

RETALHO CUTÂNEO MANDIBULAR PARA O TRATAMENTO DAS UNIDADES FACIAS MALARES E ORBICULARES

JAWLINE SKIN FLAP TO REPAIR CHEEK AND LABIAL FACIAL UNITS

PEREIRA FILHO, Osvaldo João - MD; BINS-ELY, Jorge - MD - MSc - PhD*;
GRANEMANN, Alfredo Spautz - MD**

CLÍNICA JANE CIRURGIA PLÁSTICA
Centro Humanitas – Hospital Florianópolis
Rua Deputado Antonio Edu Vieira, 1414 - Pantanal – Florianópolis - Cep 88040-001
clinicajane@clinicajane.com.br

DESCRITORES

retalho facial, alterações congênitas na face, nevus pilosous complexo, cicatriz queimadura facial

KEYWORDS

cheek repair, facial skin flap, congenital facial disease, nevus pilosous, arterio venosous mal formation

RESUMO

Repor a integridade tecidual nas unidades faciais malar e orbicular às vezes se torna difícil devido a falta de desenhos adequados de retalhos de vizinhança. Sendo assim, os autores apresentam detalhes de um retalho fascio-cutâneo desenhado sobre o contorno mandibular, com indicação na reparação das unidades faciais malar e hemi-lábio superior homo-lateral. O estudo é demonstrado em seis casos clínicos, onde o retalho proposto foi indicado com sucesso. O segmento pós-operatório variou de 2 a 5 anos.

ABSTRACT

The treatment of one or two facial units after resection of complex lesions, sometimes offers some difficulty to the surgeon. Local flaps coverage sometimes has no specific planning in the literature.

The aim of this study is to demonstrated details of a flap designed over the mandibular contouring to replace the malar and orbicular facial units at the same time. Successful clinical is presented to prove the clinical efficacy of the flap in six patients.

This strategy is utilized by the authors the last 10 years without relevant complications. All the flaps were delayed pre-operatively for two weeks. In young patients the flap is expanded pre-operatively. The flaps healed uneventfully in all patients. The patients were followed-up for 2 to five years. The results were considered satisfactory in all patients, whose ages between 17 to 50 years.

Providing a good quality skin, the mandibular flap proposed seems to be a useful solution to overcome the skin coverage dilemma in the patients with lesions over malar and orbicular region.

INTRODUÇÃO

A reconstrução cutânea das unidades faciais com tecido de vizinhança às vezes se torna problemática diante da topografia da lesão. O conceito dos retalhos angiossomáticos deu mais liberdade à variação e à amplitude de rotação tecidual(1). Neste estudo, seis pacientes com alterações nas unidades malar e lábio superior foram tratados com o retalho facial denominado mandíbulo-malar. Nesta investigação o planejamento do retalho é evidenciado de modo a tratar a área receptora preservando o sítio receptor. Detalhes geométricos focando princípios estéticos e funcionais são evidenciados em pacientes com idades de 17 a 50 anos.

OBJETIVO

Corrigir uma ou mais unidades faciais se torna difícil diante da necessidade de obter tecido com as mesmas qualidades do lado contralateral. O propósito deste estudo é demonstrar que a aplicabilidade de um retalho planejado ao longo da linha mandibular é capaz de tratar as unidades malar e labial no mesmo tempo cirúrgico.

MÉTODOS

No período de 10 anos, seis pacientes com idades entre 15 e 50 anos foram operados pela mesma equipe cirúrgica. No total, de uma a três unidades faciais estavam acometidas. A unidade malar estava presente em todos os pacientes, com predominância no sexo feminino. As alterações congênitas, malformação arterio-venosa e nevus pilosous, foram as principais etiologias. Em todos os casos foram aplicados o retalho mandíbulo-malar rodado para a unidade malar. Em dois casos usou-se, previamente, o expansor cutâneo(Tabela 1).

Tabela 1. Casos clínicos

Paciente	Sexo	Idade	Retalhos	Diagnostico	Unidades faciais	Expansor	Complicação
EP	F	30	Mandibulo-Malar	Malformação artério-venosa	1	-	-
MA	F	17	Mandibulo-Malar	Nevus pilosus	2	sim	seroma
LC	F	20	Mandibulo-Malar	Malformação artério-venosa	2	-	-
HF	M	45	Mandibulo-Facial; Abbé	Malformação artério-venosa	3	-	-
RA	F	25	Mandibulo-Malar	Cicatriz pós Queimadura	2	Sim	-
NC	F	28	Mandibulo-Malar	Queimadura	4	-	-

TÉCNICA CIRÚRGICA

Com o paciente consciente, a unidade malar a ser tratada é delimitada. O retalho mandibular é planejado preservando-se 1,5cm de tecido a partir da comissura labial distalmente. Deste ponto, desenha-se o retalho, proximalmente paralelo ao contorno mandibular, até 1cm da linha pré-auricular. Deste ponto, marca-se 4,5cm distalmente. A partir desta demarcação uma linha infra-mandibular, distando 1cm paralelamente à mandíbula e em direção ao mento, complementa o retalho terminando num triângulo, que não ultrapassa a linha sagital no seu vértice distal. (Figura 1). O descolamento é realizado cuidadosamente no plano sub-fascial, cuja dissecação é facilitada com a infiltração de xilocaína 0,5%, sem vasoconstrictor. Quando o expansor é utilizado, esta demarcação é realizada na sua retirada.



Figura 1. (Visão lateral). Desenho esquemático demonstrando os parâmetros do retalho mandibular.

RESULTADOS

Em todos os pacientes o retalho manteve sua integridade, sem comprometimento vascular. No primeiro caso que indicamos o retalho registramos hematoma no pós-operatório, certamente desencadeado pelo uso inadvertido de ácido acetil salicílico após colocação do expansor.

RELATO DE CASOS

Caso 1: Paciente de 17 anos portadora de nevus pilosus congênito acometendo duas unidades faciais, malar e labial superior esquerda. Planejou-se o retalho mandibulo-malar, previamente expandido com expansor Silimed® retangular 10x5x5 com 120 cc durante três semanas. A excursão do retalho para as unidades malar e labial permitiu a ressecção de todo nevus pilosus num único tempo cirúrgico. Duas outras etapas foram necessárias para refinamento cicatricial (Figura 2 e 3).

Caso 2: Paciente de 25 anos, tabagista, portadora de malformação arterio-venosa na topografia da unidade malar e labial direita. Foi indicado o retalho mandibulo-malar previamente autonomizado por quinze dias. A rotação permitiu a ressecção de quase toda lesão em um único tempo cirúrgico. Pequenos refinamentos foram realizados para redução da lesão (Figura 4).

Caso 3: Paciente de 50 anos com retardo mental e portador de malformação arterio-venosa na topografia de três unidades faciais, malar, labial superior e palpebral inferior esquerda. Indicou-se o retalho mandibulo-malar com 15 dias de autonomização e com alcance nas proximidades da pálpebra esquerda. A amplitude do retalho

permitiu a ressecção da lesão com mínima seqüela da área doadora. Neste caso a unidade labial foi tratada com retalho de Abbé(Figura 5).

autonomização e com alcance nas proximidades da pálpebra esquerda. A amplitude do retalho permitiu a ressecção da lesão com mínima seqüela da área doadora. Neste caso a unidade labial foi tratada com retalho de Abbé(Figura 5).



Figura 2. (Visão oblíqua) do mesmo retalho



Figura 3. Aspecto trans-operatório do retalho descolado e transposto após retirado do expansor para reparar as unidades malar e labial.

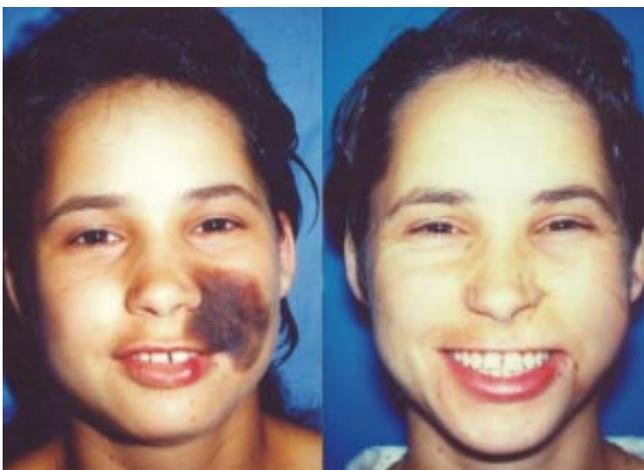


Figura 4. Aspecto pré e pós-operatório de 5 anos de paciente portadora de nevus pilosus complexus atingindo duas unidades faciais.



Figura 5. Paciente de 26 anos portadora de malformação arteriovenosa na topografia de duas unidades faciais. Visão pré operatória, de seis meses após e dois anos.



Figura 6. Paciente de 50 anos, portador de malformação arteriovenosa complexa atingindo três unidades faciais. Na recuperação da unidade labial utilizou-se o retalho de Abbé.

DISCUSSÃO

A melhor opção para reparar lesões faciais é a utilização de tecido de vizinhança, observando-se as unidades anatômicas. Neste estudo, as alterações localizavam-se predominante em duas unidades faciais, a malar e a labial homo-lateral. O conceito dos retalhos faciais angiossomáticos, aliada à ótima irrigação vascular da face, permite uma multiplicidade de retalhos com função estética e reconstrutiva. Desse modo, o retalho mandíbulo-facial, proposto pelos autores, permite ótima cobertura das unidades malares e hemi-labial unilateral. Alguns parâmetros são importantes para respeitar a área doadora. Assim, deve-se deixar pelo menos 1,5cm de distância a partir da comissura labial e ir, no máximo, até 1cm paralelamente ao rebordo mandibular. Isto nos permite ter um retalho de 9 a 10cm de extensão por 3,5 a 4,5cm de largura. O fechamento do vértice do retalho em direção ao mento, na área doadora, resulta numa pequena tração inferior da comissura bucal, que é compensada pela tração ascendente do retalho, quando transposto para a unidade malar. Nos casos de pacientes jovens, com pouca flacidez, o expansor utilizado previamente permite ampla excursão e certamente melhor cobertura das unidades a serem tratadas, como no caso 1(Fig. 2 e 3). Já no adulto, com presença de flacidez tecidual, o uso do expansor pode ser dispensado(Fig. 4). No caso 3, um paciente com 50 anos e flacidez cutânea, optou-se priorizar a unidade palpebral e repor com retalho de Abbé a unidade labial, devido a profundidade da lesão(Fig.5). Contudo, a autonomização foi utilizada com o objetivo de melhorar a nutrição tecidual e prevenir qualquer insucesso num retalho inviável. Outro aspecto técnico a salientar, é a infiltração tumescente do retalho, sem a utilização de vasoconstritor, que permite um plano de descolamento logo acima do SMAS. Evidentemente, após o tempo principal, há necessidade de pequenos refinamentos, que podem ser realizados ambulatorialmente. Além disso, as cicatrizes resultantes coincidem com as linhas de expressão naturais ou podem ser camufladas facilmente. Mas, a possibilidade

de se obter uma pele com as melhores qualidades na face, especialmente na região malar e labial, justifica a indicação do retalho mandíbulo-malar, apesar de suas desvantagens. Isto é marcante nas lesões congênitas, onde as tecnologias disponíveis, como laser-terapia, são contra-indicadas. Além disto, o retalho proposto é superior ao cervical bilobado, quando indicado no tratamento das unidades malares e orbiculares(2), e têm vantagem sobre os retalhos de avançamento baseados anteriormente ou posteriormente(3). Além do mais, pode-se reduzir etapas cirúrgicas especialmente no adulto(4). A cicatriz na área doadora posiciona-se quase paralela à linha mandibular, sem comprometimento desta região.

CONCLUSÃO

O retalho facial mandíbulo-malar, sugerido pelos autores, pode ser indicado com sucesso no tratamento

reparador de lesões superficiais localizadas nas unidades faciais malar e labial.

REFERÊNCIAS

- 1 - Houseman, N., Taylor, I., Pan, W.R. *The Angiosomes of The Head and Neck: Anatomic Study and Clinical Applications. Plast. Reconstr. Surg.* 105; 2287, 2000
- 2 - Mutaf, M., Isik, D., Atik, B., Bulut, O. *Versatility of the bilobed cervical skin flap for total ear construction in the unfavorable temporoauriculomastoid region. Plast. Reconstr. Surg.* 118: 652, 2006.
- 3 - Menick, F.J. *Reconstruction of the cheek. Plast. Reconstr. Surgery.* 108:496, 2001.
- 4 - Gur, E., Zucker, M.R. *Complex facial nevi: A Surgical Algorithm. Plast. Reconstr., Surg.* 106:252000.