

OPÇÃO MICROCIRÚRGICA DA RECONSTRUÇÃO DE PALATO EM MELANOMA

MICROSURGICAL RECONSTRUCTION FOR PALATAL MELANOMA

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

Cirurgiã Plástica, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba-PR-Brazil

MARIA CECÍLIA CLOSS ONO - M.D.

Estudante de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

NOLAN PALMA - M.D.

Estudante de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

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

Cirurgião Plástico, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba-PR-Brazil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Sete de Setembro, 4923 cj 1001 - 80.240-000 Curitiba - PR - Brazil
Fone/Fax 55-41-3029-6868 - E-mail: annegroth@gmail.com

DESCRIPTORES

MELANOMA, MICROCIRURGIA, RECONSTRUÇÃO.

KEYWORDS

MELANOMA, MICROSURGERY, RECONSTRUCTION.

RESUMO

O melanoma da cavidade oral é uma entidade bastante rara com prognóstico ruim devido a extrema agressividade destes tumores. O planejamento cirúrgico é fundamental nestes pacientes para que a reconstrução imediata possa ser realizada minimizando o efeito devastador da ressecção cirúrgica intraoral. Apresentamos o caso de um paciente portador de melanoma no palato que foi submetido a ressecção ampla e reconstrução microcirúrgica com retalho anterolateral da coxa. Não houve complicações do retalho e o paciente retomou suas funções como fonação, deglutição, mastigação precocemente. A sobrevida foi de 24 meses e o paciente foi a óbito por metástases pulmonares disseminadas.

ABSTRACT

Malignant oral melanoma is an unusual presentation of this disease. Usually these tumors are very aggressive. Proper surgical planning is essential. Immediate reconstruction is mandatory to minimize the deleterious effects of such a wide surgical resection. We discuss a case of palatal melanoma submitted to surgical resection and immediate free flap reconstruction – anterolateral thigh flap. There were no complications postoperatively and the patient was able to resume essential functions as swallowing, speech and mastication. Survival period was 24 months and the patient died due to pulmonary metastasis.

INTRODUÇÃO

A reconstrução da cavidade oral é complexa,

e o defeito resultante da ressecção ampla de tumores deve ser analisado tridimensionalmente para adequado planejamento da reconstrução.

O câncer de cabeça e pescoço é comum em diversas partes do mundo em que o consumo de álcool e tabaco é elevado, incluindo o Brasil. A incidência é de 30 casos por 100.000 habitantes¹, e nos Estados Unidos a incidência de casos novos em 2004 foi 28.260 casos. Os tumores mais comuns da cavidade oral são os carcinomas espinocelulares.

O melanoma de palato é uma entidade extremamente rara e diferentemente do carcinoma espinocelular não existe qualquer relação com tabagismo ou etilismo. O diagnóstico é difícil e geralmente tardio, levando a tumores avançados.

O planejamento cirúrgico e da reconstrução são discutidos, assim como principais dados da literatura sobre esta doença.

RELATO DO CASO

Paciente apresentou-se com queixa de lesão verrucosa em palato cuja biópsia evidenciou melanoma. A cirurgia para ressecção de palato foi recusada pelo paciente que submeteu-se a radioterapia. Após 3 anos houve progressão da doença e foi proposta ressecção extensa de palato. (Figura 1)

A ressecção foi realizada envolvendo palato duro, palato mole, placa perpendicular do etmóide, septo nasal, rebordo maxilar alveolar deixando um defeito extenso com comunicação das cavidades nasal e oral. (Figuras 2 e 3)

Foi planejado um retalho microcirúrgico anterolateral da coxa que foi suturada à área do defeito para reconstrução da cavidade oral. (Figura 4)

Não houve complicações vasculares do retalho e a alimentação via oral foi restabelecida no 10º dia pós-operatório. A deglutição, mastigação e fonação foram completamente restauradas. Após 22 meses da cirurgia foram diagnosticadas metástases pulmonares disseminadas e o paciente foi a óbito após 2 meses em tratamento quimioterápico.



Figura 1: Apresentação inicial do paciente com lesão pigmentada envolvendo todo palato duro.

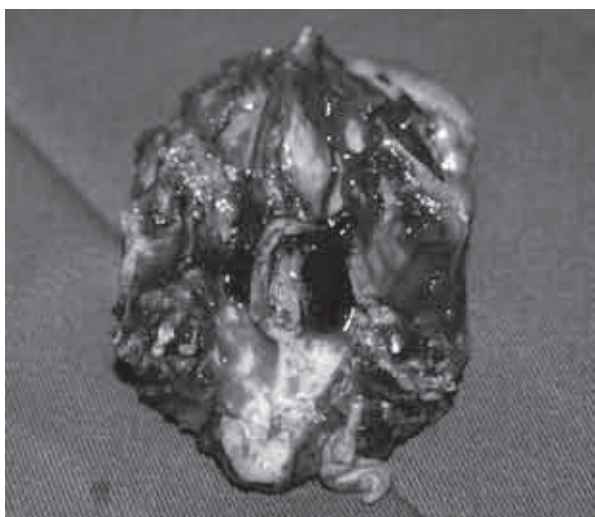


Figura 2: Vista Cranial. Ressecção ampla com margens envolvendo palato duro e mole, placa perpendicular do etmoide, septo nasal, maxila



Figura 3: Vista caudal. Ressecção ampla com margens envolvendo palato duro e mole, placa perpendicular do etmoide, septo nasal, maxila



Figura 4: Dissecção de retalho anterolateral da coxa para reconstrução microcirúrgica de palato.

DISCUSSÃO

O melanoma de palato tem prognóstico ruim, com sobrevida de 5 anos baixa, ao redor de 15-30%^{2,3}. Esta baixa sobrevida se deve ao diagnóstico tardio e a rica vascularização da região que contribui para sua disseminação. Os melanomas tendem a metastatizar e invadir tecidos com mais facilidade que os outros tumores da cavidade oral⁴.

Os melanomas malignos da cavidade oral representam entre 0,2 a 8% de todos os melanomas malignos⁵. A idade de aparecimento esta entre 40 e 70 anos, mais comum após os 55 anos, sendo mais freqüente nos homens⁴.

Clinicamente podem aparecer como lesões maculares ou nodulares. A coloração varia entre marrom, cinza, preto, branco, roxo e tons de vermelho. O diagnóstico é feito por biópsia. A cirurgia é o melhor tipo de tratamento, embora a complexidade anatômica dificulte o procedimento⁶. Outras possibilidades terapêuticas são a quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, porém são preferidas para terapia de resgate.

Embora a cirurgia seja a melhor opção terapêutica, o defeito resultante das lesões orais, especialmente de palato, é devastador. A reconstrução imediata dos defeitos de cabeça e pescoço foi preconizada inicialmente por Edgerton⁷, com o uso retalhos locais e regionais, incluindo os retalhos musculocutâneos peitoral maior e grande dorsal. Atualmente está sempre indicada e, apesar de descrições de retalhos locais por alguns autores⁸⁻¹⁰, a melhor opção é sempre a reconstrução microcirúrgica¹¹, por envolver menor taxa de complicações locais como fístulas e deiscências e possibilitar a reconstrução individualizada.

Inúmeros retalhos livres foram descritos na reconstrução oromandibular, incluindo retalhos ósseos e fasciocutâneos. Para o revestimento do assoalho da boca, os retalhos mais utilizados são o radial do antebraço¹², o lateral do braço¹³, o dorsal do pé¹⁴ e o anterolateral da coxa^{15,16}. Em nossa experiência o retalho anterolateral da coxa é o que melhor se presta a reconstrução de partes moles intraoral, por ser um retalho fino, maleável, com pedículo de comprimento

adequado, embora sua anatomia variável possa dificultar a dissecação do retalho.

CONCLUSÃO

Diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para um melhor prognóstico do melanoma da cavidade oral.

Apesar da agressividade e baixa sobrevida relacionada ao melanoma, a reconstrução microcirúrgica se impõe devido à particularidade do sítio anatômico, já que está diretamente implicada em funções essenciais como fonação, deglutição, mastigação e respiração.

REFERÊNCIAS

1. Thoma A, Levis C, Young JE. Oromandibular reconstruction after cancer resection. *Clin Plast Surg* 2005; 32(3):361-75, vi.
2. Rapini RP, Golitz LE, Greer RO, Jr., et al. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer* 1985; 55(7):1543-51.
3. Lessa NL, Moleri AB, Merly F, et al. Oral melanoma: an unusual presentation. *Dermatol Online J* 2008; 14(1):17.
4. Gondivkar SM, Indurkar A, Degwekar S, et al. Primary oral malignant melanoma--a case report and review of the literature. *Quintessence Int* 2009; 40(1):41-6.
5. Hashemi Pour MS. Malignant melanoma of the oral cavity: a review of literature. *Indian J Dent Res* 2008; 19(1):47-51.
6. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, et al. Oral malignant melanoma: a review of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008; 37(7):383-8.
7. Edgerton MT. Plastic surgery in the year 2000. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73(6):965-8.
8. Chen WL, Yang ZH, Li JS, et al. Reconstruction of the tongue using an extended vertical lower trapezius island myocutaneous flap after removal of advanced tongue cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46(5):379-82.
9. Sabri A. Oropharyngeal reconstruction: current state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 11(4):251-4.
10. Milenovic A, Virag M, Uglesic V, et al. The pectoralis major flap in head and neck reconstruction: first 500 patients. *J Craniomaxillofac Surg* 2006; 34(6):340-3.
11. Urken ML. Advances in head and neck reconstruction. *Laryngoscope* 2003; 113(9):1473-6.
12. Yang G, Chen B, Gao Y. Forearm free skin flap transplantation. *Nat Med J China* 1981; 61:139-44.
13. Katsaros J, Schusterman M, Beppu M, et al. The lateral upper arm flap: anatomy and clinical applications. *Ann Plast Surg* 1984; 12(6):489-500.
14. Zuker RM, Manktelow RT. The dorsalis pedis free flap: technique of elevation, foot closure, and flap application. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77(1):93-104.
15. Koshima I. Free Anterolateral Thigh Flap for Reconstruction of Head and Neck Defects following Cancer Ablation. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(7):2358-60.
16. Wei FC, Jain V, Celik N, et al. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109(7):2219-26; discussion 2227-30.