



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DE REGIÕES FRONTAL, ORBITAL E NASAL COM RETALHOS CLÁSSICOS, ENXERTOS CUTÂNEOS E RETALHOS DE COURO CABELUDO POUCO CONVENCIONAIS. RELATO DE UM CASO.

RECONSTRUCTION OF FRONTAL, ORBITAL AND NASAL REGIONS WITH CLASSIC FLAPS, SKIN GRAFTS AND UNUSUAL SCALP FLAPS. REPORT OF A CASE.

William César Cavazana¹
Osvaldo Szenczuk²
Adalberto da Rocha Lobo³
Maurino Joffily Neto⁴
Marco Antonio de Camargo Bueno⁵

RESUMO

A reconstrução de grandes perdas teciduais na região da testa e órbita requerem um planejamento com combinação de diversas técnicas. O conhecimento de várias táticas e técnicas de reconstrução craniofacial amplia as possibilidades de atendimento diante de casos de difícil resolução. Os autores descrevem um caso clínico de paciente com tumor avançado que necessitou de exenteração de órbita direita que foi abordado com retalho de músculo temporal, retalhos de couro cabeludo, retalho paramediano frontal e enxertos de pele parcial e total, nas etapas cirúrgicas que se seguiram durante o tratamento. O fechamento das feridas operatórias foi obtido através do uso de retalhos e enxertos conforme o planejamento.

Descritores: Retalhos Cirúrgicos. Órbita. Couro Cabeludo.

ABSTRACT

The reconstruction of large tissue losses in the forehead and orbit region requires planning with a combination of several techniques. The knowledge of various tactics and techniques of craniofacial reconstruction expands the possibilities of care in cases of difficult resolution. The authors describe a clinical case of a patient with an advanced tumor that required exenteration of the right orbit, which was approached with a temporal muscle flap, scalp flaps, frontal paramedian flap and partial and total skin grafts, in the surgical steps that followed during the treatment. The closure of operative wounds was achieved through the use of flaps and grafts as planned.

Keywords: *Surgical Flaps. Orbit. Scalp.*

¹Professor Doutor, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica e Coordenador Adjunto do Curso de Mestrado Profissional em Gestão, Tecnologia e Inovação do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Paraná, Brasil. Coordenador do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital da Providência de Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: wccavazana@uem.br

²Especialista em Cirurgia Oncológica. Coordenador do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital da Providência de Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: osvaldoszenczuk@gmail.com

³Neurocirurgião. Neurocirurgião Emérito do Hospital da Providência de Apucarana, Paraná, Brasil. E-mail: secretaria@hospitaldaprovidencia.org.br

⁴Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, São Paulo, Brasil. E-mail: maurino.joffily@gmail.com

⁵Professor Doutor, Professor Emérito da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, São Paulo, Brasil. E-mail: llbueno@uol.com.br



INTRODUÇÃO

A reconstrução de grandes perdas teciduais na região da testa e órbita requerem um planejamento com combinação de diversas técnicas.

Nos últimos 130 anos, o retalho do músculo temporal tem sido utilizado para diversas indicações. Nesta era de microcirurgia e retalhos perfurantes, o retalho do músculo temporal ainda tem muitas aplicações úteis para a reconstrução craniofacial¹.

As opções para o tratamento de defeitos da testa e do couro cabeludo, incluindo cicatrização por segunda intenção, enxerto de pele, retalhos locais, retalhos livres, expansão tecidual e tratamento com pressão negativa².

A inelasticidade do tecido e a natureza do couro cabeludo e da testa apresentam desafios únicos durante a reconstrução. Uma compreensão completa da anatomia cirúrgica do couro cabeludo e da testa é fundamental³.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso de uso de várias táticas para reconstrução craniofacial diante após exenteração e órbita por tumos não-melanoma e também após recidiva tumoral.

MÉTODO

Relato de caso: MC, 78 anos com história de tumores faciais prévios tratados cirurgicamente apresentou novo tumor avançado em órbita direita. Foi submetida, sob anestesia geral e técnica asséptica, a exenteração de órbita direita decorrente de carcinoma espinocelular invsivo por equipe multidisciplinar. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Fotografias foram realizadas. Realizou-se a confecção de um retalho da porção anterior do músculo temporal homolateral que foi rodado anteriormente e de uma janela óssea na parede lateral da órbita direita para permitir a passagem do mesmo e sua fixação no interior da cavidade orbitária favorecendo sua obliteração. Um enxerto de pele total foi aplicado sobre o retalho juntamente com um curativo de Brown(Figura 1). Seguiu acompanhamento oncológico e terapia adjuvante e poucos meses após apresentou recidiva local tendo sido solicitada novo planejamento reconstrutivo. Foi submetida a nova cirurgia sob anestesia geral e técnica asséptica por equipe multidisciplinar com ressecção ampla mantida na área cruenta com curativo para análise da extensão da invasão óssea. Diante da extensa invasão óssea foi realizada nova ressecção complementar com a equipe de cirurgião oncológico, neurocirurgião e cirurgião



plástico(Figura 2). Para a reconstrução do defeito da testa e órbita foi rodado um retalho de couro cabeludo occipital previsto para ter seu pedículo seccionado em dois tempos. Um retalho bipediculado de couro cabeludo ao nível da linha anterior do cabelo foi elevado para permitir a passagem do retalho de couro cabeludo occipital até a testa e órbita direitas. Um retalho paramediano frontal esquerdo(indiano) foi elevado e rodado para cobertura da região de dorso nasal e parede lateral direita nasal(Figuras 3 e 4). Enxertos de pele em lâmina foram aplicados sobre a gálea da área doadora do retalho de couro cabeludo occipital e na região paramediana frontal esquerda.

RESULTADOS

Na primeira cirurgia, o retalho de músculo temporal homolateral transorbital obliterou a cavidade orbitária da paciente e foi possível aplicar um enxerto e pele total sobre ele, que se integrou completamente.

Diante da recidiva, o retalho de couro cabeludo em ponte bipediculado anterior bitemporal permitiu a transferência de grande quantidade de tecido occipital para a região da testa e órbita. O retalho paramediano frontal esquerdo(indiano) foi complementar para obtenção de tecido favorecendo o fechamento da área cruenta central da face(4). Os enxertos de pele ficaram nas áreas doadoras dos retalhos com boa integração(Figura 5).

A paciente teve um pós-operatório sem complicações com os retalhos sem necrose, os enxertos integrados com o inconveniente de crescimento capilar na região fronto-orbital direita, porém que favoreceu certa camuflagem da região operada (Figura6).

A paciente seguiu acompanhamento oncológico e terapia adjuvante não sendo possível o segundo tempo para a secção do pedículo e retorno posterior da parte proximal do retalho occipital, pois veio a falecer.

DISCUSSÃO

Reconstruções difíceis exigem uma associação de técnicas cirúrgicas e foi isso que fizemos na condução deste caso. Vários métodos confiáveis podem ser usados em relação aos parâmetros individuais específicos do paciente em cooperação com as diferentes especialidades médicas envolvidas(5).

Menon *et al* advogam que o retalho de músculo temporal é uma boa alternativa aos outros métodos comumente realizados de reconstrução orbitária devido à sua conclusão em um estágio operatório, tempo operatório curto e morbidade mínima da área doadora. Estes autores executaram a



técnica previamente em cadáveres e trataram sua paciente confeccionando uma janela lateral de órbita para o posicionamento transorbital do músculo temporal(6). Para Menders et al este retalho permite a colocação de tecido altamente vascularizado que fornece os objetivos reconstrutivos da cicatrização primária, oblitera o espaço morto com a separação da órbita da cavidade nasal ou dos seios da face, oferece potencial para radioterapia pós-operatória precoce e oferece possíveis retalhos que podem ser usados em combinação para defeitos complexos e amplos(7). Em nosso caso, a janela óssea de parede lateral da órbita já era uma alternativa consolidada tecnicamente para este tipo de reconstrução e o retalho permitiu a obliteração da órbita e a aposição de um enxerto de pele total sobre ele para fechamento da área cruenta.

Sobre os retalhos de couro cabeludo, Breadford e Lee explicam que inelasticidade do tecido e a natureza do couro cabeludo e da testa apresentam desafios únicos durante a reconstrução. Uma compreensão completa da anatomia cirúrgica do couro cabeludo e da testa é fundamental(3). Em nosso caso clínico, o retalho em ponte bitemporal favoreceu a rotação do retalho occipital que pouco dependeu da elasticidade da mas do arco de rotação.

A utilização do retalho paramediano frontal foi uma alternativa adequada pois para Rajan et al é um procedimento simples e rápido(4).

CONCLUSÃO

Diante da complexidade do caso clínico, as táticas e técnicas utilizadas proveram cobertura cutânea e fechamento das áreas cruentas nos momentos de abordagem cirúrgica oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Spanio di Spilimbergo S, Nordera P, Mardini S, Castiglione G, Chim H, Pinna V, Brunello M, Cusino C, Roberto S, Baciliero U. Pedicled Temporalis Muscle Flap for Craniofacial Reconstruction: A 35-Year Clinical Experience with 366 Flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Feb;139(2):468e-76e. doi: 10.1097/PRS.0000000000003011. PMID: 28121882.
2. Angelos PC, Downs BW. Options for the management of forehead and scalp defects. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009 Aug;17(3):379-93. doi: 10.1016/j.fsc.2009.05.001. PMID: 19698918.
3. Bradford BD, Lee JW. Reconstruction of the Forehead and Scalp. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 Feb;27(1):85-94. doi: 10.1016/j.fsc.2018.08.009. PMID: 30420075.
4. Rajan S, Akhtar N, Kumar V, Gupta S, Misra S, Chaturvedi A, Chaudhary S, Suryavanshi P. Paramedian forehead flap reconstruction for skin tumors involving central subunit of face: An analysis of 37 cases. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2020 Oct-Dec;10(4):764-7. doi: 10.1016/j.jobcr.2020.10.015. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33134043; PMCID: PMC7585945.
5. Kruse-Lösler B, Presser D, Meyer U, Schul C, Luger T, Joos U. Reconstruction of large defects on the scalp and forehead as an interdisciplinary challenge: experience in the management of 39 cases.

Eur J Surg Oncol. 2006 Nov;32(9):1006-14. doi: 10.1016/j.ejso.2006.05.001. Epub 2006 Jun 27. PMID: 16806795.

6. Menon NG, Girotto JA, Goldberg NH, Silverman RP. Orbital reconstruction after exenteration: use of a transorbital temporal muscle flap. *Ann Plast Surg.* 2003 Jan;50(1):38-42. doi: 10.1097/00000637-200301000-00007. PMID: 12545107.
7. Menderes A, Yilmaz M, Vayvada H, Demirdover C, Barutçu A. Reverse temporalis muscle flap for the reconstruction of orbital exenteration defects. *Ann Plast Surg.* 2002 May;48(5):521-6; discussion 526-7. doi: 10.1097/00000637-200205000-00013. PMID: 11981194.



Figura 1 – Sequência mostra tumor orbitário invasivo e retalho de músculo temporal transorbital obliterando a órbita direita. Enxerto de pele total sobre o retalho muscular e o curativo de Brown



Figura 2 Sequência mostra o tumor recidivado invadindo áreas de ossos frontal e nasal e a cirurgia para ampliação de ressecção tumoral interessando a díploe frontal.

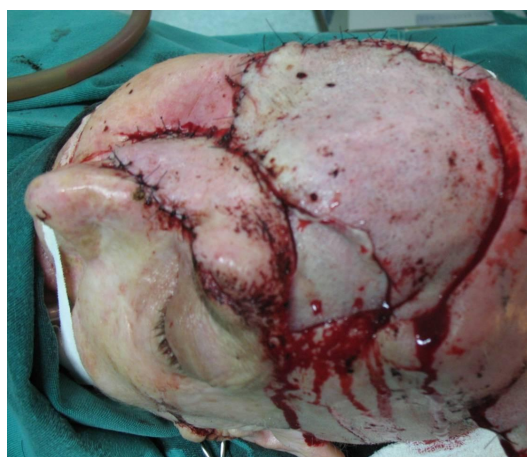


Figura 3 – Retalhos occipital rodado sob um retalho bipediculado bitemporal, retalho paramediano frontal rodado sobre a região nasal e paranasal e enxerto de pele na região frontal esquerda tratando a área doadora do retalho paramediano frontal.
Figura 4 – Retalhos rodados para fechamento da área cruenta



Figura 5 – Pós-operatório evidenciando a viabilidade dos retalhos e o crescimento capilar

Figura 6 – Enxertos cutâneos em lâmina, integrados, fechando a área doadora do retalho occipital