LÁBIO DUPLO: RELATO DE CASO

Luis Fernando Santana Teixeira [a], Paulo Almeida Júnior [b]

[(a)] *Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes;* [(b)] *Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF, Professor Titular da Universidade Tiradentes.*

Resumo

O lábio duplo trata-se de uma alteração rara da mucosa labial, sem predileção por idade, sexo ou raça, apresentando etiologia congênita ou adquirida, é caracterizada por excesso de tecido na porção interna do lábio, tendo sua maior incidência no lábio superior numa intensidade de 10:1. A dificuldade na fonação e mastigação, em alguns casos, podem estar associadas, mas a alteração estética é a que mais justifica a intervenção cirúrgica. Este trabalho relata um caso de lábio duplo em paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, professora, com história médica pregressa de hipertensão arterial sistêmica e gastrite, ambas em tratamento e que apresentava como queixa principal a alteração estética. O tratamento realizado foi a exérese do tecido hiperplásico do lábio superior através da técnica de incisão elíptica, sob anestesia local. A sutura da área cruenta foi feita por planos e utilizou fio de nylon 6-0. Após quinze dias retirou-se a sutura e a paciente vem sendo acompanhada há seis meses, onde se constata a satisfação da mesma e um equilíbrio estético do lábio superior.

Palavras-chave: Lábio; Hiperplasia; Procedimentos Cirúrgicos Reconstrutivos.

Abstract

The double lip is a rare alteration of labial mucosa, without fondness for age, gender or race, showing etiology congenital or acquired, and characterized by excess tissue in internal portion of the lip, having its highest incidence on the upper lip in an intensity of 10:1. The difficulty in phonation and chewing, in some cases, may be associated , but the aesthetic change is that justifies the surgical intervention. This paper reports a case of double lip on a female patient, 48 years old, professor, with medical history of hypertension and gastritis, both in treatment and who had as their main complaint aesthetic change.. The treatment carried out was with the excision of hyperplastic tissue of the upper lip through elliptical incision technique, under local anesthesia. The suture of the bloody area was made by plans and used nylon 6-0. After 15 days retired suture and the patient has been accompanied by six months, where it turns out the patient satisfaction and an aesthetic balance of the upper lip

Keywords: Lip; Hyperplasia; Reconstructive Surgical Procedures

---

1. Introdução

O lábio duplo é uma anomalia incomum, presente na cavidade oral, podendo ser de origem congênita ou adquirida. Não existe distinção entre idade, sexo ou raça e a ocorrência na população é de 2 casos para cada 1000 habitantes (AMUI, 1993; PRATA et al.,2001; BRINHOLE et al., 2006 e NEVILLE et al., 2008). Sua manifestação é maior no lábio superior numa intensidade de 10:1 em relação ao inferior (BENMEIR et al., 1992; AMUI, 1993; CASTRO, 2000; GREENFIELD et al., 2000; PRATA et al., 2001, e MARZOLA, 2006).

Sua origem congênita dar-se desde o desenvolvimento do lábio, em que o músculo orbicular da boca desloca-se e ocasiona a constricção de uma das bandas do lábio. Desta forma a porção mucosa hipertrofia e forma o lábio duplo (GREENFIELD et al., 2000; BOURGUIGNON FILHO et al., 2005; BRINHOLE et al., 2006).

A origem adquirida é decorrente de traumatismo bucal, hábitos orais ou pela síndrome de Ascher. Esta descrita pela tríade composta do lábio duplo superior, blefarocalásio e bócio atóxico (AMUI, 1993; GOMEZ-DUAZO, 1997; PRATA et al., 2001; HANEMANN, 2004; BOURGUIGNON FILHO et al., 2005).

Clinicamente é possível a vizualização de uma massa exuberante de tecido quando ocorre o tensionamento dos lábios ou quando o paciente sorri (BOURGUIGNON FILHO et al., 2005; BRINHOLE et al., 2006). Quando distende-se o lábio superior, a aparência é de um “arco de cupido”(BRINHOLE et al., 2006).

Histologicamente, nota-se, na maioria dos casos, a presença de glândulas salivares hipertrofiadas, epitélio oral escamoso e podendo haver ou não presença de fibras musculares associadas (GREENFIELD et al., 2000; BOURGUIGNON FILHO et al., 2005;OLÍMPIO AGUIAR,P. et al.,2011; TEMPRANO et al., 2011).

Na ausência de queixa estética o tratamento é conservador, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica. Entretanto, nos casos mais severos o tratamento cirúrgico é preconizado. Alguns fatores, como: percepção estética pela paciente, utilização de próteses parciais removíveis, profundidade do vestíbulo bucal e quantidade de tecido a ser incisado estabelecem a técnica aplicada para a correção da hiperplasia (BOURGUIGNON FILHO et al., 2005; BRINHOLE et al., 2006).

A técnica utilizada pode ser a plastia em W, incisão em forma de triângulo, incisão elíptica, eletrocirurgia e recessão em fuso das pregas mucosas (BOURGUIGNON FILHO et al., 2005; BRINHOLE et al., 2006; TEMPRANO et al., 2011).

O prognóstico é favorável quando o diagnóstico é preciso e a técnica bem executada (BOURGUIGNON FILHO et al., 2005; BRINHOLE et al., 2006; TEMPRANO et al., 2011). Não há relatos de recidiva descrita.

A proposição deste trabalho é descrever um caso clínico de lábio duplo que foi tratado cirurgicamente, ressaltando as características clínicas e formas de tratamento.

2. Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 48 anos, leucoderma, professora, compareceu à clínica particular com queixa de aumento de volume do lábio superior durante o sorriso. Informou que esse excesso existe desde a infância,

mas nos últimos anos tornou-se mais evidente, o que lhe incomodava esteticamente.

A sua história médica pregressa demonstrou presença de hipertensão arterial sistêmica sendo tratada com uso de Valsartan 320mg ao dia, Hidroclorotiazida 25mg ao dia e Nitrendipino 10mg ao dia; e gastrite sendo tratada com omeprazol 20mg ao dia, ambas sob rigoroso controle médico.

Ao exame físico extra-oral observou-se um excesso de tecido na mucosa lábial superior, indo da linha média até próximo às comissuras labiais bilaterais, pouco visível com os lábios em repouso (Figura 1a e Figura 1b), tornando-se mais evidente quando a paciente sorria e quando o lábio superior era distendido (Figura 2). Não havia sintomatologia dolorosa e não apresentava dificuldades na fonação e na mastigação.

Figura 1a – Aspecto clínico com o lábio em repouso. Visualização frontal da paciente.

Figura 1b – Aspecto clínico da hiperplasia com lábio em repouso. Visualização de perfil da paciente.

Figura 2 – Aspecto clínico da hiperplasia com lábio distendido. Visualização frontal com a paciente sorrindo.

Ao exame físico intra-oral, constatou-se que a paciente é parcialmente edêntula, com ausência dos incisivos superiores, e reabilitada com prótese parcial removível.

Diante da exposição do quadro clínico e queixa da paciente, o tratamento proposto foi a excisão cirúrgica do excesso de tecido do lábio superior pela técnica de incisão elíptica.

Com o objetivo de reduzir edema e dor pós-operatória, foi utilizado como analgesia pré-emptiva um comprimido de dexametasona 4mg, 1 hora antes do procedimento bem como um grama de amoxicilina como profilaxia infecciosa. Iniciou-se a o ato operatório com anti-sepsia intrabucal com gluconato de clorexidina a 0,12% e extrabucal com clorexidina a 2%.

O procedimento foi executado sob anestesia local, com uso de lidocaína a 2% com adrenalina

1:100.000, através da técnica de bloqueio do nervo infra-orbital bilateralmente, com o intuito de minimizar a distorção ocasionada pela solução anestésica. Realizada a delimitação da incisão com caneta cirúrgica, deu-se início à incisão com lâmina de bisturi 15c e divulsão no plano submucoso em direção às comissuras labiais e à linha média para a retirada do tecido hiperplásico (Figura 3).

Figura 3 – Delimitação da lesão no lábio superior para exérese.

A sutura por planos foi feita através de pontos simples com fio absorvível 4-0 (poliglactina 910) e mononylon 6-0. Foi realizado um curativo compressivo no lábio superior, utilizando micropore na cor da pele, com o objetivo de reduzir o edema e formação de hematoma. A paciente recebeu orientações pós-operatórias básicas e solicitação de restrição de movimentação labial, como sorrir por exemplo. A prescrição medicamentosa englobou o uso de antiinflamatório não esteroidal (nimesulida 100mg a cada 12h), durante três dias e dipirona sódica 500mg para analgesia.

A remoção da sutura ocorreu após 15 dias do procedimento cirúrgico e a paciente apresenta-se sob acompanhamento pós-operatório de seis meses, sem queixas estéticas (Figuras 4, 5, 6 e 7).

Figura 4 – Pós-operatório de seis meses com o paciente sorrindo, demonstrando estética favorável em visão de perfil.

Figura 5 – Pós-operatório de seis meses com o paciente sorrindo, demonstrando estética favorável em visão de perfil.

Figura 6 – Pós-operatório de seis meses com o paciente reabilitado proteticamente e demonstrando estética favorável.

Figura 7 – Pós-operatório de seis meses com o paciente reabilitado proteticamente e demonstrando estética favorável em visão de perfil.

3. Discussão

Descrita por uma mucosa flácida, localizada, principalmente, na borda livre do lábio superior na proporção de 10:1 em relação ao inferior, características presentes nesta paciente (BENMEIR et al., 1992; AMUI, 1993; CASTRO, 2000; GREENFIELD et al., 2000; PRATA et al., 2001 e MARZOLA, 2006).

A visualização deste tecido hiperplásico é praticamente imperceptível quando o lábio está em repouso, evidenciando-se com a tensão gerada no lábio ao sorri pela contração do músculo orbicular dos lábios, posicionando a mucosa acima dos incisivos superiores. Esta característica descrita anteriormente, está evidenciada no caso relatado (GREENFIELD et al., 2000; BRINHOLE et al., 2006; TEMPRANO et al., 2011).

Por não apresentar sinais de outras alterações, como blefarocalasia e problemas na tireóide, que caracterizariam a síndrome de Ascher; exclui-se a possibilidade desta síndrome no caso relatado (BOURGUIGNON FILHO et al., 2005 e MARZOLA 2006).

A principal queixa do paciente era a alteração estética, pois não havia sintomatologia associada, como dor, alterações na fala e na mastigação. O aspecto estético foi o principal determinante para estabelecer a indicação da cirurgia, assim como ocorre na maioria dos relatos de caso (AMUI, 1993; GREENFIELD et al., 2000; BRINHOLE et al., 2006; OLÍMPIO AGUIAR et al., 2011).

A técnica mais usada entre os cirurgiões e de maior facilidade de realização é a incisão elíptica dupla (MIRANDA et al., 1987; BENMEIR et al., 1992; AMUI, 1993 e PRATA et al., 2001). A incisão elíptica foi escolhida, neste caso, pela sua facilidade de execução e por proporcionar resultados estéticos pós-operatórios favoráveis.

O conhecimento e habilidade do profissional desde o plano cirúrgico pré-operatório até o ato cirúgico em si, são fatores importantes para o sucesso da cirurgia e um prognóstico satisfatório (HANEMANN et al., 2004; TEMPRANO et al., 2011).

4. Considerações Finais

O lábio duplo é uma alteração limitada à mucosa que na maioria dos casos não envolve tecido muscular e causa alteração, sobretudo, ao sorrir; podendo gerar grande desconforto emocional e de autoestima no paciente, justificando seu tratamento.

Uma avaliação clínica bem feita é de suma importância para determinar o diagnóstico da alteração estética, bem como determinar a terapia mais indicada.

O tratamento cirúrgico apresenta boa evolução clínica e funcional,

permitindo, desta forma, um excelente prognóstico.

Referências

1. AMUI, R. F. Lábio Duplo. **Robrac**, v. 3, n. 6, p. 19-21, 1993.
2. BENMEIR, P.; WEINBERG, A.; NEUMAN, A. et al. Congenital double lip: report of five cases and review of the literature. **Ann. Plast. Surg.**, v.28, n. 2, p. 180-2, 1992.
3. BRINHOLE, M.C.P.; REAL, D.G.; GIOVANI, E.M.; COSTA, C.; TORTAMANO, N. et al. Lábio Duplo Congênito. **Rev. Inst. Ciência Saúde**. p. 327-30, 2006.
4. BOURGUIGNON FILHO, A. M.; LESSA, C.; PADOLFI, S., CYPRIANO, R.V.; CANÇADO, R.P.; PUPPIN, A.A.C.; REZENDE, R.A.; COSTA J.R. Lábio duplo: relato de caso. **Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial** v.3, p.21-5, 2005.
5. CASTRO, A. L. **Estomatologia**. 3° ed. São Paulo: Santos Livraria Editora; p.270-3 2000.
6. GOMEZ-DUASO, A.J.; SEOANE, J.; VAZQUEZ-GARCIA, J.; ARJONA, C. Ascher syndrome: report of two cases. **J Oral Maxillofac Surg.**; v.55, n.1, p.88-90, 1997.
7. GREENFIELD, M.F.; ICOCHEA, R.; HOFFMAM, C., GROPPER, C., Double Lip: An Unusual Presentation. **Rev. Allergan, Inc**., v.66, n. 2, p. 253-6, 2000.
8. HANEMANN, J.A.C.; TOSTE-OLIVEIRA,D.; GOMES, M.F. et al.;. Labio doble congénito asociado ahemangiomas: a propósito de un caso. **Med Oral** n.9, p.155-8, 2004.
9. MARZOLA, C.; AZENHA, M.R.; PEREIRA, R.C. et al.; Lábio duplo de origem congênita: relato de caso e técnica cirúrgica. **Rev. Bras. Odontol.**; n. 64, p.152-154, 2006.
10. MIRANDA, S. L.; LUCCA, M. E. S.; SOUZA, L. C. M. Lábio duplo: apresentação de caso clínico e técnica cirúrgica. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 9, n. 1, p. 28-35, 1987.
11. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M. et al.; **Patologia oral & maxilofacial** Cap.1. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.5-6, 2008.
12. OLÍMPIO AGUIAR, P., VERAS AGUIAR, C., MITTMANN, M., JOSÉ ALVES, P. Lábio duplo: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Cirurgia Plástica Ibero-Latinoamericana**, v. 37, n. 2, 2011.
13. PATRIARCA, C. Lábio duplo: sorriso duplo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 60, n. 2, p. 158-60, 2006.
14. PRATA, D.S.M.; AMBRIZZI, D. R.; PEREIRA FILHO, V.A. et al., Lábio duplo: relato de caso. UFES **Rev. Odontol.**, v. 3, n. 1, p. 40-3, 2001
15. TEMPRANO, A.V.B., PIMENTA E SOUZA, D., Labioplastia helicoidal como tratamento de lábio duplo. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe**, v.11, n.1, p. 9-12, 2011.