

Reconstrução microcirúrgica da maxila: uma revisão de 33 casos

JOÃO MANOEL AGNER GRUBBA MOREIRA, ANNE KAROLINE GROTH, ALFREDO BENJAMIN DUARTE DA SILVA, MARIA CECÍLIA GLOSS ONO, DIRLENE TAYSA BERRI

Introdução

Os avanços na reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço estão associados ao desenvolvimento da Microcirurgia. A realização dessas cirurgias permitiu a redução da morbimortalidade em pacientes portadores de neoplasias localizadas no terço médio da face, em especial, a maxila, área de difícil reconstrução devido a sua anatomia complexa.

Objetivo

Apresentamos uma revisão de 33 casos, ressaltando a restauração funcional dessas reconstruções.

Métodos

Os 33 pacientes operados entre Janeiro de 2006 e Julho de 2011, no Hospital Erasto Gaertner, apresentavam defeitos em decorrência do tratamento de neoplasias no terço médio da face, as quais resultaram em maxilectomias totais e parciais e foram classificadas segundo Cordeiro.

Resultados

Os defeitos das maxilectomias foram classificados assim: tipo I, maxilectomia limitada (n=1); tipo IIa, maxilectomia parcial com preservação de 50% do palato (n=1); tipo IIb, maxilectomia com destruição de mais de 50% do palato (n=2); tipo IIIa, maxilectomia total com preservação do conteúdo orbitário (n=16); tipo IIIb, maxilectomia com evisceração da órbita (n=11); tipo IV orbitomaxilectomia com preservação do

palato (n=2). A idade média dos pacientes era de 46 anos (13-71 anos), sendo 22 homens e 11 mulheres. O número total de retalhos microcirúrgicos realizados foi de 36 (10 do músculo reto abdominal, 17 ântero-lateral da coxa, 6 osteofasciocutâneos da fibula; 3 do músculo grande dorsal com serrátil anterior). Em 2 casos, os retalhos foram refeitos, devido à recidiva da doença e, em 1 paciente, devido à perda do retalho. Retalhos pediculados foram usados em concomitância, num total de 5 casos (3 do músculo peitoral maior e 2 do músculo temporal) e enxertos ósseos foram 5 (4 osso temporal e 1 costela). O período de seguimento médio foi de 14 meses (1-42 meses). Dois pacientes tiveram perda total do retalho. As principais complicações encontradas foram ectrópio, fistula palatal e escape nasal. Todos os pacientes apresentaram resultados funcionais adequados para a fonação, ainda que não apresentassem fala normal. Quanto à dieta, em apenas 7 casos, os pacientes eram incapazes de alimentar-se por via oral e, nos casos em que o globo ocular foi poupado, uma paciente apresentava diplopia.

Discussão

A classificação proposta por Cordeiro e Santamaria permite avaliação adequada e planejamento preciso frente à complexidade e à multiplicidade de estruturas anatômicas a serem reconstruídas nos pacientes portadores de deformidades da maxila. Defeitos do tipo I podem ser reconstruídos com próteses e

materiais aloplásticos ou retalho osteofasciocutâneo da artéria radial. Optamos pela utilização do retalho livre de fibula, por se tratar de um defeito que também envolvia parte do teto da órbita e osso frontal. Defeitos do tipo IIa ou IIb requerem retalhos microcirúrgicos (da artéria radial do antebraço) para permitir bom isolamento da cavidade oral e reconstrução da parede medial e anterior da maxila. Pacientes com defeitos tipo III exigem retalhos mais volumosos, do tipo ântero-lateral da coxa e reto do abdome, para reconstruir completamente a maxila. Com relação ao suporte para o globo ocular (tipo IIIa), procuramos restaurá-lo por meio de retalhos osteofasciocutâneos de fibula ou com enxerto obtido do osso temporal ou de costela. Em nossa série de casos, muitos pacientes apresentaram algum grau de enftalmo e ectrópio, aparentemente, de menor intensidade nos reconstruídos com retalho livre de fibula em comparação aos que foram reconstruídos somente com retalhos miocutâneos ou fasciocutâneos. Os defeitos do tipo IV têm indicação de reconstrução com retalho do músculo reto abdominal.

Conclusão

A reconstrução da maxila com retalhos microcirúrgicos é um elemento importante e fundamental na restauração da forma e função (fala, visão e alimentação via oral) de pacientes portadores de deformidades ocasionadas pelo tratamento cirúrgico do câncer.



Figura 1



Figura 2



Figura 3