

Cirurgia Plástica ou Reconstrução Protética na Perda Total do Conteúdo Orbitário e do Pavilhão Auricular

Adorján Ferenc Kovács¹

1] Cirurgião Plástico Maxilofacial, MD, DMD.

Faculdade de Medicina da Universidade de Frankfurt,
Depto. de Cirurgia Plástica Maxilofacial

Endereço para correspondência:

Adorján Ferenc Kovács

Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Universitätsklinik Haus 21
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main

Alemanha

Descritores: Reconstrução do pavilhão auricular;
reconstrução orbitária; prótese facial.

RESUMO

Na reconstrução de defeitos faciais, duas opiniões rivalizam entre si: o auto-enxerto e o uso de material aloplástico. A maioria das clínicas opta entre uma ou outra técnica, o que torna difícil a comparação entre elas. A fim de chegar a uma avaliação crítica, apresentamos os prós e os contras da cirurgia plástica e da reconstrução protética de regiões particularmente difíceis, depois de exenteração orbitária (n=13) e perda total do pavilhão auricular (n=5), entre a população de pacientes da Faculdade de Medicina da Universidade de Frankfurt a partir de 1992, com base em exemplos típicos e na literatura. Atualmente, as próteses faciais ainda são esteticamente superiores às reconstruções cirúrgicas e requerem muito menos tempo e intervenções. A idade do paciente e seu estado geral são levados em consideração para decisão. No caso do pavilhão auricular, sempre que possível, deve-se optar pela reconstrução autóloga. Embora atualmente as próteses faciais possam ser vistas, em muitos casos, como uma forma possível de reabilitação imediata que pode auxiliar o paciente excessivamente desfigurado, o futuro, entretanto, pode estar na reconstrução autóloga, apesar de ser uma solução muito mais trabalhosa.

INTRODUÇÃO

Na reconstrução dos defeitos faciais, duas visões se rivalizam: o auto-transplante e o uso de material alheio⁽¹⁾. O objetivo é alcançar uma aparência tão na-

tural quanto possível. Com relação a isso, não se pode pensar apenas na parte estética, mas também na função do tecido ou da reconstrução e a compatibilidade

da restauração junto à pele receptora circundante. A órbita e o pavilhão auricular são regiões particularmente sensíveis. Se estiverem comprometidos por malformações, traumas ou por intervenções ablativas, esteja a cavidade orbitária esvaziada ou haja perda total do pavilhão auricular, o paciente e o médico se vêem diante do problema da reconstrução definitiva. A situação da cavidade ocular é particularmente difícil depois de um esvaziamento orbitário, com a remoção completa ou parcial das pálpebras. A criação cirúrgica de uma cavidade orbitária que possa receber uma prótese ocular deve mascarar a perda do olho. Aqui, uma prótese facial oferece uma alternativa esteticamente superior quando bem feita, mas permanece problemática para o paciente e seu meio ambiente

pela possibilidade de uma perda espontânea. Já uma orelha, na condição de malformação ou perda total, não pode ser avaliada tão criticamente em termos estéticos, embora a reconstrução com material humano possa ser particularmente difícil. Neste artigo, uma comparação entre as técnicas é apresentada com base em exemplos dados. Seus prós e contras são examinados, e, exatamente por não se referir a problemas muito comuns, é feita uma avaliação crítica.

PACIENTES E MÉTODOS

No período de 1992 a 1999, depois de uma exenteração orbitária, 13 pacientes foram tratados proteticamente (n=11) ou por reconstrução por cirurgia plástica (n=2). O diagnóstico histológico in-



Figs. 1a e 1b. 1a - Pré-operatório da cavidade orbitária direita esvaziada (paciente RA). Observar os cílios invertidos. 1b - Pós-operatório mostrando o bom resultado. Enoftalmia resultante da falta de apoio caudal do músculo transplantado.



Figs. 2a e 2b. 2a - Pré-operatório da cavidade orbitária esquerda esvaziada (paciente ST). Observar as inúmeras cicatrizes no canto medial e a deformidade da pálpebra superior. Fig. 2b - Pós-operatório mostrando resultado aceitável.

cluiu 5 carcinomas de células escamosas do antro maxilar, 2 carcinomas adenoidecísticos e 2 carcinomas basocelulares da região periorbitária, respectivamente, e 1 rabdossarcoma da órbita, 1 osteossarcoma da maxila, 1 carcinoma da glândula sebácea da pálpebra superior e 1 aspergilose do antro maxilar, respectivamente. O tratamento englobou 3 homens e 10 mulheres, entre 28 e 79 anos.

Os pacientes tratados por meio de reconstrução autóloga foram 2 homens com o diagnóstico de carcinoma basocelular e osteossarcoma. A cavidade orbitária foi preenchida com um retalho de músculo temporal⁽²⁾, e a região temporal com um implante Palacos (aproximadamente 10 dias de internação hospitalar); para reconstruir um novo sulco conjuntival, foram enxertadas mucosa oral e tiras espessas de retalhos cutâneos da parte alta do braço (aproximadamente 1 semana de internação hospitalar). Depois da criação do sulco estável para as pálpebras superior e inferior, colocou-se a prótese.

Para a fixação da prótese orbitária, aplicaram-se de 2 a 4 implantes osteointegrados na margem orbitária com internação de 2 dias; em 9 casos, foram colocados implantes dentais Bone-Lock (Howmedica Leibinger, Freiburg, Alemanha), com subsequente retenção das próteses do tipo barra e/ou bainha, em paciente ambulatorial⁽³⁾; em 2 casos, colocaram-se implantes craniofaciais Branemark Nobel Pharma, Gotemburgo, Suécia), com subsequente retenção magnética em paciente ambulatorial⁽⁴⁾, depois de uma fase de recuperação de 3 meses, respectivamente. Em 9 casos, as próteses orbitárias foram completadas e mantidas por período

médio de observação de 3 anos. Dois pacientes morreram antes do término desse período.

Desde 1996, foram tratadas perdas completas do pavilhão auricular, em 2 casos, proteticamente, e, em 3 casos, por reconstrução com cartilagem da costela. Foram tratadas microssomias hemifaciais com deficiência parcial ou total de um ouvido em 3 dos casos (sendo 2 plásticas reconstrutivas); os outros 2 casos se referiam à perda de orelha por 1 melanoma maligno (prótese) e 1 acidente de trânsito num conversível (reconstrução). O tratamento abrangeu 1 mulher e 4 homens, com idade variando de 17 a 75 anos.

O método de reconstrução total usando cartilagem da costela numa primeira fase e revestimento dorsal com retalho de fâscia temporal e uma ponta de retalho cutâneo na segunda fase baseou-se numa proposta de Nagata⁽⁵⁾ (aproximadamente 10 dias de internação para cada fase). Os lóbulos foram preservados e respectivamente incluídos. Em um paciente com microssomia hemifacial que já apresentava reação excessiva pré-existente, houve problemas de aceitação apesar do bom reforço auricular, em vista do que a segunda fase (alargamento do dorso da orelha) não foi realizada e novas intervenções foram recusadas. No paciente com trauma, perdeu-se o transplante pela má vascularização do leito receptor, embora tivesse sido observado o período de um ano de intervalo entre o trauma e a intervenção. O problema provavelmente foi causado pelas cicatrizes produzidas na região temporal pelos ferimentos sofridos no acidente. O paciente quer realizar mais uma tentativa com uma plástica com rotação de pele saudável do pescoço.



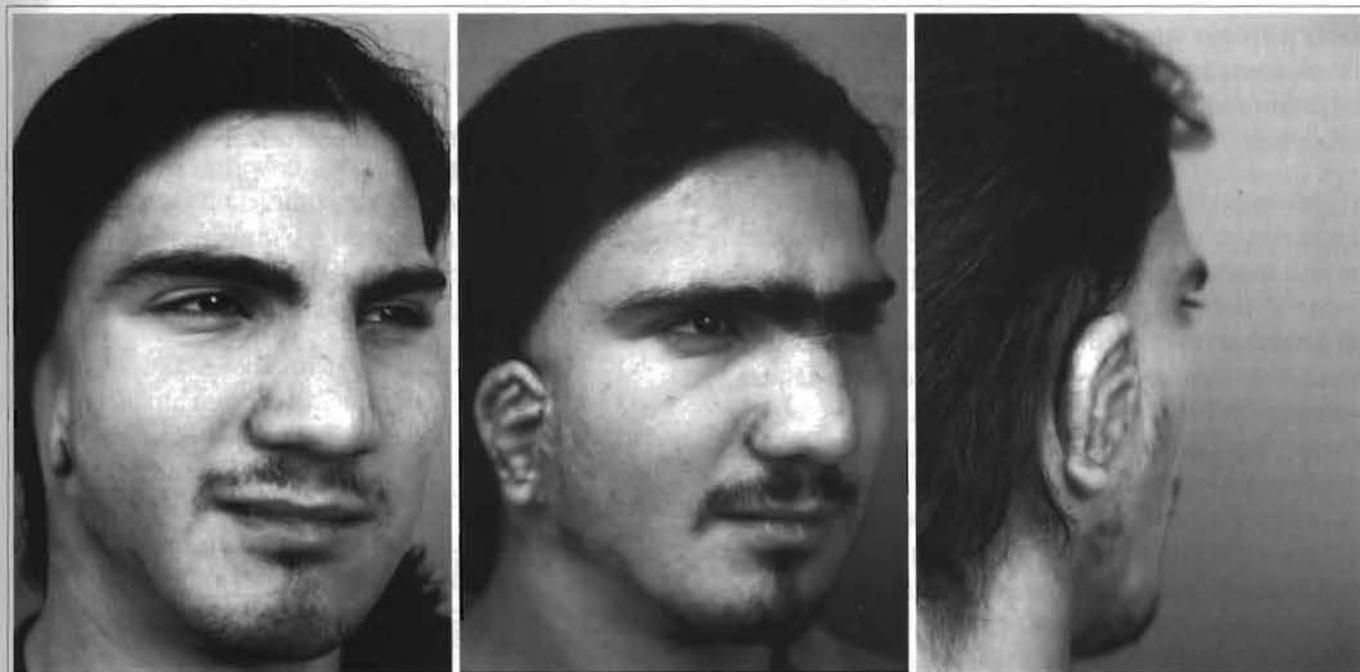
Figs. 3a e 3b. 3a – Cavidade orbitária direita esvaziada, com conectores magnéticos de implantes osteointegrados (paciente KL). 3b – Prótese orbitária já colocada (paciente KL). Excelente resultado.

Para a fixação das próteses de orelha, foram usados, exclusivamente, 2 ou 3 implantes craniofaciais Branemark, e a retenção foi magnética⁽⁴⁾. Para a colocação dos implantes, os pacientes foram hospitalizados por 2 dias.

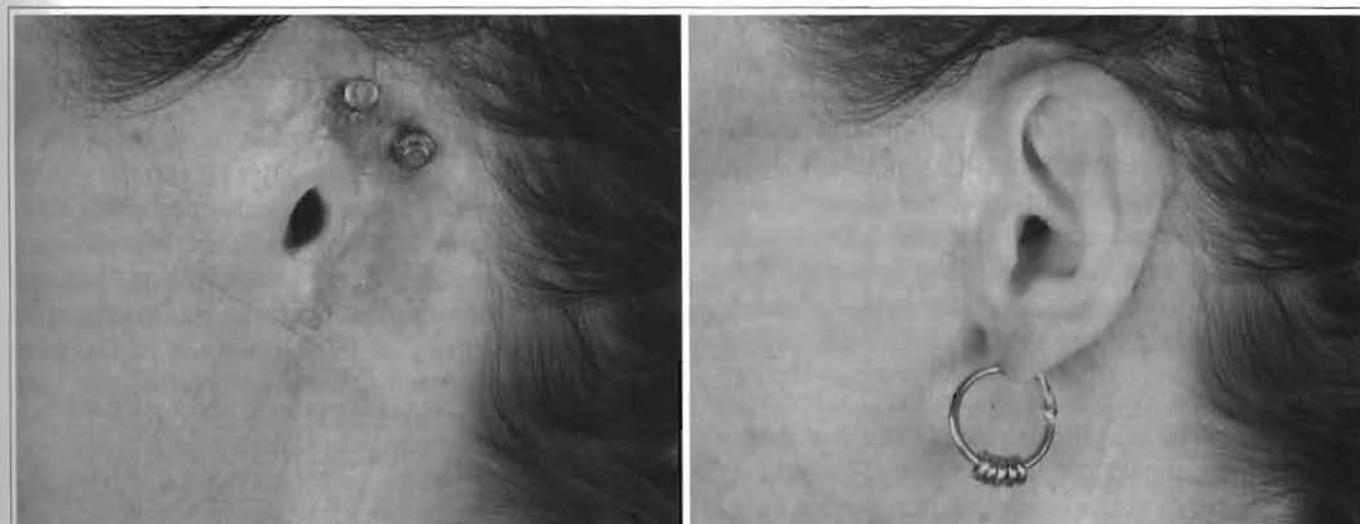
CASUÍSTICA

RA, 20 anos de idade, sexo masculino. Apresentou-se com diagnóstico de osteossarcoma maxilar do lado

direito, tendo sido feita uma hemimaxilectomia, incluindo a exenteração da órbita direita, o que resultou numa deformidade contínua, desde a órbita até a cavidade oral (Fig. 1A). Em seguida, o paciente foi submetido a poliquimioterapia por um período de algumas semanas. Depois de um intervalo de 2 anos sem recorrência da doença, a cavidade orbitária foi preenchida com um retalho do músculo temporal. Uma solução microcirúrgica compreendendo um retalho da escápula para a reconstrução do assoalho



Figs. 4a - 4c. 4A - Pré-operatório do paciente TÛ, com microsossomia hemifacial e microtia no lado direito. Fig. 4B - Pós-operatório depois da reconstrução (paciente TÛ). A colocação do novo pavilhão auricular foi determinada pela assimetria facial e do lóbulo. Fig. 4C - Pós-operatório da parte posterior para mostrar a boa projeção do pavilhão auricular (paciente TÛ).



Figs. 5a e 5b - Perda total da aurícula esquerda; cicatriz resultante do esvaziamento do pescoço (paciente KR). Podem ser vistos os conectores magnéticos dos implantes osteointegrados. 5b - A prótese de orelha já colocada (paciente KR). Excelente resultado.

orbitário foi rejeitada. Dois meses depois, foi reconstruído o saco conjuntival das pálpebras superior e inferior com uma tira de retalho cutâneo da parte superior do braço direito. Simbléfaro e retração recorrentes foram detectados 2 e 4 meses depois. A abertura palpebral foi mantida aberta com conchas plásticas Illig, de tamanhos gradativamente crescentes. Finalmente, depois de 5 meses, a dobra conjuntival superior foi reconstruída com mucosa oral e, 3 meses depois, a prótese definitiva de olho foi colocada. O palato duro foi fechado com um retalho em ilha de Millard. Nessa ocasião, pôde ser feito um ajustamento da pálpebra superior direita, combinado com o levantamento dos cílios pendentes. A falta de apoio caudal do músculo transplantado produziu enoftalmia do lado direito (Fig. 1B).

ST, 66 anos de idade, sexo masculino. Apresentou-se com a recorrência de um sólido carcinoma basocelular na área medial esquerda do canto palpebral. O tumor primário tinha sido operado diversas vezes e irradiado 3 anos antes com 50 Gy. Depois da ressecção com o sacrifício de dois terços da área medial da pálpebra superior e a área do canto, a deformidade fora fechada com um retalho da glabella. Dois anos e meio depois houve a recorrência, que levou então à exenteração da órbita direita (Fig. 2A). Em razão da forte preocupação com o aspecto físico que o paciente apresentava, a cavidade orbitária foi preenchida com um transplante de músculo temporal apenas 3 meses depois. O saco caudal conjuntival foi reconstruído com mucosa oral após 2 meses. Os principais problemas eram os simbléfaros recorrentes, que precisaram ser separados, ao mesmo tempo, três vezes, e a criação do sulco palpebral superior e da parte medial da pálpebra superior. Um retalho transposto da área acima do supercílio e um retalho transposto do nariz não foram muito bem sucedidos, até que, finalmente, 18 meses depois do preenchimento da órbita, alcançou-se uma condição estável com a transposição de um retalho retirado da área frontal média juntamente com uma plástica de deslizamento lateral da pálpebra superior. Depois de alguns dias, tendo mantido uma concha plástica Illig por meses, finalmente o paciente recebeu a definitiva prótese de olho (Fig. 2B).

KL, 75 anos de idade, sexo masculino. Exenteração da cavidade orbitária direita causada por carcinoma de células escamosas do antro maxilar, seguida de quimioterapia com cisplatina e 5-fluorouracil (Fig. 3A). Após 13 meses, foram introduzidos 5 implantes craniofaciais Branemark na margem orbitária lateral;

depois de 5 meses, foi feita a exposição dos implantes, com a retirada de um implante em razão de osseointegração insuficiente; 1 mês depois o tecido junto a cada implante foi aparado para restringir a movimentação em torno dos implantes; 3 meses depois, finalmente, foi feita a integração da prótese com retentor magnético (Fig. 3B).

TÜ, 17 anos de idade, sexo masculino. Microtia causada por microsomia hemifacial do lado direito (Fig. 4A). Foi feita a total reconstrução um ano depois, usando a cartilagem da 6ª e da 9ª costelas à direita, de acordo com o procedimento Nagata, com inclusão do lóbulo remanescente redesenhado. A assimetria facial resultou em ligeira disposição caudal do pavilhão auricular. Meio ano depois, a orelha foi dobrada externamente, e seu dorso, coberto com um retalho da fáscia temporal e pele completa da região inguinal direita. O paciente aceitou seu novo pavilhão auricular sem problema e está socialmente reabilitado já há 3 anos, praticando esportes ativamente (Figs. 4B e C).

KR, 44 anos de idade, sexo feminino. A completa ablação do pavilhão auricular esquerdo ocorreu juntamente com uma dissecação ipsolateral do pescoço em consequência de um melanoma na pele do pavilhão auricular. Depois de 10 meses, foram colocados no mastóide 2 implantes craniofaciais Branemark. Depois de 6 meses, os artefatos foram expostos e a pele junto ao implante foi desbastada. A prótese com retenção magnética pôde ser montada 2 meses depois (Figs. 5A e B).

RESULTADOS

1. Ambos os grupos de pacientes ficaram satisfeitos com as respectivas reconstruções e integraram-se socialmente. Com uma visão objetiva, pode-se declarar que, pelos resultados estéticos, as próteses faciais devem ser mais bem avaliadas.
2. A duração da internação hospitalar foi cerca de 10 vezes maior nos casos de reconstrução cirúrgica e o período total do tratamento reconstrutivo foi cerca de 2 a 3 vezes mais longo.
3. A idade e a condição geral do paciente são extremamente importantes para a decisão: um paciente jovem e esportista, se fosse informado sobre as limitadas possibilidades, jamais aceitaria uma prótese removível.

4. O pavilhão auricular deve ser avaliado diferentemente da cavidade orbitária. Nessa condição, já que não há partes móveis nem uma expressão de emoção envolvida no caso, e desde que não haja fortes contra-indicações, a decisão deveria ser mais facilmente tomada em favor da reconstrução pela plástica.

DISCUSSÃO

A ação, depois de ressecções orbitárias, depende da extensão da deformidade⁽⁶⁾. Os procedimentos introdutórios para a órbita abrangem a reconstrução total da cavidade orbitária, que também pode ser realizada utilizando-se retalhos livres com anastomoses microcirúrgicas (retalho radial do antebraço, retalho da virilha). Diz-se que essa técnica não está propensa à retração⁽⁷⁾. Os vasos sanguíneos temporais, principalmente, são usados para a anastomose. Mesmo se o número de intervenções puder ser idealmente reduzido para dois, se existirem ótimas condições palpebrais e conjuntivais, a operação reconstrutiva permanece sempre muito onerosa e deve, portanto, na maioria dos casos, ser reservada para os pacientes mais jovens⁽¹⁾. O retalho do músculo temporal não está obsoleto, especialmente porque não há praticamente morbidez na área doadora⁽⁸⁾. Do ponto de vista do acompanhamento de pacientes com tumores, a ressecção deve ser feita com segurança nas margens saudáveis impedindo um exame local, em caso de reconstrução por cirurgia plástica, o que pode ocultar uma recorrência. O efeito estético de reconstruções com tecidos do corpo provavelmente nunca será ótimo, mas deve ser interpretado como um desafio cirúrgico, especialmente tendo em vista as novas técnicas. Sem dúvida nenhuma, a reconstrução com material autólogo não só é mais natural como é a variante mais próxima da natureza ligada à imagem que o próprio paciente tem de si, e é mais apreciada do que uma prótese mesmo quando se trata de um paciente mais velho, como foi mostrado no exemplo citado anteriormente. A prótese facial carrega psicologicamente uma imagem de fachada, da qual freqüentemente não se descarta o fato de a deformidade estar apenas encoberta por uma aparelhagem removível, mesmo quando oferece um resultado estético importante. A ambigüidade da impressão psicológica é criada, também, por uma nova geração de prótese orbitária, que tem pálpebras móveis para garantir uma expressão mais vívida⁽⁹⁾. As desvantagens da reconstrução protética são: a possibilidade de perder a prótese, apesar do avanço nas

melhorias de retenção (implantes osteointegrados e artefatos magnéticos) e o fato de não mudar de cor com a variação das estações como acontece com a pele à sua volta, precisando também ser retocada a intervalos regulares. Além disso, esses retornos periódicos ao médico fazem com que o paciente se lembre de seu defeito, que de qualquer forma ele vê permanentemente durante a limpeza diária que precisa fazer na prótese. As vantagens indiscutíveis da solução protética são: a rapidez, a segurança e a integração simples, não representando nenhum desafio cirúrgico. A arte do criador artesanal dessas próteses também precisa ser mencionada⁽¹⁰⁾. O fato de assegurar o acesso ao local de exame é clinicamente importante nos casos de carcinoma, já que se pode levar em conta uma alta probabilidade de recorrência. A prótese, então, é indicada para a reintegração social do paciente enquanto dura o período de observação. Já, com as deformidades causadas por acidente, esse argumento em favor da prótese facial não tem validade.

A situação na área da orelha certamente precisa ser avaliada de outra forma. Para alguns, ela não é considerada uma área tão esteticamente sensível quanto o olho. A sensação de deformidade não é tão forte nesses pacientes. Muitas e muitas vezes, eles recusam qualquer tipo de reconstrução ou substituição de perdas parciais ou totais porque já se adaptaram à condição. Frequentemente, o cabelo, principalmente entre as mulheres, é arrumado de uma forma que consegue esconder o defeito. Para outros pacientes, a orelha, não possuindo elementos móveis e detalhes como o globo ocular e as pálpebras, pode ser construída a partir da montagem de partes de cartilagem. Certamente vai depender da habilidade e experiência do cirurgião o quanto a orelha reconstruída vai parecer natural e perfeita, e o argumento estético para uma prótese nesse caso fica evidentemente enfraquecido. Muitas vezes surge o problema da inclusão obrigatória de pele com cabelo na cobertura do transplante, o que pode ser facilmente resolvido com depilação a laser. De qualquer maneira, o conforto cirúrgico jamais deve conduzir à opção por uma solução protética. Assim, se a experiência cirúrgica para uma boa reconstrução não for suficiente, a transferência para um centro que comprovadamente abrigue um grande número de pacientes não deve ser adiada^(11, 12). Um argumento adicional em favor da prótese do pavilhão auricular é a ocultação do aparelho de audição, o que, entretanto, já se refere a outro grupo de pacientes⁽¹³⁾.

Pode-se concluir que a reconstrução com material

autólogo permanece cump sendo o objetivo ideal a ser perseguido. Para alcançar essa meta, são feitas tentativas para transformar cartilagens e outros tecidos em reproduções nas formas desejadas, o que nos abre a promessa de sucesso, principalmente na reconstrução auricular, num futuro bem próximo⁽¹⁴⁾. Isso levará ao claro declínio da morbidade de áreas de doação com a redução do estresse operatório do paciente. Atualmente, as próteses faciais devem ser vistas, em muitos casos, como a possibilidade prática de rápida recuperação, com a capacidade de ajudar pacientes excessivamente desfigurados, aqui e agora. Mas o futuro não deve ser focalizado tendo em vista esse tipo de substituição protética.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHWENZER N. Grenzen der Rekonstruktion der Lider und einer prothesenfähigen Augenhöhle. In: Schwippen, V., and Tilkorn, H. (eds). Fortschritte in der kraniofazialen chirurgischen Prothetik und Epithetik. Reinbek: Einhorn-Press Verlag, p. 94-8, 1997.
2. TESSIER P, KRASTINOVA D. Transposition of the temporalis muscle into an anophthalmic orbit. *Ann. Chir. Plast.* 1982; 27:212-20.
3. KOVÁCS AF. A follow-up study of orbital prostheses supported by dental implants. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2000; 58:19-23.
4. NESTLE B, CORNELIUS CP, SCHWENZER N. Enossale Implantate nach Tumorresektion im Gesichtsbereich. *Mund Kiefer Gesichtschir.* 1999; 3 (Suppl 1):130-2.
5. NAGATA S. A New Method of Total Reconstruction of the Auricle for Microtia. *Plast. Reconstr. Surg.* 1993; 92:187-201.
6. LEVIN PS, ELLIS DS, STEWART WB, TOTH BA. Orbital exenteration. The reconstructive ladder. *Ophthal. Plast. Surg.* 1991; 7:84-92.
7. GUBISCH W, GREULICH M. Zum Problem der Orbitarekonstruktion. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1990; 197:522-6.
8. SCHICK B, SCHAUSS F, DRAF W, CONSTANTINIDIS J. Possible indications for temporalis muscle flaps in plastic-reconstructive surgery of the head and neck. *Laryngorhinootologie* 1997; 76:235-40.
9. KLEIN M, MENNEKING H, SCHMITZ H, LOCKE HG, BIER J. A new generation of facial prostheses with myoelectrically driven moveable upper lid. *Lancet.* 1999; 353:1493.
10. SCHILLING N. Der große Orbitadefekt - Möglichkeiten und Grenzen der epithetischen Versorgung. In: SCHWIPPER V, AND TILKORN H. (eds). Fortschritte in der kraniofazialen chirurgischen Prothetik und Epithetik. Reinbek: Einhorn-Press Verlag. p. 103-6, 1997
11. BRENT B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts. Two decades of experience with 600 cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 90:353-74.
12. FIRMIN F. Value of tissue expansion in total reconstruction of the external ear. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 1996; 41:495-502.
13. FEDERSPIL P, KURT P, AND KOCH A. Bone-anchored epitheses and audioprotheses: 4 years' experience with the Branemark system in Germany. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.* (Bord). 1992; 113:431-7.
14. YOTSUYANAGI T, URUSHIDATE S, WATANABE M, AND SAWADA Y. Reconstruction of a Three-Dimensional Structure Using Cartilage Regenerated from the Perichondrium of Rabbits. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103:1120-3.