

Utilização do retalho do músculo temporal para tratamento de exposição de tela de titânio após maxilectomia complexa: relato de caso



HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES ^{1,2*}

CAMILA CARVALHO CAVALCANTE MARINHO ²
LORENZO DUARTE TESTOLIN ^{1,3}
ALYRIO MOURÃO ²
MARIANGELA LATINI DE MIRANDA ²
RENATO CORREIA LIMA ²

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0109

INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez em 1856, por Billroth, o carcinoma adenoide cístico (CAC), ou cilindroma, corresponde à segunda neoplasia mais comum encontrada na glândula parótida, e a mais comum entre as glândulas submandibulares e sublinguais¹.

É mais frequente na quinta década de vida e existe uma igual distribuição entre os sexos, embora alguns estudos mostrem predileção pelo gênero feminino².

O CAC é uma neoplasia maligna rara, que apresenta crescimento lento e, geralmente, prognóstico desfavorável, pela agressividade da invasão tumoral (invasão neural e metástases à distância são comuns) e elevado poder recidivante, mesmo após cirurgia radical e radioterapia^{1,2}.

O prognóstico varia de acordo com as suas características microscópicas, clínicas e localização anatômica³. O subtipo cribiforme é o padrão histológico mais comum e apresenta um baixo grau histológico⁴.

Indivíduos com CAC em seio maxilar, geralmente, apresentam doença mais avançada devido à invasão de ossos e partes moles⁴. A maxila é uma estrutura óssea localizada no terço médio da face que contém o seio maxilar e apresenta importante função estrutural. Devido a sua complexa configuração, a reconstrução maxilar é difícil e desafiadora⁵.

RELATO DO CASO

A.S.O., 66 anos, gênero feminino, natural de Ouro Branco/MG, com história prévia de turbinectomia, realizada em 2010, devido a lesão em seio maxilar com invasão do septo nasal, cujo anatomopatológico diagnosticou carcinoma adenoide cístico.

Evoluiu com recidiva em 2012, sendo submetida a duas linhas de quimioterapia. No entanto, apresentou nova recidiva em 2015, e optou-se pela realização de radioterapia devido a recusa de tratamento cirúrgico pela paciente. Em 2017, evoluiu novamente com recidiva, e após novas sessões de radioterapia, não houve remissão.

Foi encaminhada ao serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço do Instituto Mário Penna/MG, e identificou-se lesão

RESUMO

O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna rara, de crescimento lento, caracterizada por prognóstico reservado, devido a sua agressividade e grande potencial recidivante. Neste relato, apresentamos uma paciente portadora de carcinoma adenoide cístico em maxila, submetida à ressecção cirúrgica com margens amplas e reconstrução da maxila com tela de titânio. Evoluiu com deiscência de ferida e exposição de tela, sendo utilizado o retalho de músculo temporal para cobertura de defeito no terço médio da face. Devido a complexa configuração da maxila, a reconstrução dos defeitos pós-excisionais ainda representam um desafio para os cirurgiões plásticos e cirurgiões de cabeça e pescoço.

Descritores: Carcinoma adenoide; Maxila; Cirurgia reconstrutora; Músculo temporal; Retalhos.

exofítica na parede lateral da fossa nasal com acometimento do ducto nasolacrimal esquerdo e seio maxilar, mas sem invasão da órbita. Foi realizada biópsia da lesão, sendo confirmado carcinoma adenoide cístico com padrão cribiforme e invasão perineural.

Logo, em junho de 2018, foi submetida a maxilectomia com reconstrução do assoalho orbital com tela de titânio, miniplacas e parafusos 1.5 (Figuras 1.A e 1.B). Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato, recebendo alta no dia seguinte ao procedimento cirúrgico. Retornou ao ambulatório da equipe de Cirurgia da Cabeça e Pescoço duas semanas após o procedimento, sem intercorrências (Figura 1.C). O resultado do anatomopatológico revelou carcinoma adenoide cístico com margens livres.



Figura 1. A: Imagem frontal da paciente no pré-operatório; **B:** Marcação da maxilectomia; **C:** Após 14 dias de evolução pós-operatória.

Em outubro de 2018, durante acompanhamento ambulatorial oncológico, evoluiu com retração da pálpebra inferior com deiscência da ferida operatória e consequente exposição da placa de titânio, mas sem sinais de recidiva tumoral ao exame clínico ou em exames de imagem (Figura 2).

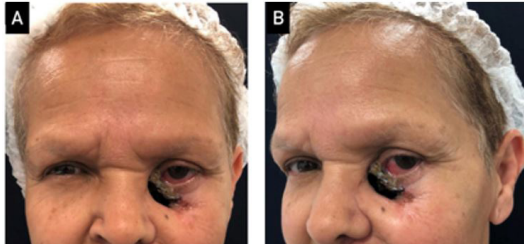
Desse modo, em novembro de 2018, foi submetida a novo procedimento cirúrgico em conjunto com a equipe da cirurgia plástica no Hospital da Baleia/MG. Durante ato operatório, inicialmente, foi realizada ressecção das bordas da ferida

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Instituto Mário Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil.





Figuras 2. A e B: Deiscência de ferida operatória com exposição da placa de titânio.

para estudo anatomopatológico com conseqüente exérese de pálpebra inferior remanescente e exposição do tarso.

Um enxerto de cartilagem auricular foi posicionado com a concavidade voltada para a túnica conjuntiva do bulbo do olho, e fixado ao tarso residual. Foi confeccionado retalho de músculo temporal baseado no pedículo da artéria temporal superficial esquerda e, após tunelização, foi utilizado para cobertura do defeito em região maxilar e do enxerto de cartilagem (Figura 3.A). Optou-se por colocar dreno Portovac® em região temporal doadora do retalho.

Para cobertura do retalho muscular, confeccionou-se retalho cutâneo de avanço com remanescente de pele em terço médio da face, sendo necessário enxerto de pele total para cobertura da região palpebral inferior para evitar tensão no local (Figura 3B).



Figura 3. A: Retalho de músculo temporal após tunelização e transposição para terço médio da face; B: Cobertura com retalho cutâneo local e enxerto de pele total; C: Imagem após três meses de pós-operatório, edema em região orbital e ectrópio inferior.

Visando melhorar a simetria facial, foi realizada lipoenxertia em retalho cutâneo (lipoenxertado cerca de 40 mL de gordura autógena após preparo da mesma por decantação) e cantoplastia esquerda.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com edema assimétrico em hemiface esquerda e drenagem de pequena quantidade de secreção sero-hemática, sendo tratada somente com medidas clínicas, sem necessidade de reabordagem cirúrgica. Recebeu alta no dia seguinte sem outras intercorrências. O anatomopatológico das bordas da lesão evidenciou margens livres. Paciente com boa evolução até o momento, sem sinais de recidiva, apresentando ectrópio inferior devido a retração do enxerto de pele (Figura 3.C).

DISCUSSÃO

No caso relatado, a paciente era portadora CAC do tipo histológico cribriforme com infiltração perineural que, somado à sua localização em seio maxilar, configura um quadro de pior prognóstico e risco de recidiva, conforme a literatura pesquisada. A idade de aparecimento da lesão e o gênero da

paciente em questão também estão de acordo com os dados disponíveis.

Devido a sua agressividade, a cirurgia radical do tumor para obtenção de margens livres é o tratamento de escolha para o CAC². A radioterapia adjuvante pode suprimir ou diminuir a taxa de crescimento¹.

O avanço no desenvolvimento de materiais de fixação, como o titânio, permitiu a confecção de placas de reconstrução que, inicialmente, eram utilizadas como tratamento padrão para a substituição de uma falha óssea⁶. No entanto, devido a alta incidência de exposição e fratura das placas, principalmente em pacientes submetidos à radioterapia pós-operatória, a utilização de técnicas microcirúrgicas são consideradas atualmente como o padrão-ouro na cirurgia reparadora^{7,8}.

Entretanto, muitos centros que tratam do câncer de cabeça e pescoço, no Brasil, acabam não utilizando retalhos microcirúrgicos livres em um número significativo dos casos, devido ao seu alto custo, necessidade de alta tecnologia e maior tempo cirúrgico^{8,9}.

Uma alternativa consiste no uso de retalhos de vizinhança, principalmente no tratamento de defeitos maxilares extensos em hospitais que não apresentam equipes microcirúrgicas. Eles podem ser compostos apenas de tecidos sem função estrutural, como o retalho de músculo temporal, ou podem conter segmentos ósseos, como o retalho de fásia temporal com osso parietal^{7,10}.

CONCLUSÃO

Devido à complexa configuração da maxila, a reconstrução dos defeitos pós-excisionais ainda representa um desafio para cirurgiões plásticos e de cabeça e pescoço. O retalho de músculo temporal mostrou-se uma boa opção para reconstrução da região periorbital e malar, com cobertura do material de síntese, e resultado estético e funcional satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Tommasi AF, Lima AAS. Semiologia das glândulas salivares. In: Tommasi AF (ed.). Diagnóstico em patologia bucal. 3 ed. São Paulo: Pancast. 2002; 374-5.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Doenças das glândulas salivares. In: Patologia bucal correlações clinicopatológicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000; 230-3.
- Quon HHD, Feldman M, Sewell D, Weber RS. Cancer of the head and neck. In: Clinical oncology. 3 ed. Philadelphia: Elsevier. 2004; 1505.
- Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. Am J Surg. 1979; 138(4):579-83.
- Min R, Siyi L, Wenjun Y, Ow A, Lizheng W, Minjun D, et al. Salivary gland adenoid cystic carcinoma with cervical lymph node metastasis: a preliminary study of 62 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012; 41:952-7.
- Boyes-Varley JG, Howes DG, Davidge-Pitts KD, Brånemark I, McAlpine JA. A protocol for maxillary reconstruction following oncology resection using zygomatic implants. Int J Prosthodont. 2007; 20(5):521-31.
- Costa SM, et al. Reconstrução da maxila. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2010; 13(3):165-8.
- Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. Plast Reconstr Surg. 2000; 125(7):2331-48.
- Campbell HH. Reconstruction of the left maxilla. Plast Reconstr Surg. 1948; 3(1):66-72.
- Davison SP, Mesbahi AN, Clemens MW, Picken CA. Vascularized calvarial bone flaps and midface reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008; 122(1):10e-18e.

*Endereço Autor:

Hugo Leonardo Resende Rodrigues

Av. Contorno, nº8000 Sala 1302 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30110-056

E-mail: hugo@doutorhugorodrigues.com.br