



Associação de retalho mucoso e retalho cutâneo local na reconstrução de perda de substância em região da bochecha

Mucosal and local skin flap reconstruction for loss of substance in the cheek region

JOSE MAURO DE OLIVEIRA SQUARISI^{1*}
THAIS GOMES CASALI¹
DIOGO PETRONI CAIADO FLEURY¹
FERNANDA DINELLI SCALA¹
FABRÍCIO NISHIMOTO¹
PAULO ROBERTO DA COSTA²

Instituição: Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 30/12/2013.
Artigo aceito: 03/08/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0079

■ RESUMO

A face representa uma estrutura importante nos seres humanos, devido a ser a parte mais visível do corpo e conter elementos delicados e complexos, que são essenciais em termos de beleza e funcionalidade. As reconstruções faciais, em áreas de grandes perdas de substâncias, permanecem como um desafio para os cirurgiões. Apresentam várias opções de reparo, todas com suas vantagens e desvantagens. Mostramos o caso de um paciente apresentando perda de substância de espessura total em região de bochecha, que foi submetido à associação de retalho mucoso e retalho cutâneo local, apresentando bom resultado e preservação funcional.

Descritores: Reconstrução; Face; Bochecha; Retalhos cirúrgicos.

■ ABSTRACT

The face is an important structure in humans due to being the most visible part of the body and contain delicate and complex elements that are essential in terms of beauty and functionality. The facial reconstructions in areas of large losses of substances remain a challenge for surgeons. Several repair options exist, all with their advantages and disadvantages. We show the case of a patient with total thickness loss of substance in the region of the cheek submitted to association of mucosal flap and a local flap skin showing good result and functional preservation.

Keywords: Reconstruction; Face; Cheek; Surgical flaps.

¹Residente de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A face representa uma estrutura importante nos seres humanos, devido a ser a parte mais visível do corpo e conter elementos delicados e complexos, que são essenciais em termos de beleza e funcionalidade¹.

Do ponto de vista estético, a região da bochecha pode ser dividida em três unidades, de acordo com sua localização: suborbital, pré-auricular e bucomandibular². A região bucomandibular é constituída de quatro camadas: cutânea, subcutânea, SMAS e mucosa oral, devendo ser reconstruída em mais de um plano cirúrgico.

Muitas formas de reconstrução têm sido descritas, abrangendo a camada superficial e a mucosa oral.

Fechamento primário, enxerto cutâneo parcial e total, retalhos locais (cutâneos e miocutâneos), retalhos livres e expansão tecidual constituem opções para reconstrução do plano superficial¹⁻¹⁰.

Os defeitos mucosos na cavidade oral, resultantes de ressecções tumorais ou processos infecciosos agudos ou crônicos, podem levar o paciente a apresentar déficits funcionais e estéticos significantes, e podem ser reconstruídos com a utilização de fechamento primário, fechamento por segunda intenção com mucosalização, enxertos cutâneos, retalho de língua, retalhos cutâneos locais e retalhos livres^{7,9}.

MÉTODO

Paciente do sexo masculino, 33 anos, faiodermo, estudante universitário, procedente de Pirapora-MG, solteiro, portador do vírus HIV, com relato de episódio de amigdalite havia seis anos, evoluindo com celulite de face (região bucal) bilateral, tendo sido inicialmente tratado com penicilina; apresentou reação alérgica e permaneceu internado com uso de antibioticoterapia, cujo nome desconhece; evoluiu com abscesso e necrose local. À esquerda, apresentando fechamento espontâneo, e à direita, permanecendo com grande área de perda de substância de espessura total; relatou a tentativa de enxerto na época, mas sem evolução satisfatória.

Ao exame, observamos hipotrofia facial importante bilateral e extensa área de perda de substância à direita, conforme evidenciado nas Figuras 1 e 2. Durante esses seis anos, o paciente realizou curativo oclusivo local, sendo necessária a troca várias vezes ao dia e sempre que se alimentava.

Realizava acompanhamento frequente com infectologista, utilizando corretamente terapia antirretroviral prescrita e não apresentando contraindicações à cirurgia.

RESULTADO

Procedimento cirúrgico

Paciente submetido à anestesia geral, com antisepsia cutânea e de cavidade oral. Realizada, inicialmente, incisão na borda entre a região cutânea

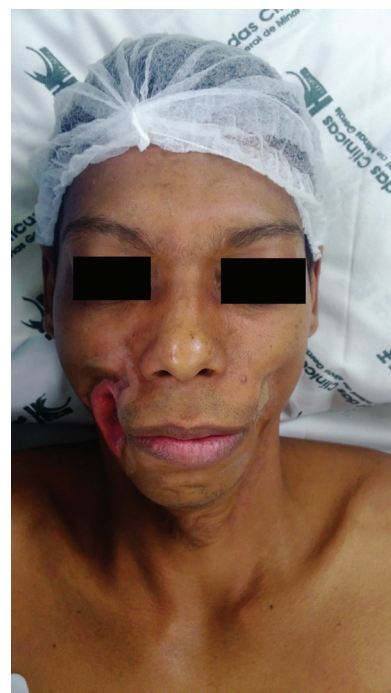


Figura 1. Vista anterior evidenciando hipotrofia importante bilateral e área de perda de substância complexa à direita.



Figura 2. Vista lateral evidenciando hipotrofia importante e área de perda de substância complexa à direita.

e a região de mucosa oral (mucosalização), com dissecação em plano mucoso, confeccionando-se dois retalhos mucosos. Realizada sutura em dois planos, com manutenção da camada mucosa na região intraoral (Figuras 3, 4 e 5).



Figura 3. Imagem evidenciando descolamento de área de mucosalização.



Figura 4. Imagem evidenciando término de confecção de retalho mucoso.



Figura 5. Imagem evidenciando término da sutura em dois planos de retalho mucoso.

Realizada dissecação de retalho cutâneo em plano supra-SMAS de região de terço médio facial, confeccionando-se retalho de transposição lateral e fechamento por planos, seguido de curativo local (Figuras 6 e 7).

Paciente foi submetido à antibioticoprofilaxia com clindamicina e à drenagem aspirativa a vácuo.

No sétimo dia de evolução pós-operatória, paciente apresentou pequena região de sofrimento do retalho cutâneo (bordas), com secreção local



Figura 6. Confecção de retalho cutâneo local.



Figura 7. Aspecto final ao término da cirurgia – observa-se dreno aspirativo.

purulenta. Foi prescrita então antibioticoterapia por sete dias (ciprofloxacina e metronidazol), com boa evolução e fechamento por segunda intenção. Apresentou-se, assim, resultado satisfatório, com ausência de fístula salivar, preservação da função mastigatória e sem necessidade de manutenção de curativos (Figuras 8, 9 e 10).



Figura 8. Vista anterior de pós-operatório de três meses.



Figura 9. Vista em perfil direito de pós-operatório de três meses.



Figura 10. Vista intraoral evidenciando mucosa íntegra.

DISCUSSÃO

As reconstruções faciais em áreas de grandes perdas de substâncias permanecem como um desafio para os cirurgiões^{1,3}. Apresentam várias opções de reparo, todas com suas vantagens e desvantagens¹.

Os enxertos cutâneos constituem opções simples, com pouca morbidade associada, porém apresentam coloração e espessura diferentes da região receptora, apresentando resultado estético insatisfatório^{1,3,6}.

Os retalhos livres são uma excelente opção, porém necessitam de estrutura apropriada para realização do procedimento e equipe com experiência em microcirurgia. Podem apresentar complicações, como infecção, trombose e perda do retalho^{3,4,8,9}.

Os retalhos locais apresentam-se como uma ótima escolha, pois fornecem tecido de cor e textura semelhantes, e têm um risco reduzido para pacientes com comorbidades; porém, têm aplicação limitada em defeitos extensos. Como exemplos de retalhos que são utilizados, podemos citar os retalhos de Esser, Blascowicz, Ferris Smith, Mustardé, Converse, Stark, Juri e Juri, Zide e Schruder e Kröll^{6,11,12}.

Função oral adequada e resultados estéticos devem ser buscados na reconstrução da cavidade oral; enxertos cutâneos, retalhos cutâneos locais e retalhos livres apresentam-se como opções para

reconstrução da mucosa oral. O retalho de língua também constitui uma opção, porém pode apresentar alteração mastigatória e de deglutição^{7,9}.

Reconstruções de grandes perdas de substâncias na face constituem um desafio cirúrgico e a associação de retalho mucoso e retalho cutâneo local constitui uma boa opção, com baixa morbidade e com tecido semelhante, na reconstrução de espessura total na região da bochecha.

REFERÊNCIAS

1. Motamed S, Fadaee-Naeni A. Reconstruction of the cheek, moustache, and beard by transferring an expanded cervical flap. *Arch Iran Med.* 2008;11(2):221-3. PMID:18298305.
2. Heller L, Cole P, Kaufman Y. Cheek reconstruction: current concepts in managing facial soft tissue loss. *Semin Plast Surg.* 2008;22(4):294-305. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1095888>. PMID:20567705
3. Saito N, Tsutsumida A, Furukawa H, Sekido M, Oyama A, Funayama E, et al. Reconstructive considerations in the treatment of soft tissue sarcomas of the cheek. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2010;30(2):103-6. PMID:20559481.
4. Colletti G, Autelitano L, Tewfik K, Rabbiosi D, Biglioli F. Autonomized flaps in secondary head and neck reconstructions. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2012;32(5):329-35. PMID:23326014.
5. Fenton CC, Kertesz T, Baker G, Sándor GKB. Necrotizing fasciitis of the face: a rare but dangerous complication of dental infection. *J Can Dent Assoc.* 2004;70(9):611-5. PMID:15473945.
6. Liu FY, Xu ZF, Li P, Sun CF, Li RW, Ge SF, et al. The versatile application of cervicofacial and cervicothoracic rotation flaps in head and neck surgery. *World J Surg Oncol.* 2011;9(1):135. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7819-9-135>. PMID:22018437
7. Eckardt AM, Kokemüller H, Tavassol F, Gellrich NC. Reconstruction of oral mucosal defects using the nasolabial flap: clinical experience with 22 patients. *Head Neck Oncol.* 2011;3(1):28. <http://dx.doi.org/10.1186/1758-3284-3-28>. PMID:21605443
8. Reis J, Amarante J, Malheiro E, Santa-Comba A, Costa-Ferreira A, Barroso ML. Retalhos livres na reconstrução de cabeça e pescoço. *Acta Med Port.* 1998;11(2):103-10. PMID:9567406.
9. Denewer AT, Steet AE, Mohamed OH, Aly OF. Locally advanced cheek carcinoma; radical surgery and reconstruction of thigh and through defects. *Journal of the Egyptian Natl. J Egypt Natl Canc Inst.* 2006;18(2):141-6. PMID:17496939.
10. White CP, Rosen N, Muhn CY. The usefulness of the bilobed flap for lateral cheek defects. *Can J Plast Surg.* 2012;20(1):e19-21. PMID:23598770.
11. Mehrara BJ. Reconstrução das bochechas. In: Thorne CH, Beasley RW, Aston SJ, Bartlett SP, Gurtner GC, Spear SL, Grabb e Smith: *cirurgia plástica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 366-79.
12. Beirigo MF, D'Alessandro GS, Oksman D, Nunes TR, Busnardo FF, Pinto WS. Reconstrução da porção medial da pálpebra inferior com retalho de Imre. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(4):569-72.

*Autor correspondente:

Jose Mauro de Oliveira Squarisi

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – Avenida Professor Alfredo Balena, 110 – Santa Efigênia – Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-100

E-mail: josemauroeu@yahoo.com.br