PA, Petit F, Soupre V, Enjolras O, Lemarchand-Venencie F, Moraillon I, et al. Exérèse pécoce des hemangiomes de la face: nouvelle technique par ultrasons. *Ann Dermatol Venereol.* 1998;125(9):605-7.
- Enjolras O, Deffrennes D, Borsik M, Diner P, Laurian C. Les tumeurs vasculaires et les regles de prise en charge chirurgicale. *Ann Chir Plast Esthet.* 1998;43(4):455-89.
- McCarthy JG, Borud LJ, Schreiber JS. Hemangiomas of the nasal tip. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(1):31-40.
- Mulliken JB, Rogers GF, Marler JJ. Circular excision of hemangioma and purse-string closure: the smallest possible scar. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(5):1544-55.
- Pitanguy I, Machado BH, Radwanski HN, Amorim NF. Surgical treatment of hemangiomas of the nose. *Ann Plast Surg.* 1996;36(6):586-93.
- Thomson HG, Lanigan M. The Cyrano nose: a clinical review of hemangiomas of the nasal tip. *Plast Reconstr Surg.* 1979;63(2):155-60.
- van der Meulen JC, Gilbert M, Roddi R. Early excision of nasal hemangiomas: the L-approach. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(3):465-75.
- Warren SM, Longaker MT, Zide BM. The subunit approach to nasal tip hemangiomas. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(1):25-30.
- Jaccoud *apud* Mulliken. Hemangiomas and vascular malformation in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69:412-20.
- Goldenberg DC, Cristofani LM, Almeida MT, et al. Tratamento dos hemangiomas cutâneos. *Pediatria. (S Paulo)* 2001;1(1):45-51.
- Enjolras O, Borsik M, Herbretreau D, Merland JJ, Hadjean E, Tranbahuy P. Indications chirurgicales dans les angiomes de face. *J Chir. (Paris)* 1993;130(10):416-21.
- Low DW. Management of adult facial vascular anomalies. *Facial Plast Surg.* 2003;19(1):113-30.
- Jackson IT. Vascular anomalies. In: Jackson IT, Mustardé JC, eds. *Plastic surgery in infancy and childhood.* 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh:Churchill Livingstone;1988.
- Haramoto U, Yamada A, Kobayashi S, Ohmori K. Quarter vermilion flap: a method for symmetrical lower vermilion reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(5):1334-7.

Trabalho realizado na Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Artigo recebido: 17/12/2007

Artigo aceito: 5/2/2008