

ABORDAGEM FUNCIONAL DA RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA BOCA E LÍNGUA

FUNCTIONAL RECONSTRUCTION OF THE FLOOR OF MOUTH AND TONGUE

ANNE KAROLINE GROTH - M.D. - M.Sc.

Cirurgião Plástico do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

MARIA CECÍLIA CLOSS ONO - M.D.

Cirurgião Plástico do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

ALFREDO BENJAMIN DUARTE DA SILVA - M.D. - Ph.D.

Cirurgião Plástico e Chefe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR – Brazil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Sete de Setembro, 4923, cj 1001, 80240 – 000, Curitiba – PR – Brazil.

Fone/Fax +55 041 30296868 - E-mail: annegroth@gmail.com

DESCRITORES

RECONSTRUÇÃO, BOCA, LÍNGUA.

KEYWORDS

RECONSTRUCTION, MOUTH, TONGUE.

RESUMO

Introdução: A reconstrução da língua e assoalho da boca após a ressecção de tumores malignos permanece como procedimento complexo. Estudos atuais têm reforçado a necessidade de reabilitação funcional muito mais do que a restauração anatômica após a ressecção tumoral. **Método:** Análise de prontuário e exames complementares e detalhamento do protocolo de planejamento cirúrgico e cuidados pós-operatórios utilizado em nosso serviço. **Resultados:** ausência de complicações graves e análise funcional com bons resultados no pós-operatório. **Discussão:** utilizando-se de indicação e planejamento cirúrgico adequados é possível conseguir uma reabilitação e reintegração do paciente à sociedade com mínimas sequelas. **Conclusões:** a interação multidisciplinar principalmente no correto planejamento da reconstrução impede grandes procedimentos mal indicados e levando a resultados pobres e possibilita a correta indicação cirúrgica de procedimentos mais complexos de forma selecionada.

ABSTRACT

Background: Reconstruction following resection of malignant tongue tumors remains one of the most difficult problems in head and neck oncology. Recent trends in tongue reconstruction have focused on optimizing quality of life. **Objectives:** we present details about tongue and floor mouth reconstruction using microsurgical free tissue transfer techniques. **Methods:** Analysis of the chart and complementary exams. **Results:** even with the wide surgical excisions it is possible to achieve adequate functional postoperative results. **Discussion:** In the recent literature

several new reconstructive strategies have been described. Each option has a precise indication. It is necessary to evaluate the patient and choose the best option according to the extension of the tumor resection and the remanescant structures. Conclusion: Attention to the principles of tongue reconstruction and knowledge of the range of available reconstructive options can result in more favorable functional outcomes.

INTRODUÇÃO

A língua desempenha um papel fundamental nas funções da fala, mastigação e deglutição e a sua reabilitação funcional deve ser o principal objetivo dos procedimentos de reconstrução¹. Os tumores podem envolver a língua em suas porções oral, base ou ambas, sendo unilateral na maioria das vezes². Na maioria das vezes o tumor é do tipo escamocelular, devendo a ressecção cirúrgica respeitar margens de 1,5 a 2cm³. As opções de reconstrução são inúmeras e dependem da extensão do defeito. Apresentamos dados referentes ao nosso protocolo de tratamento em casos de ressecções maiores, nas quais utilizamos retalhos microcirúrgicos inervados no intuito de facilitar o retorno das funções da língua.

MÉTODOS

Planejamento Pré-Operatório: a extensão da ressecção é o principal fator que prediz o resultado funcional nos pacientes submetidos a glossectomia parcial. Em casos em que a inervação motora é preservada para o segmento remanescente, os resultados pós-operatórios são bastante superiores. Em caso de manutenção da inervação sensitiva, geralmente casos em que menos de 20% da língua é ressecada, o

fechamento primário mostra excelente resultados. Já nos casos em que o fechamento primário acarretará área de tensão com deformação da anatomia lingual, outras opções de reconstrução devem ser utilizadas. Nas ressecções maiores, mas não totais, a qualidade da reconstrução será dada pelo retorno das funções de fala, mastigação e deglutição. Nestes casos deve-se lançar mão de retalhos de pouco volume, como o antebraquial e o grácil. No caso das ressecções completas, é necessário a reposição do volume perdido, a fim de evitar episódios de aspiração e o retalho de músculo reto abdominal se presta bem a este papel⁴.

MANEJO PÓS-OPERATÓRIO

Os pacientes devem necessariamente ter acompanhamento fonoaudiológico para que possam aprender a reposicionar a neolíngua a fim de desenvolver uma fala inteligível e conseguir uma deglutição adequada. A principal dificuldade é para que o paciente reposicione a neolíngua próximo ao palato, evitando o acúmulo de resíduos alimentares. Em alguns casos é necessário o uso de prótese de palato a fim de auxiliar no contato entre a língua reconstruída e a região palatal.

CASOS ILUSTRATIVO

Paciente masculino, 15 anos, com história de anemia aplástica, já tendo sido submetido a transplante autólogo de medula óssea. Evoluiu com aparecimento de lesão infiltrativa em região lateral esquerda da língua, com aproximados 3 cm no maior eixo, ultrapassando a linha média (Figura 1). Paciente foi submetido a glossectomia parcial (Figuras 2 e 3) e reconstrução com retalho inervado de grácil (Figura 4). Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato (sem deiscências ou infecção) e apresenta-se atualmente no 6º mês pós-operatório, apresentado-se com fala inteligível, dieta completa e sem queixas com relação à mastigação e/ou deglutição.



Figura 1 – Pré-operatório mostrando lesão extensa, invadindo mais da metade da língua.



Figura 2 – Aspecto do defeito após a hemiglossectomia.

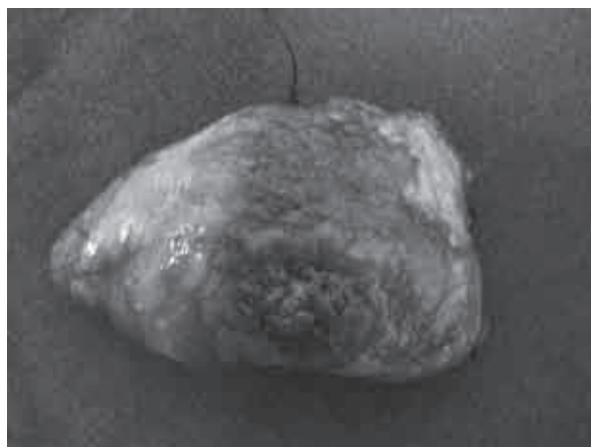


Figura 3 – Detalhe da peça cirúrgica ressecada.

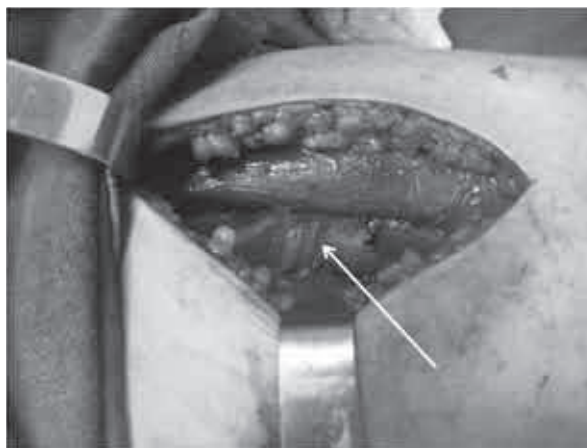


Figura 4 – Detalhe da dissecação do retalho de músculo grácil. Nas setas detalhe do pedículo neurovascular.

DISCUSSÃO

A extensão do tumor e da ressecção cirúrgica são aceitas como os principais fatores preditivos de bons resultados em pacientes submetidos a reconstrução de língua⁵. Porém ainda existem controvérsias se as reconstruções microcirúrgicas inervadas trazem melhores resultados em comparação com o uso de retalhos locais^{6,7}. Ainda são necessários mais estudos para a comprovação de tais hipóteses. O que se sabe é

que quanto maior o trauma cirúrgico, menores são as possibilidades de sucesso no pós-operatório.

A utilização do princípio da escada de complexidade para a reconstrução da língua e assoalho da boca é válida e cada defeito deve ser avaliado individualmente, principalmente no que concerne às possibilidades de retorno às funções e a necessidade de realização de procedimentos de reconstrução mais complexos. As opções de reconstrução dependem da extensão do defeito e podem ser desde o fechamento por segunda intenção, fechamento primário, enxertia cutânea, retalhos locais, retalhos regionais e retalhos a distância⁸.

Entre as opções regionais, destacamos os retalhos infrahióideos, que utiliza o grupo muscular formado pelos músculos esternohióide, esternotireóide, tireohióide, e omohióide. São uma boa opção em casos onde são contra-indicados os procedimentos microcirúrgicos e permitem a reconstrução das estruturas intraorais alcançadas por seu arco de rotação. Não podem ser utilizados em pacientes com história de dissecação prévia cervical e em pacientes com doença metastática linfonodal.

CONCLUSÃO

A reconstrução é mandatória em reconstruções maiores da língua, já que as sequelas do não tratamento tem implicações funcionais importantes, inclusive com o risco de óbito por aspirações traqueobrônquicas de repetição. A melhor opção terapêutica é o retalho microcirúrgico innervado por, ao nosso ver, trazer melhores possibilidades de retorno da fala, mastigação e deglutição.

REFERÊNCIAS

1. Hamlet S, Jones L, Patterson R, et al. Swallowing recovery following anterior tongue and floor of mouth surgery. *Head Neck* 1991; 13(4):334-9.
2. Borggreven PA, Verdonck-de Leeuw I, Rinkel RN, et al. Swallowing after major surgery of the oral cavity or oropharynx: a prospective and longitudinal assessment of patients treated by microvascular soft tissue reconstruction. *Head Neck* 2007; 29(7):638-47.
3. Chong V. Oral cavity cancer. *Cancer Imaging* 2005; 5 Spec No A:S49-52.
4. Reece GP, Kroll SS, Miller MJ, et al. Functional results after oropharyngeal reconstruction: a different perspective. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125(4):474-7.
5. McConnel FM, Logemann JA, Rademaker AW, et al. Surgical variables affecting postoperative swallowing efficiency in oral cancer patients: a pilot study. *Laryngoscope* 1994; 104(1 Pt 1):87-90.
6. McConnel FM, Pauloski BR, Logemann JA, et al. Functional results of primary closure vs flaps in oropharyngeal reconstruction: a prospective study of speech and swallowing. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124(6):625-30.
7. Urken ML, Buchbinder D, Weinberg H, et al. Functional evaluation following microvascular oromandibular reconstruction of the oral cancer patient: a comparative study of reconstructed and nonreconstructed patients. *Laryngoscope* 1991; 101(9):935-50.
8. Bokhari WA, Wang SJ. Tongue reconstruction: recent advances. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15(4):202-7.