

Trigonocefalia: revisão de literatura - 52 casos (1991 a 2010)

ISIS SCOMACAO, GILVANI A DE OLIVEIRA E CRUZ, PAULO CARBONI, RENATO SILVA FREITAS, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO, PAULA GIORDANI COLPO

Introdução

Craniossinostose é o fechamento precoce de uma sutura craniana que resulta em defeito do crescimento da cabeça na direção perpendicular à sutura afetada e geralmente é acompanhado pelo crescimento compensatório das suturas e ossos próximos. Em 1958, Bertelsen propôs uma nova classificação das ramiossinostoses, correlacionando a alteração craniana às características clínicas e nomeou a trigonocefalia isolada como um tipo de craniossinostose simples. A incidência da trigonocefalia é controversa, segundo diferentes autores.

Objetivo

Avaliar os prontuários dos pacientes com trigonocefalia operados no Hospital Infantil Pequeno Príncipe, no período de 1991 a 2010, e avaliação de técnica cirúrgica e evolução.

Material e Métodos

Neste estudo retrospectivo, apresentamos 52 casos operados de trigonocefalia (casos sindrômicos e não-sindrômicos). É realizado exame clínico e neurológico, com medida do perímetro cefálico, o diâmetro ântero-posterior e látero-lateral. São realizados exames de tomografia computadorizada em cortes coronais, axiais e reconstrução tridimensional, radiografias do crânio e face em posição pósterio-anterior e perfil. A correção da deformidade foi feita através de incisão bicoronal do couro cabeludo com descolamento subperiosteal até os dois terços superiores das órbitas e dorso nasal. Ampla craniotomia bifrontal com prolongamento bitemporal em gaveta foi realizada, desde a 1,5 cm da sutura frontonasal até as suturas coronais para cima e da projeção das paredes orbitais bilateralmente. Após a remoção da barra fronto-orbita-temporo-parietal, realizou-se, na mesa instrumental, ressecção da área estenótica e estudo da melhor posição óssea a ser adotada para o novo contorno fronto-orbital. Este posicionamento foi realizado de acordo com a melhor forma a ser obtida com a rotação em diferentes direções dos segmentos ósseos que foram fixados com



Figura 1



Figura 2

fios de aço número zero e/ou placas e parafusos absorvíveis. Dependendo da necessidade, realizou-se osteotomias em “barril” com fraturas em galho verde para melhor harmonização da fossa cerebral anterior, tanto das placas ósseas frontais como das parietais e escama dos temporais. A barra fronto-biorbital foi modelada com osteotomias parciais e fraturas em galho verde também estabilizadas com fio de aço ou material absorvível. Na região média fronto-nasal foi realizada a ressecção da área estenótica e nos casos de hipotelorismo a interposição de enxerto ósseo de calota craniana. Não foi aplicado nenhum sistema de drenagem e os curativos com compressão suave, sem deformar a área operada. Cuidados de UTI durante 12 a 24 horas e alta hospitalar ao redor do quarto dia de pós-operatório.



Figura 3

Resultados

Compunham os 52 casos operados, 42 crianças do gênero masculino e 10 do gênero feminino. Foram operados no período de 1 a 34 meses de idade. Quatro (7,69%) crianças apresentaram complicações pós-operatórias com necessidade de reoperação. Em um desses casos, cuja etiologia da trigonocefalia era traumática, a paciente estava em uso de válvula de derivação ventricular e, após diminuição da pressão intracraniana, houve migração da barra frontal para trás e necessidade de reintervenção. Os outros 3 casos foram de pacientes nos quais os curativos foram excessivamente apertados, levando a deslocamento dos segmentos ósseos no pós-operatório. No seguimento do caso, houve resolução do caso, sem deformidade aparente. Com relação às deformidades associadas, tivemos incidência de malformações cardíacas (como comunicação interatrial e persistência do canal arterioso), neurológicas (mielomeningocele e malformações de fossa posterior), hérnia inguinal, estrabismo, síndrome de Down, entre outras.

Conclusão

Todos os casos de trigonocefalia devem ser operados preferencialmente entre o terceiro e o sexto mês de vida, com técnica adaptada a cada caso. Genericamente se constitui na retirada da sutura estenótica e na remodelagem e rotação adequada dos segmentos ósseos. Com a técnica individual para cada deformidade o grau de satisfação do resultado estético foi bastante positivo pela observação dos pais e totalmente satisfatório pela equipe operatória.