



RESUMO EXPANDIDO

CORREÇÃO DE DEFORMIDADE EM ASSOBIO COM RETALHO DE ABBÉ: RELATO DE CASO EM FISSURA LABIOPALATINA BILATERAL***WHISTLE DEFORMITY CORRECTION WITH ABBÉ FLAP: A CASE REPORT OF BILATERAL CLEFT LIP AND PALATE RECONSTRUCTION***Betina Vescovi¹Ricardo Vitiello Schramm²Maria Luiza dos Santos³Catherine Giusti Alves⁴Eduarda Paiva Borsa⁵Eduardo Canova da Rosa⁶**RESUMO**

A reconstrução de defeitos labiais após fissura labiopalatina requer uma abordagem cuidadosa, considerando as funções essenciais dos lábios. Descrevemos a reconstrução labial de um paciente de 19 anos com fissura labiopalatina bilateral completa, previamente tratado com rinoqueiloplastia pela técnica de Millard tipo I e palatoplastia segundo Furlow. O paciente apresentava deformidade em "assobio" grau I e columela curta, resultantes das correções anteriores. Para corrigir essas deformidades, foi indicada a técnica do retalho de Abbé em dois tempos cirúrgicos. No primeiro tempo, foi realizada a ressecção da área retraída do lábio superior e a transposição de um retalho do lábio inferior, com pedículo na artéria labial, com boa perfusão do retalho. No segundo tempo, a divisão do pedículo apresentou boa evolução. Destacamos a eficácia do retalho de Abbé na correção das deformidades labiais, proporcionando significativas melhorias na simetria labial e na funcionalidade do paciente.

Descritores: Fissura Palatina. Retalhos Cirúrgicos. Procedimentos Cirúrgicos.

ABSTRACT

Reconstruction of lip defects following cleft lip and palate requires a careful approach, given the essential functions of the lips. We describe the lip reconstruction of a 19-year-old patient with a complete bilateral cleft lip and palate, previously treated with Millard type I cheiloplasty and Furlow palatoplasty. The patient presented with a whistle deformity (grade I) and a short columella, resulting from prior surgical corrections. To address these deformities, a two-stage Abbé flap technique was indicated. In the first stage, the retracted area of the upper lip was resected and a flap from the lower lip, based on the labial artery, was transposed, with good flap perfusion. In the second stage, pedicle division showed satisfactory healing and evolution. This case highlights the effectiveness of the Abbé flap in correcting labial deformities, offering significant improvements in lip symmetry and functional outcomes.

Keywords: Cleft Palate. Surgical Flaps. Surgical Procedures.

¹ Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: betinavescovi95@gmail.com

² Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: vitielloschramm@gmail.com

³ Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: 12malusantos@gmail.com

⁴ Residente de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: catherinealves1@hotmail.com

⁵ Estudante de Medicina. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: eduarda.borsa@ufcspa.edu.br

⁶ Membro Especialista SBCP. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Santa Casa de Porto Alegre - UFCSPA - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: eduardocanova8@gmail.com



INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina corresponde a 46% das fissuras orofaciais, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino¹. Essa malformação decorre de falhas na fusão das proeminências faciais entre a 4ª e a 10ª semana gestacional. Estudos recentes identificam múltiplos genes, distribuídos em diferentes regiões cromossômicas, como envolvidos em sua etiologia. A classificação de Spina considera a relação com o forame incisivo, podendo ser pré-incisiva, pós-incisiva ou trans incisiva². Na forma bilateral completa, observa-se descontinuidade entre a pré-maxila - onde se inserem os incisivos centrais e laterais - e o arco alveolar. Frequentemente, os segmentos laterais colapsam medialmente em direção à língua, bloqueando a pré-maxila e gerando implicações funcionais. Além das dificuldades alimentares, a ausência de continuidade do palato e do lábio afeta a fonação, provocando hipernasalidade e alterações na articulação. Infecções na cavidade timpânica também são frequentes¹. A deformidade em assobio é uma seqüela comum em fissuras bilaterais, caracterizada por lábio superior com entalhe central no vermelhão e deficiência de volume principalmente na linha média. É frequente após reparos do tipo Manchester, que utilizam mucosa de baixo volume na região central. O tratamento mais indicado é a conversão para o método de Millard, que utiliza os segmentos laterais para formar o vermelhão central, promovendo melhor simetria e contorno³. O retalho de Abbé, descrito inicialmente por Sabatini e posteriormente por Abbé, foi desenvolvido primordialmente para a correção de defeitos na linha média do lábio superior. Trata-se de um retalho de transposição, também conhecido como lip-switch, de espessura total, amplamente utilizado na reconstrução labial, especialmente em casos de correção de fissuras labiopalatinas⁴. A abordagem dessas alterações é fundamental na prática cirúrgica, dada sua complexidade anatômica e o impacto direto na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVO

Relatamos um caso de reconstrução labial com retalho de Abbé em paciente com fissura labiopalatina bilateral, visando corrigir deformidades e melhorar a simetria. O relato foi feito em um hospital de alta complexidade em Porto Alegre, abril de 2025.

MÉTODO

Paciente do sexo masculino, 19 anos, portador ao nascimento de fenda labiopalatina bilateral (LAHSHAL), sem outras comorbidades. Foi submetido à rinoqueiloplastia pela técnica de Millard aos 5 meses de idade e à palatoplastia segundo Furlow aos 2 anos. Evoluiu com columela curta e retração da porção medial do lábio superior, resultando em deformidade em “assobio” grau I. Após perda de



seguimento no hospital onde havia realizado os tratamentos iniciais, o paciente foi encaminhado ao nosso serviço aos 19 anos para avaliação e realização de procedimentos reconstrutivos, sendo indicada a realização de retalho de Abbé em dois tempos cirúrgicos para o paciente.

RESULTADOS

Realizamos um retalho de Abbé em dois tempos cirúrgicos. No primeiro tempo, procedeu-se à ressecção da área retraída da porção cutânea do lábio superior, seguida da transposição de um retalho do lábio inferior, com pedículo baseado na artéria labial. O paciente recebeu alta após a recuperação anestésica. No pós-operatório, permaneceu em dieta líquida fria isenta de lactose, retornando para acompanhamento ambulatorial no 7º e 14º dias, apresentando boa evolução do retalho, com perfusão adequada. No segundo tempo cirúrgico, realizado 21 dias após a primeira intervenção, foi feita a divisão do pedículo, procedimento conduzido com êxito. O paciente recebeu alta no dia seguinte, com orientações para manutenção de dieta líquida fria por mais duas semanas. Em 7º pós operatório sem queixas.

DISCUSSÃO

A técnica de rotação-avanço de Millard tipo I é amplamente usada no reparo de fissuras labiopalatinas, com foco na preservação dos tecidos e mínima remoção. Consiste no avanço medial do segmento externo da fenda do lábio superior e na rotação inferior do segmento interno, mantendo os arcos do Cupido e o filtro labial. A distribuição da tensão ao longo do vermelhão ajuda a evitar cicatrizes alargadas⁴. A deformidade em assobio é uma sequela comum após a queiloplastia primária, caracterizada por um entalhe central no vermelhão, deficiência de volume e descontinuidade do músculo orbicular da boca, principalmente na linha média. É mais frequente em pacientes com fissura labiopalatina bilateral, causada por deficiência de tecido no prolábio. Essa condição pode comprometer tanto a estética quanto a função labial. Para facilitar a abordagem cirúrgica, a deformidade foi classificada em quatro graus, conforme a exposição das coroas e gengiva dos incisivos superiores: grau I (exposição limitada aos incisivos centrais), grau II (inclui parte dos incisivos laterais), grau III (exposição das coroas e até metade das gengivas), e grau IV (exposição extensa das coroas e gengivas de incisivos centrais e laterais). Essa classificação orienta a escolha da técnica reconstrutiva, que nesse caso foi o retalho de Abbé³. A técnica do retalho de Abbé consiste na transferência de um segmento em “V”, de espessura total, do lábio inferior para o superior, visando aumentar o volume transversal, especialmente em casos de reparos anteriores insatisfatórios. O retalho, vascularizado pelos vasos labiais, é inserido após incisão vertical no lábio superior para preencher o defeito. Os princípios incluem manter a altura do retalho igual à do defeito, centralizar o



pedículo e permitir certa flexibilidade na largura pela elasticidade do tecido doador⁴. O procedimento é feito em dois tempos cirúrgicos, mantendo-se o pedículo por duas a três semanas antes da secção. Embora proporcione bons resultados estéticos e funcionais, pode gerar convexidade nas margens do retalho e maior mobilidade dos segmentos laterais em contraste com a região central, mais rígida. Ainda assim, trata-se de uma técnica consagrada, especialmente eficaz na reconstrução labial em fissuras labiopalatinas, com melhora significativa na simetria, contorno e projeção do lábio superior⁴.

CONCLUSÃO

A técnica de retalho de Abbé em dois tempos cirúrgicos foi eficaz na correção da deformidade em assobio, proporcionando melhoria significativa na simetria labial, projeção e funcionalidade do lábio superior no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- 1- Thorne CH. Grabb & Smith's: Cirurgia Plástica. (7ª edição). Rio de Janeiro: Thieme Brazil; 2018.
- 2- Gemperli R, Munhoz AM, Neto ADAM. Fundamentos da Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro: Thieme Brazil; 2016.
- 3- Jian X, Jian Y, Wu X, Li H. Estratégia para correção de deformidade de assobio na proteção de músculos leporinos secundários. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Sep;8(9):e3156. doi: 10.1097/GOX.0000000000003156.
- 4- Neligan PC. Craniomaxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

FIGURAS

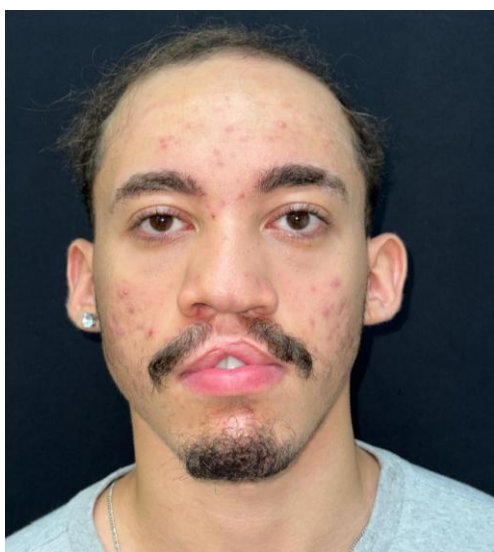


Figura 1: Pré operatório



Figura 2: Transoperatório 1º tempo



Figura 3: PO imediato 1º tempo



Figura 4: 21 dias PO 1º tempo



Figura 5: 1ª semana PO 2º tempo