

# Fissura facial número 4 de Tessier: expansão tecidual não deve ser a primeira opção

ADRIANA SAYURI KUROGI, RENATO DA SILVA FREITAS, ISIS SCOMAÇÃO, GUILHERME BERTO ROCA, DIRLENE TAYSA BERRI, GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ

## Introdução

A fissura facial número 4 de Tessier tem demonstrado uma ampla apresentação clínica, desde um simples entalhe unilateral até grandes defeitos teciduais bilaterais, com falha óssea, sendo um desafio o tratamento dessa malformação craniofacial. Seu tratamento é complexo e algumas técnicas e protocolos foram publicados. A abordagem em múltiplos estágios é necessária para atingir bons resultados, incluindo a reparação dos tecidos moles no primeiro momento, seguido pela restauração óssea. Poucos trabalhos foram publicados utilizando a expansão no primeiro momento para tratar a fissura, mas sim usando a expansão para tratar a cicatriz. Nossa unidade, o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal (CAIF) apresentou uma série grande de casos de fissura 4 de Tessier em 2008, e apresentou uma associação de técnicas que inclui uma incisão no lábio superior semelhante à de Millard, uma cicatriz paranasal e um reparo no canto medial, que inclui uma retalho da pálpebra superior para inferior, com pedículo medial. Após esta publicação, recebemos mais 2 casos, e a mesma abordagem foi utilizada.

## Objetivo

Apresentar um caso de fissura número 4 de Tessier unilateral e outro bilateral, utilizando a abordagem da nossa equipe em relação aos tecidos moles, e demonstrar os bons resultados obtidos com essa técnica.

## Relato do caso

São apresentados dois relatos de casos, avaliados e tratados no CAIF. Nossa abordagem para fissura 4 de Tessier é baseada em técnica. No

entanto, nós associamos algumas modificações em cada componente: deslocamento do canto medial, incisão paranasal e do lábio superior. Para definir a posição do canto medial em casos de fissura unilateral, temos utilizado o lado contralateral como referência e, em casos bilaterais, o canto externo do olho. Dependendo da quantidade de redundância de tecido local, a fim de elevar o canto medial, um retalho da pálpebra superior com pedículo medial é realizado o mais próximo da fenda palpebral superior. Ressecção do lábio superior é realizada para ter a cicatriz final sobre o filtro labial. Assim, a ressecção triangular do lábio superior é mais extensa do que a proposta originalmente por Tessier. O tecido paranasal é manejado para conseguir um maior avanço lateral do retalho da maxila na parte medial. Pacientes com obstrução do canal lacrimal são tratados no mesmo estágio. Neo-conjuntivo-rinostomia é o nosso método de preferência. Caso 1 - Um recém-nascido do sexo feminino, com 50 dias de idade, apresentado ao CAIF devido a fissura facial bilateral. Histórias perinatal e familiar eram normais. Ela nasceu na 40ª semana de gestação. O exame clínico evidenciou uma fissura labial bilateral, estando o lado esquerdo posicionado mais lateralmente que uma fissura comum. O canto medial esquerdo estava deslocado inferiormente e o ponto lacrimal estava comprometido. Além disso, o globo ocular esquerdo estava deslocado inferiormente e lateralmente. O nariz estava intacto no lado esquerdo e teve uma apresentação de fissura unilateral convencional no lado direito. Um pequeno orifício na parte inferior da pálpebra, perto do canto lateral, estava presente. O seio piriforme estava intacto

no lado esquerdo e fissurado no lado direito, pela tomografia computadorizada. No entanto, uma fissura óssea paranasal foi identificada. O paciente foi submetido à correção cirúrgica aos 4 meses de idade. Neo-conjuntivo-rinostomia foi realizada e mantida por oito meses. Caso 2 - Um recém-nascido do sexo masculino nascido na 36ª semana de gestação. Os pais eram saudáveis e não consanguíneos. Exame facial revelou fissura labial unilateral ampla, estendendo para os seios paranasais e para o canto medial, que se apresentava fissurado e deslocado inferiormente e lateralmente. A alar esquerda foi encurtada no mesmo lado. A tomografia computadorizada revelou uma fissura paranasal que comprometia a abertura do seio piriforme superiormente e medialmente na órbita. Não foi evidenciada extensão intracraniana. A correção cirúrgica foi realizada com 3 meses de idade. No mesmo momento, neo-conjuntivo-rinostomia foi realizada, e o tubo de silicone foi mantido no local por quatro meses.

## Conclusão

Baseado em nossa experiência reconstrutiva, a grande maioria das fissuras faciais número 4 pode ser adequadamente tratada com retalhos locais. Técnicas clássicas são extremamente úteis, e podem oferecer bons resultados funcionais e estéticos. No entanto, acreditamos que, a longo prazo, os resultados podem ser ainda melhorados, se as modificações técnicas, como as descritas neste trabalho, forem adotadas. Além disso, expansão de tecido local e retalhos microcirúrgicos podem ser indicados se a reconstrução primária utilizando retalhos locais falhar.