





Reconstrução microcirúrgica com retalho livre em forma de catedral após ressecção de carcinoma da língua: Relato de caso

Microsurgical Cathedral-Shaped Free Flap Reconstruction Following Resection of Tongue Carcinoma: Case Report

Mario Augusto Ferrari de Castro¹ Kauê de Carvalho Moura² Bruno Pelinson Fogaça Duarte¹
Rogério Aparecido Dedivitis³

¹ Universidade Metropolitana de Santos, Santos, SP, Brasil

² Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Ana Costa, Santos, SP, Brasil

³ Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência Bruno Pelinson Fogaça Duarte, Undergraduate Medicine Student, Rua Eduardo Risk 86, Enseada, Guarujá, SP, CEP: 11441-140, Brazil (e-mail: bruno_duarte72@yahoo.com.br).

Rev Bras Cir Plást 2026;41:s00461820514.

Resumo

Palavras-chave

- ▶ neoplasias da língua
- ▶ neoplasias de cabeça e pescoço
- ▶ retalhos de tecido livre
- ▶ neoplasias da boca
- ▶ microcirurgia

As grandes lesões da língua representam um desafio significativo, que exige uma reconstrução tridimensional minuciosa para alcançar a ressecção oncológica e as funções ideais de fala e deglutição para o paciente. Neste relato de caso, apresentamos uma reconstrução por meio de um retalho microcirúrgico livre anterolateral da coxa em forma de catedral para restaurar os dois terços anteriores da língua e o assoalho da cavidade oral após a ressecção de câncer de língua avançado. O paciente teve uma rápida recuperação e restauração da função fisiológica.

Abstract

Keywords

- ▶ tongue neoplasms
- ▶ head and neck neoplasms
- ▶ free tissue flaps
- ▶ mouth neoplasms
- ▶ microsurgery

Large lesions to the tongue pose a significant challenge, requiring meticulous three-dimensional reconstruction to achieve oncological resection and optimal speech and swallowing function for the patient. In the current case report, we present a reconstruction using a microsurgical, anterolateral, thigh free flap shaped like a cathedral to restore the anterior two-thirds of the tongue and the floor of the oral cavity following advanced tongue cancer resection. The patient experienced rapid recovery and restoration of physiological function.

recebido
05 de junho de 2025
aceito após revisão
13 de janeiro de 2026

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0046-1820514>.
ISSN 2177-1235.

Editor-chefe: Dov Charles Goldenberg.

© 2026. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua Rego Freitas, 175, loja 1, República, São Paulo, SP, CEP 01220-010, Brazil

Introdução

O câncer da cavidade oral, em especial o carcinoma espinocelular, é associado a taxas significativas de morbidade e mortalidade; a língua é um sítio comum de desenvolvimento dessa neoplasia.^{1,2} A cirurgia ainda é o principal método de tratamento e, com frequência, é complementada por radioterapia e quimioterapia em casos com alto risco de recidiva. Consequentemente, a técnica cirúrgica é bastante enfatizada para assegurar a remoção completa do tumor, o que otimiza a qualidade de vida pós-operatória e a reabilitação funcional.^{3,4}

Nos casos com necessidade de ressecção extensa da língua, a reconstrução com retalho livre descrita por Leymarie et al.⁵ é uma opção muito eficaz. Os principais sítios doadores são o antebraço radial (AR) e a coxa anterolateral (CAL); além disso, fatores como o tamanho do defeito, a morbidade do sítio doador, a reconstrução de estruturas adjacentes, a possibilidade de reinervação do retalho e a ressecção oncológica simultânea são cuidadosamente considerados.² O desfecho da reconstrução do retalho pode variar, pois geralmente é influenciado por seu formato. Diversos modelos de retalhos e técnicas para a sua colocação foram desenvolvidos para replicar a intrincada estrutura tridimensional da língua.⁶ Apresentamos aqui um caso de neoplasia maligna avançada da língua, que foi reconstruída com sucesso utilizando um retalho livre da CAL em forma de catedral.

Relato de Caso

Um paciente de 65 anos, com longo histórico de tabagismo, apresentava uma lesão ulcerada e dolorosa na superfície lingual, associada a disfagia e perda de peso, havia 3 meses. A biópsia confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular. O exame físico revelou uma lesão ulcerada e infiltrativa que se estendia além da linha média na borda direita e na superfície ventral da língua (►Fig. 1). Não havia aumentos de volume no pescoço.

Uma tomografia computadorizada do pescoço revelou uma lesão de 2,1 × 3,1 × 1,7 cm no centro da porção anterior direita da língua (►Fig. 2). A nasofibrolaringoscopia não revelou nenhuma lesão na base da língua. O paciente foi submetido a uma glossectomia subtotal de tipo IVa com dissecação cervical supra-hióidea bilateral. A reconstrução empregou um retalho microcirúrgico da CAL em forma de catedral (►Figs. 3-7). O paciente recebeu alta no sétimo dia de pós-operatório (►Fig. 8). No décimo quinto dia, a sonda nasoenteral foi removida, e o paciente foi submetido a transição da alimentação nasoenteral para oral em 30 dias. No trigésimo dia de pós-operatório (►Fig. 9), o paciente apresentava boa deglutição e ausência de alterações, com voz perfeitamente inteligível, somente com um possível hematoma na região posterior. Após essa avaliação, o paciente não retornou para acompanhamento. A análise histopatológica revelou a presença de carcinoma espinocelular queratinizante invasivo, bem diferenciado, medindo 2,5 cm e com 10 mm de profundidade de invasão. As margens estavam livres e não havia comprometimento de linfonodos



Fig. 1 Lesão na língua antes da ressecção.



Fig. 2 Imagem de tomografia computadorizada da lesão na língua.



Fig. 3 Forma em catedral (espessura) antes da coleta do retalho.



Fig. 5 Alteração do formato do retalho livre para inserção no sítio doador.



Fig. 4 Preparo do retalho livre.



Fig. 6 Retalho inserido na área receptora.

(classificação de tumor [T], linfonodo [*node*, N, em inglês] e metástase [M]: T3N0MX).⁷ O paciente também foi submetido a radioterapia adjuvante.

Discussão

Os defeitos da língua são associados principalmente a ressecções oncológicas.² Essas lesões tendem a ocorrer na borda lateral dos primeiros dois terços da língua e, em cerca de 75% dos casos, não há invasão contralateral do órgão.⁷ Até mesmo

pequenas ressecções oncológicas podem exigir a reconstrução com retalhos locais, pediculados ou livres para a manutenção da margem de segurança de 1,5 a 2 cm.² Embora a glossectomia se refira apenas à ressecção da língua, o procedimento cirúrgico pode envolver também estruturas adjacentes, estendendo-se além da porção oral e incluindo a base da língua. Portanto, técnicas de retalho mais elaboradas são frequentemente necessárias para o restauro da capacidade de deglutição e fonação o mais próximo possível da forma fisiológica.^{2,4}



Fig. 7 Retalho inserido na área receptora.



Fig. 8 Aspecto no sétimo dia de pós-operatório.



Fig. 9 Aspecto no trigésimo dia de pós-operatório.

Nas lesões menores, a cicatrização por segunda intenção, suturas simples, enxertos de pele ou retalhos locais podem ser considerados.^{2,8} Ainda assim, casos com indicação de hemiglossectomia geralmente exigem retalhos mais complexos. A escolha do retalho apropriado depende de vários fatores, como o tamanho da lesão, a avaliação dos vasos doadores no pescoço, a invasão do assoalho da boca e/ou da faringe e o acometimento da mandíbula.

A reconstrução microcirúrgica de defeitos da cavidade oral foi introduzida em 1983, utilizando um retalho livre de AR. Desde então, a técnica tornou-se cada vez mais difundida e evoluiu ao longo do tempo. Hoje, a reconstrução microcirúrgica é o método preferido para defeitos maiores da língua; o AR e a CAL são os principais sítios doadores para os retalhos livres.^{2,7}

A reconstrução imediata deve ser considerada por levar a melhores desfechos funcionais; além disso, os pacientes oncológicos podem necessitar de radioterapia pós-operatória. Entre os benefícios do retalho da CAL estão a morbidade mínima no sítio doador e a disponibilidade de um volume substancial de tecido para a confecção. Isso o torna uma excelente opção para tratamento de defeitos extensos da língua, até mesmo daqueles que acometem mais da metade do órgão.^{2,6}

Segundo alguns autores,^{7,8} o tamanho do retalho da CAL pode fazer com que a nova língua tenha menor mobilidade. Diversos estudos indicaram que, em comparação ao retalho de AR, o retalho da CAL apresenta resultados pós-operatórios comparáveis em termos de inteligibilidade da fala, mobilidade e deglutição. Assim, por estar associado a uma menor morbidade no sítio doador, o retalho da CAL pode ser uma opção preferível ao retalho de AR.^{7,8} O desenho do retalho

deve ser personalizado para atender às necessidades específicas de cada paciente. Diversas formas descritas na literatura⁶ demonstraram desfechos funcionais e de mobilidade semelhantes. Portanto, o contexto da ressecção cirúrgica é um dos fatores mais cruciais a se considerar na definição do formato do retalho.

Neste caso, optamos pela forma de catedral, devido à sua capacidade de acomodar o grande volume de tecido ressecado e à possibilidade de restaurar a mobilidade a um nível quase fisiológico. É provável que a boa deglutição e a fala razoavelmente inteligível no período pós-operatório tardio sejam decorrentes da preservação da base da língua, com reconstrução somente da porção oral, o que permite a movimentação adequada para a fonação e a deglutição. Além do aspecto cirúrgico, os bons desfechos são mais observados em pacientes com forte motivação, apoio familiar, acesso à fonoaudiologia durante a reabilitação e acompanhamento oncológico consistente com a equipe cirúrgica.⁸

Considerações Finais

O retalho da CAL, com formato semelhante ao de uma catedral, pode ser considerado uma opção favorável para a reconstrução de defeitos extensos na língua. Este retalho proporciona amplo volume de tecido e pode ser personalizado para atender às necessidades de ressecção do paciente, o que gera desfechos fisiológicos favoráveis e recuperação mais rápida.

Disponibilidade dos Dados

Os dados serão disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuições dos Autores

MAFC: aprovação final do manuscrito, conceitualização, gerenciamento do projeto, redação – revisão & edição, e supervisão; KCM e BPF: análise e/ou interpretação dos dados, conceitualização, metodologia, Redação – manus-

crito original, e redação – revisão & edição; e RAD: análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, conceitualização, redação – revisão & edição, e supervisão.

Suporte Financeiro

Os autores declaram que não receberam suporte financeiro de agências dos setores público, privado ou sem fins lucrativos para a realização deste estudo.

Conflito de Interesses

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

Referências

- Zanoni DK, Montero PH, Migliacci JC, et al. Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). *Oral Oncol* 2019;90:115–121. Doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.02.001
- Vincent A, Kohlert S, Lee TS, Inman J, Ducic Y. Free-Flap Reconstruction of the Tongue. *Semin Plast Surg* 2019;33(01):38–45. Doi: 10.1055/s-0039-1677789
- Cervenka B, Pipkorn P, Fagan J, et al. Oral cavity cancer management guidelines for low-resource regions. *Head Neck* 2019;41(03):799–812. Doi: 10.1002/hed.25423
- Ansarin M, Bruschini R, Navach V, et al. Classification of GLOS-SECTOMIES: Proposal for tongue cancer resections. *Head Neck* 2019;41(03):821–827. Doi: 10.1002/hed.25466
- Leymarie N, Karsenti G, Sarfati B, Rimareix F, Kolb F. Modification of flap design for total mobile tongue reconstruction using a sensitive antero-lateral thigh flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012;65(07):e169–e174. Doi: 10.1016/j.bjps.2011.11.012
- Choi JW, Alshomer F, Kim YC. Evolution and current status of microsurgical tongue reconstruction, part II. *Arch Craniofac Surg* 2022;23(05):193–204. Doi: 10.7181/acfs.2022.00857
- Baas M, Duraku LS, Corten EML, Mureau MAM. A systematic review on the sensory reinnervation of free flaps for tongue reconstruction: Does improved sensibility imply functional benefits? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2015;68(08):1025–1035. Doi: 10.1016/j.bjps.2015.04.020
- Amer IA. New modification of flap design for total and near-total mobile tongue reconstruction using anterolateral thigh flap. *Egypt J Surg* 2021;40(01):330–341. Doi: 10.4103/ejs.ejs_350_20