

Pacientes miológicos com defeitos extensos: Opções de reconstrução. Relato de caso

Cancer patients with large defects. Reconstructional options: A case study

Theodoros Papadas¹, Panagiotis Goumas¹, Maria Miranda Alexopoulou², Ioannis Papakyriakos², Dimitrios Papavasiliou², Dimitrios Antonopoulos³

Palavras-chave: carcinoma espinocelular; reabilitação estética e funcional, prótese de metal fixo, músculo-cutâneo *trapezius* flap.

Key words: squamous cell carcinoma, esthetical and functional rehabilitation, metal fixed prosthesis, myocutaneous *trapezius* flap.

Resumo / Summary

Referimo-nos ao caso de um paciente masculino de setenta e cinco anos de idade, com um carcinoma espinocelular (SCC), que se originou na parte exterior da orelha direita há quatro anos. Sofreu uma remoção cirúrgica da parte lesionada combinada com dissecação modificada do pescoço e reconstrução com o uso de retalho peitoral maior. Além disso, teve radioterapia com 6000 rads na região temporal direita. Há dois meses o paciente mostrou uma recorrência expansiva no que diz respeito ao músculo temporal e ao osso, o osso litóide, os músculos masseter e os músculos pterigóideos, a parte direita da mandíbula, a glândula da parótida com o nervo facial, e o bulbo superior da veia jugular interna. Sofreu uma remoção cirúrgica da lesão afetada até as extremidades saudáveis e reconstrução estética e funcional com a utilização combinada de uma prótese de metal fixa do côndilo e da mandíbula direita e o uso de músculo-cutâneo *trapezius* flap. Apresentamos o relato de um caso sobre as opções de reconstrução que nós temos em nossos dias para proporcionar qualidade de vida a doentes que sofrem de cancro.

We report a case of a seventy-five years old male patient with a squamous cell carcinoma (SCC) originated from the right external ear four years ago. He was undergone surgical removal of the lesion with a combination of modified neck dissection and reconstruction with the use of pectoralis major flap. Furthermore, he had radiotherapy with 6000 rads of the right temporal region. Two months ago the patient showed an extended recurrence concerning the temporal muscle and bone, the lithoid bone, the masseter and the pterygoids muscles, the right part of the mandible, the parotid gland with the facial nerve, and the superior bulb of the internal jugular vein. He had a surgical removal of the lesion in extended healthy margins and functional and esthetic reconstruction of the defect with a combination of metal fixed prosthesis of the condyle and the right mandible and the use of myocutaneous *trapezius* flap. This is a case report of the reconstruction options we have nowadays to provide quality of life in cancer patients.

1 Departamento de Otorrinolaringologia, Hospital Universitário de Patras.

2 Departamento de Cirurgia Oro-Maxilo-Facial, Hospital Universitário de Patras.

3 Clínica de Cirurgia Plástica, Hospital Saint Andrews, Patras

Adaptado para apresentação no XVII Congresso Mundial da IFOS, Cairo, Egito, 28/09 – 03/10, 2002

Endereço para correspondência e solicitação de reprodução: Dr. Theodoros Papadas, Ph.D. –

Stefanou Granitsa 24 – 264 43 Patras, Grécia.

Tel: (0030-61) 42-5564 Fax: (0030) 61-993986 – E-mail: pgoumas@med.upatras.gr

Artigo recebido em 17 de março de 2004. Artigo aceito em 11 de abril de 2004.

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular é um tumor maligno que pode acometer as partes moles e o esqueleto da face, apresentando um alto índice de metástases regionais ou à distância.

Os portadores destas lesões podem ser submetidos a cirurgias extensas, combinadas com quimioterapia pré ou pós-operatória. Os resultados acabam por mostrar bons índices de sobrevida.

Algumas vezes as lesões são ainda mais extensas devido a recorrência pós-terapêutica, o que acaba por deixar enormes defeitos pós-cirúrgicos.

O maior problema acarretado é a reabilitação estética e funcional dos pacientes, com o intuito de oferecer-lhes melhor qualidade de vida.

Nos dias de hoje, nós temos numerosas opções, podemos usar a combinação de retalhos miocutâneos com próteses fixas e retalhos ósseos.

Há diversos relatos na literatura quanto aos resultados terapêuticos após a ressecção cirúrgica de tumores da região ^{1,2,3} e também revisões de resultados de reconstruções com retalhos como o de peitoral maior, trapézio, latissimus dorsi ou livres ^{4,5,6}, mas poucos se interessam pela reconstrução de defeitos da região da parótida ^{5,6,7,8}.

O objetivo deste artigo é descrever nossa experiência com a combinação destes defeitos com placas de reconstrução para cobrir os defeitos maiores.

Apresentação de caso clínico

Um paciente de 75 anos de idade apresentou-se em nossa clínica há cerca de 4 anos com uma lesão centrada na aurícula direita. Depois de ser submetido a exames radiográficos simples, tomografia computadorizada e biópsia da lesão foi submetido a remoção cirúrgica de lesão diagnosticada como carcinoma espinocelular de pele de aurícula, combinada a esvaziamento cervical radical modificado do mesmo lado. Os resultados histopatológicos confirmaram a presença de carcinoma espinocelular de moderado grau de diferenciação.

Cerca de um ano após o procedimento, durante o seguimento ambulatorial regular, foi constatada recidiva local, de cerca de 1cm por 0,5cm de extensão, junto a leito cirúrgico.

Sob anestesia geral, o paciente foi submetido a mastoidectomia modificada e o paciente recebeu um total de 60cGy, na região temporal direita, no pós-operatório.

Não houve complicações no pós-operatório e o paciente teve um seguimento de dois anos sem intercorrências em seu segmento. Oito meses atrás, após um lapso de um ano em seu seguimento, quando o paciente não se apresentou para consulta, retorna com queixa de trismo intenso, otorréia no conduto auditivo externo e osso temporal direito, e necrose óssea regional devida a radioterapia, com paralisia facial direita.

O exame clínico revelou um grande defeito (Figura 1) de pele, músculo e osso e, após exame de tomografia computadorizada, foi paciente foi submetido a mastoidectomia radical, ressecção lateral de osso temporal, parotidectomia total, ressecção de nervo facial direito e mandibulectomia parcial direita.

A pele da área de ressecção estava invadida também na região do músculo peitoral maior usado como retalho miocutâneo previamente.

As margens do defeito se estendiam da porção mastóidea do osso temporal direito, à ponta do osso litoide, ao hipotimpano, revelando o bulbo da veia jugular interna. A parte descendente do nervo facial, toda a glândula parótida, o músculo masseter, os músculos pterigóides interno e externo também estavam comprometidos. A articulação temporomandibular, o côndilo e o processo coronóide, o ramo ascendente e o corpo da mandíbula direita também foram incluídos na ressecção.

Uma ilha miocutânea pediculada de músculo trapézio (Figura 2) foi usado para cobrir o defeito e o músculo temporal direito foi transferido para suprir a paralisia facial. Uma prótese de metal do côndilo direito combinada a uma placa de titânio de reconstrução foram usadas para refazer a mandíbula (Figura 3). O período pós-operatório seguiu sem complicações e o paciente recebeu alta hospitalar em 15 dias.

Dez meses após o último procedimento, o paciente apresenta-se plenamente reabilitado (Figura 4), com função de mastigação e fala aceitáveis, assim como com bons resultados estéticos na face e na área doadora (Figura 5). O raio x panorâmico (Figura 6) mostrou a prótese de metal no local e a tomografia computadorizada em 3D mostra o contorno físico da mandíbula direita (Figura 7).

DISCUSSÃO

Tumores malignos da orelha externa e da área da glândula parótida, algumas vezes causam extensos defeitos nas estruturas adjacentes, como o osso temporal, osso litoide, nervo facial, osso malar, músculo masseter, articulação temporomandibular e mandíbula. Como estes tumores acometem a pele, o desafio de reconstrução com o qual o cirurgião se depara é enorme.

A radioterapia e os casos negligenciados, assim como cirurgias descuidadas fazem o problema ainda maior.

A maior preocupação é com a melhoria da qualidade de vida destes pacientes, oferecendo-lhes resultados funcionais e estéticos.

Retalhos regionais e locais têm sido usados para o fechamento destes defeitos, mas quando há perda significativa de partes moles, estes retalhos são de pouca valia ^{5,9}.

Usualmente, um retalho miocutâneo de músculo peitoral maior é usado para fechar defeitos grandes acometendo grandes quantidades de partes moles ^{5,9}, uma vez que o maior problema estético é a falta de volume de partes moles.

Uma vez que a mandíbula também seja ressecada, uma placa de reconstrução ou retalhos ósseos têm que ser usados para prover substância e perfil, e facilitar as funções de mastigação, deglutição e fala ^{10,11}.

Há diversos relatos na literatura sobre os resultados terapêuticos após o uso do retalho do músculo peitoral maior ^{4,5,12} e suas vantagens são numerosas, mas quando não é

indicado, ou quando não pode ser usado como neste caso em que já havia sido usado na primeira cirurgia e estava acometido pelo tumor, o retalho miocutâneo de latissimus dorsi ou de trapézio são, em nossa opinião, a melhor segunda opção. Nós usamos um retalho miocutâneo em ilha inferior do trapézio oferece pele e músculo suficientes para cobrir grandes defeitos de cabeça e pescoço ^{5,9}, além de ser de



Figura 1. Defeito de pele, músculo e osso em aurícula direita.

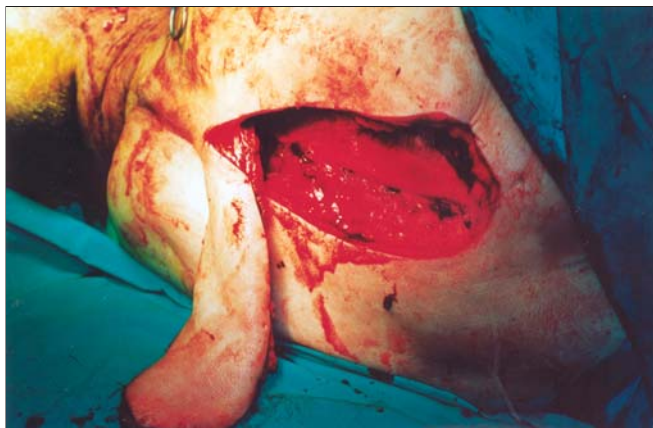


Figura 2. Retalho pediculado em ilha do músculo trapézio.

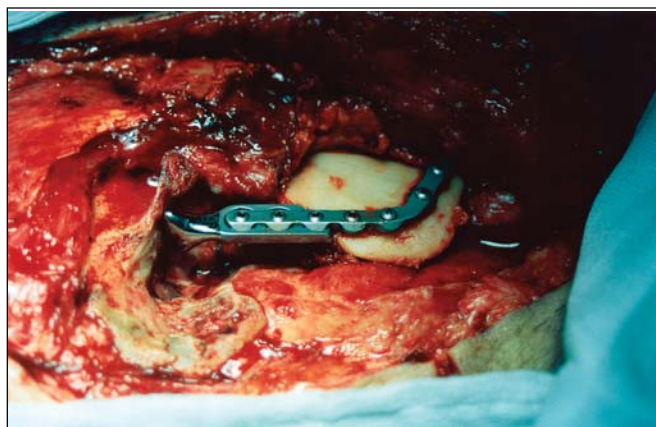


Figura 3. Placa e prótese de titânio em côndilo direito.



Figura 4. Resultado após dez meses.



Figura 5. Região doadora do enxerto.

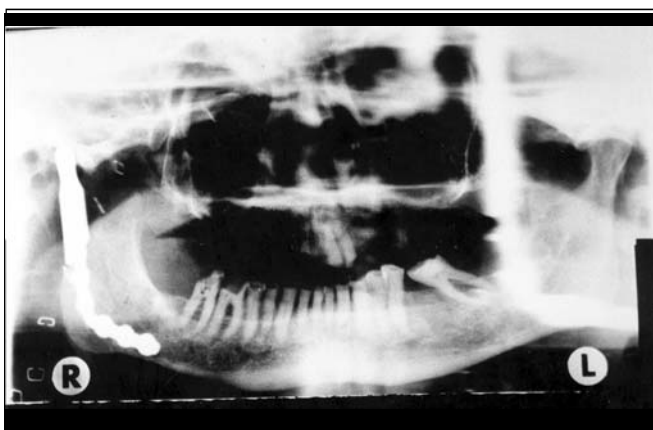


Figura 6. Raios-X panorâmico com dez meses do pós-operatório.



Figura 7. Reconstituição tridimensional por computador da mandíbula direita.

fácil confecção. Os resultados estéticos são aceitáveis no que se refere a cor da pele, e pode ser melhorado através de tatuagem⁵.

Este retalho, às vezes, precisa de diminuição de volume, embora o retalho atrofie com o tempo.

O retalho miocutâneo de trapézio é muito útil, pois pode cobrir a cavidade oral, a nasofaringe, a orelha média, uma articulação temporomandibular aberta ou outras cavidades contaminadas. O melhor uso do retalho é quando através de técnica de anastomose microvascular, mas o tempo requerido é desvantajoso, principalmente em idosos. Embora os retalhos pediculados não sejam preferidos por alguns autores, devido à necessidade de reposicionamento dos pacientes⁵, nós achamos que sejam de grande utilidade, oferecendo soluções para casos complicados.

Quando o tratamento inclui mandibulectomia parcial, um enxerto ósseo, especialmente de costela é o sugerido na literatura, mas devido à necessidade de duas equipes cirúrgicas, maior tempo cirúrgico e maior possibilidade de complicações, nós preferimos o uso de placa de titânio de Martin e prótese de metal de côndilo ajustadas ao paciente. Os resultados do uso destes procedimentos são bastante encorajadores em séries grandes de pacientes^{10,11,13,14}. Koch et al em um estudo retrospectivo reviu 40 pacientes considerou esta alternativa como um método permanente para reconstrução de mandíbula.

Estas placas mantêm o contorno da mandíbula e a oclusão dos dentes remanescentes. Os resultados aceitáveis vão de 73% a 93%^{10,13,14} e a taxa de insucesso é de 33,3%¹⁰.

As complicações relativas ao uso de retalhos e placas na reconstrução oromandibular são, em geral, infecção, exposição intra-oral da placa (necessitando remoção ou cobertura com retalhos). As exposições externas da placa

também foram relatadas^{10,13,14}.

Nosso paciente mostrou uma infecção na região temporal após oito meses do procedimento, que foi solucionada com ciprofloxacim por dois meses.

Em conclusão, há um grande número de opções para reconstrução de defeitos extensos da região temporal e parotídea com necessidade de grandes volumes de tecido. O uso de retalho miocutâneo de trapézio associado a placa de titânio para reconstrução de mandíbula apresenta resultados funcionais e estéticos aceitáveis e favorece a melhora da qualidade de vida dos pacientes acometidos por câncer da região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byrne M, Spector J. Parotid masses: evaluation analysis and current management *Laryngoscope* 1988 98; 99-105.
2. Casler J, Couley J. Surgical management of adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 106: 332-8.
3. Pedersen D, Overgaard J, Sogaard H, Elbrond O, Overgaard M. Malignant parotid tumors in 110 consecutive patients: treatment, results and prognosis. *Laryngoscope* 1992; 102: 1064-9.
4. Ioannides Ch, Fossion E, Boeckx W. Reconstruction of external cervicofacial defects *Br J Surg* 1993; 80: 84-5.
5. Ioannides Ch, Fossion E. Reconstruction of extensive defects of the parotid region: experience with the pectoralis major and free latissimus dorsi flaps. *Cranio Maxillofacial Surg* 1997; 25: 57-62.
6. Urken L, Turk J, Weinberg H, Vickery C, Filler H. The rectus abdominis free flap in head and neck reconstruction *Otolaryngol. Head and Neck Surg* 1991; 117: 857-66.
7. Asko-Seljavaara S, Latteenmaki T, Waris T, Sundell B. Comparison of latissimus dorsi and rectus abdominis free flaps. *Br J Plast Surg* 1987; 40: 620-8.
8. Kinney S, Wood B. Malignancies of the external ear canal and temporal bone: Surgical technique and results. *Laryngoscope* 1987; 97: 158-63.
9. Gal T, Kerschner J, Futran N, Bartels L, Farrior J, Ridley M, Klotch D, Endicott J. Reconstruction after temporal bone resection *Laryngoscope* 1998; 108: 476-81.
10. Boyd J, Mulholland R, Davidson J, Gullane P, Rotstein L, Brown D, Freeman J, Irish J. The free flap and plate in oromandibular reconstruction: long - term review and indications. *Plast Reconstr Surg* 95, 1995; 1018-28.
11. Eufinger H, Wehmoller M, Machtens E. Individual prostheses and resection templates for mandibular resection and reconstruction. *1997* 35; 413-8.
12. Russell R, Feller A, Franklin Elliot L, Kucan J, Zook E. The extended pectoralis major myocutaneous flap: uses and indications *Plast Reconstr Surg* 1991; 88: 814-23.
13. Koch W, Yoo F, Goodstein M, Eisele D, Richtsmeier W, Price J. Advantages of mandibular reconstruction with the titanium hollow screw osseointegrating reconstruction plate (THORP). *Laryngoscope* 1994; 104: 545-52.
14. Spencer K, Sizeland A, Taylor G, Wiesenfeld D. The use of titanium mandibular reconstructions plates in patients with oral cancer *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999; 28: 288-90.