

RETALHO MIOMUCOSO DE LÍNGUA PARA FECHAMENTO DE FÍSTULA COMPLEXA EM PALATO: RELATO DE CASO

MYOMUCOSAL TONGUE FLAP FOR CLOSURE OF COMPLEX FISTULA IN PALATE: CASE REPORT

Bruna Pedral Sampaio de Souza **DANTAS**¹
Mariana Conceição André de Lima **OLIVEIRA**²
Roberto Almeida de **AZEVEDO**³
Paulo Plessim de **ALMEIDA**⁴

RESUMO

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas faciais resultantes da falha no mecanismo de fusão dos processos frontonasais laterais com os processos mediais maxilares entre a oitava e a décima segunda semana de vida intrauterina, apresentando uma etiologia multifatorial. O presente estudo teve como objetivo apresentar a utilização de um retalho miomucoso de língua para o tratamento de fístula complexa em palato duro, secundária ao insucesso de uma palatoplastia primária. Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, portador de fissura labial bilateral transforame, apresentou-se ao Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce para tratamento de fístula em região de palato. Após preparo pré-operatório, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, para fechamento da fístula utilizando-se um retalho pediculado de língua com base na porção anterior da mesma. O retalho foi mantido pediculado cerca de 01 mês, período imprescindível para integração do enxerto na área receptora. Após esse período, realizou-se novo procedimento para soltar o pedículo e moldar o enxerto de tecido mole ao palato. Observou-se no pós-operatório da segunda intervenção, boa integração do enxerto de língua ao palato, fechamento da fístula palatina, permanecendo apenas um pequeno orifício residual comunicando com a cavidade nasal. Constatou-se ainda melhora de funções como dicção das palavras, deglutição e do som anasalado da fala do paciente, e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida. A técnica mostrou-se uma opção efetiva para a reabilitação das grandes fístulas palatinas e exige uma atuação interdisciplinar para execução do protocolo de tratamento.

UNITERMOS: Retalhos Cirúrgicos; Fissura Palatina; Língua.

INTRODUÇÃO

Das malformações congênitas de cabeça e pescoço a mais frequente é a fissura labiopalatina, caracterizada por um defeito de fechamento dos processos frontonasais laterais com os processos mediais maxilares entre a oitava e a décima segunda semana de vida intrauterina. A etiologia das fissuras labiopalatinas é multifatorial e abrange fatores hereditários, utilização de medicamentos ou outros tipos de drogas teratogênicas, exposição a álcool ou radiação, e em cerca de 20 a 30 % dos casos estão

associados a síndromes¹. Lofredo et al.², concluiu que diversos estudos mostraram maior prevalência deste defeito entre mongóis, caucasoides e negros, respectivamente. Através de um estudo de caso controle, também concluiu que há um predomínio das fissuras labiais ou labiopalatinas (75,6%), mais comum no sexo masculino, sobre as fissuras palatinas (21,3%), mais comum no sexo feminino. No Brasil estima-se uma proporção de 01 criança portadora de fissura labiopalatina para cada 600 nascimentos³.

1. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Hospital Geral do Estado (HGE) e Hospital Santo Antônio (HSA/OSID), Salvador, Bahia, Brasil.

2. Ex-Interna do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Hospital Geral do Estado (HGE) e Hospital Santo Antônio (HSA/OSID), Salvador, Bahia, Brasil.

3. Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Hospital Geral do Estado (HGE) e Hospital Santo Antônio (HSA/OSID), Salvador, Bahia, Brasil.

4. Chefe do Serviço de Fissurados Lábio-Palatais e Cirurgião Plástico do Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce (HSA/OSID), Salvador, Bahia, Brasil.

As fissuras labiopalatinas podem causar alterações fonéticas, auditivas, respiratórias, nutricionais e distúrbios de oclusão dentária, portanto os procedimentos cirúrgicos de reabilitação das fissuras labiopalatinas devem ser capazes de promover fala e desenvolvimento ósseo craniofacial adequados⁴⁻⁶. Em geral, as palatoplastias fecham a comunicação entre a cavidade oral e nasal e promovem síntese velofaríngea, proporcionando correto crescimento dentofacial e emissão fonética adequada^{7,8}.

Entre as complicações das cirurgias de palato podemos encontrar hemorragias, infecções, obstrução das vias aéreas e, mais comumente, fistula oronasal (FON). A ocorrência de FON se deve à cicatrização deficiente da palatoplastia por tensão, ausência de várias camadas de fechamento ou falta de cuidados pós-operatórios. Essas fístulas permitem a passagem de ar, levando a um escape nasal durante a fala, e líquido, trazendo ao paciente retraimento social e dificuldade de higiene oral. A ocorrência de FON estabelece uma relação direta com a extensão da fenda palatal⁹.

A história mostra a evolução dos tratamentos de escolha para o fechamento das fistulas oronasais: do uso de metais ao de retalhos locais ou, em sua impossibilidade, o uso de retalhos à distância, como o de mucosa e de pedículo lingual. A principal indicação para a escolha de retalho à distância é a carência de tecido para o fechamento de médios e grandes defeitos intraorais¹⁰.

O retalho lingual tem-se mostrado um método efetivo para o fechamento de médias e grandes fístulas palatinas, especialmente após múltiplas tentativas de fechamento. Esta técnica não produz sérios impedimentos funcionais a língua¹¹. As vantagens do uso dos retalhos linguais são a disponibilidade de grande quantidade de tecido ricamente vascularizado, devido às artérias linguais e seus ramos, para grandes reconstruções e de fácil rotação¹¹⁻¹⁴.

Diante dos desafios no tratamento dos pacientes fissurados a discussão de suas complicações é imprescindível para a escolha de técnicas voltadas às necessidades de cada paciente. A FON é tida como a complicação mais comum após a palatoplastia, o que justifica a necessidade de exposição e discussão de suas opções terapêuticas. O presente artigo apresenta um relato de fistula oronasal após palatoplastia tratada com retalho pediculado de língua.

RELATO DE CASO

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

Paciente R.G.M., do gênero masculino, leucoderma, 15 anos de idade, procurou o Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (HSA/

OSID) para tratamento de fístula complexa em palato.

Apresentou como queixas o discurso hipernasal, retenção de sólidos e líquidos durante alimentação, fluxo de líquidos e ar da cavidade bucal para nasal, o que afeta substancialmente sua qualidade de vida.

Na história médica, negou uso crônico de medicamentos e, referiu alergia a eritromicina (SIC). Além disso, negou quaisquer outras manifestações sistêmicas ou doenças em curso.

O paciente foi submetido a cirurgias prévias de queiloplastia com 03 meses de idade, palatoplastia primária com 01 ano, todavia não obteve sucesso, permanecendo com fístula. Em relação a história social, negou uso de álcool ou substâncias ilícitas, genitora aceitou se necessário, transfusão sanguínea (Figuras 1 e 2).



Figura 1 - Fotografia em vista frontal.

Ao exame clínico extrabucal, paciente portador de fissura labial bilateral transforame completa, sensibilidade e mímicas faciais preservadas. O exame intraoral revelou oclusão estável, boa abertura bucal, higiene oral regular, ausência de mobilidade atípica à manipulação da mandíbula, defeito ovóide bem delimitado localizado na rafe palatina abrangendo o palato duro, por meio da qual a comunicação buconasal se estabelece (fístula complexa em palato duro, secundária ao insucesso da palatoplastia primária).



Figura 2 - Fotografia em vista lateral (Perfil).

Após preparo pré-operatório, o paciente foi programado para procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, para fechamento de fístula utilizando-se um retalho pediculado de língua com base na porção anterior.

A cirurgia foi realizada no dia 29 de março de 2017 no HSA/OSID pela equipe de Cirurgia Plástica e Bucomaxilofacial. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal com declive cefálico (Roese) sob anestesia geral, intubação orotraqueal, assepsia e antisepsia intra e extraoral com PVPI (Iodopovidona) tópico, aposição de campos operatórios, marcação da incisão a ser realizada utilizando-se verde brilhante com base anterior (Figura 3).

Após incisão em área demarcada no dorso lingual, liberação de retalho miomucoso de língua com espessura adequada e revisada hemostasia com auxílio de bisturi elétrico, foi realizada sutura em língua em região de liberação do retalho com monocryl 4-0 (Figura 5 e 6).



Figura 3 - Delimitação da área a ser incisada utilizando-se verde brilhante. Infiltração com anestésico local de lidocaína a 2% com epinefrina 1.200.000 em dorso de língua e palato, incisão em palato e descolamento mediais em plano subperiosteal (Figura 4).

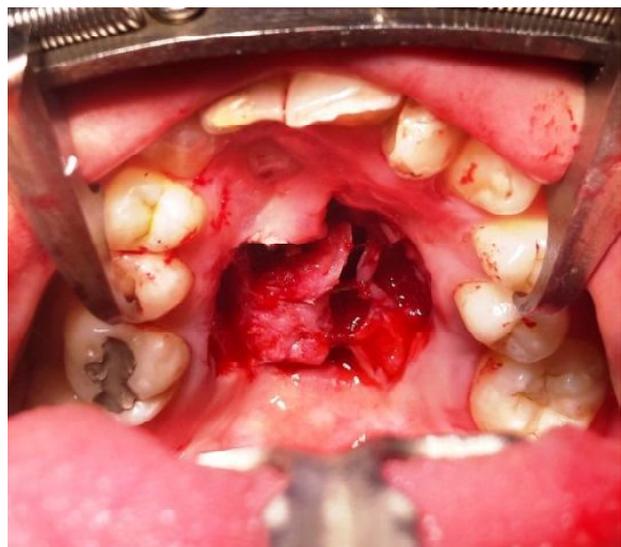


Figura 4 - Fístula extensa em palato.



Figura 5 - Retalho liberado.

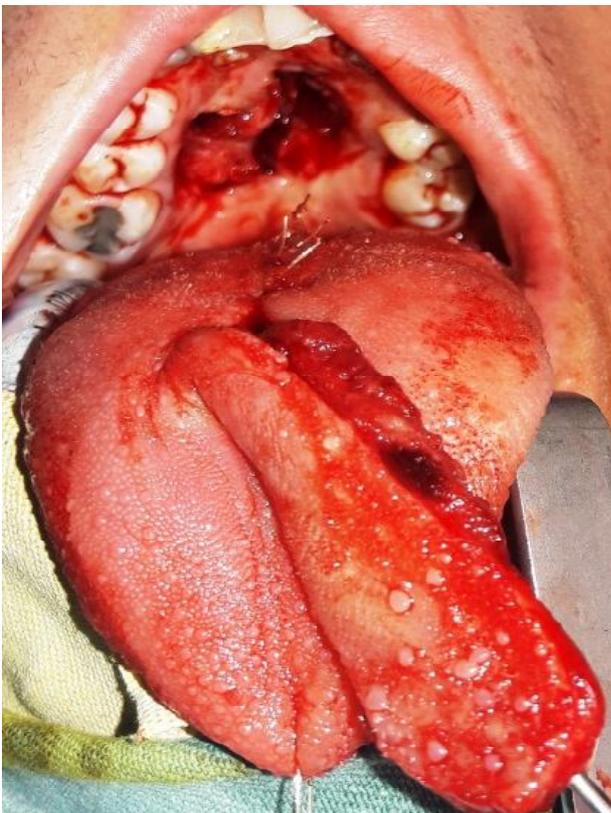


Figura 6 - Sutura realizada em língua.
Retalho de língua posicionado em região do defeito e suturado com monocryl 3-0 (Figuras 7 e 8), irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%.

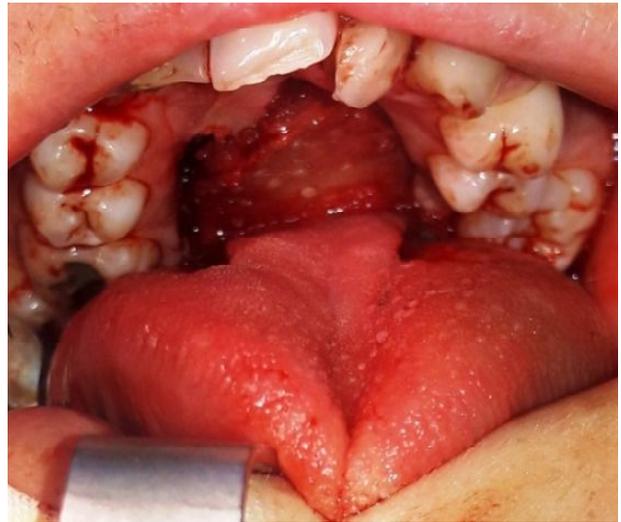


Figura 7 - Retalho de língua posicionado.



Figura 8 - Retalho suturado.

O paciente foi então extubado e encaminhado ao CRPA (Recuperação pós anestésica) sem intercorrências. O retalho foi mantido pediculado por cerca de 01 mês, para integração do enxerto na área receptora (Figura 9).



Figura 9 - Retalho mantido pediculado por 35 dias.

Após esse período, realizou-se novo procedimento sob anestesia geral no dia 03 de maio de 2017 para soltar o pedículo e moldar o enxerto de tecido mole ao palato (Figura 10 e 11).

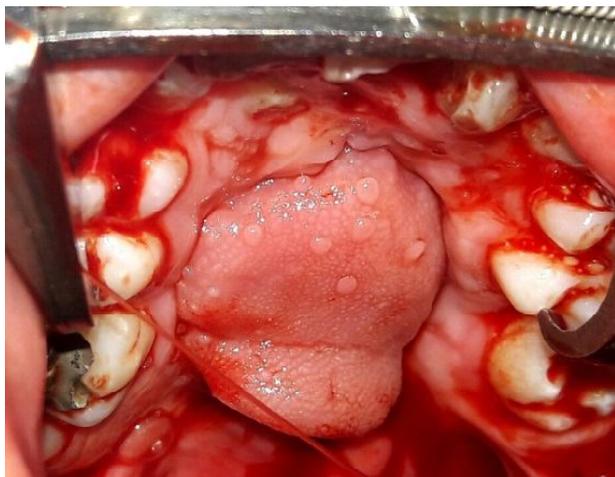


Figura 10 - Retalho após liberação evidenciando vascularização da região.



Figura 11 - Pedículo suturado.

Observou-se no pós-operatório da segunda intervenção, boa integração do enxerto de língua ao palato, fechamento da fístula palatina, permanecendo somente pequeno orifício residual comunicando com a cavidade nasal (Figura 12).

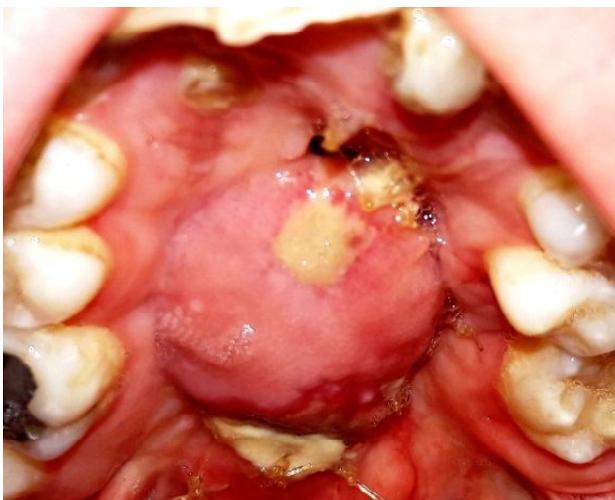


Figura 12 - Retalho bem integrado com pequena fístula residual.

Constatou-se ainda melhora de funções como dicção das palavras, deglutição, no som anasalado da fala do paciente, e, conseqüente, da qualidade de vida.

DISCUSSÃO

As FONs têm uma incidência que varia de 03 a 60%¹⁴, podendo ser assintomática ou provocar dificuldades na fala, como a frequente emissão de hipernasais e na higiene oral, e regurgitação de fluidos ou partícula de alimentos pelo nariz¹⁵. As fístulas podem acometer o palato mole, o palato duro ou a transição entre ambos. Sua ocorrência, segundo a literatura, pode variar em função da gravidade e do tipo de fissura, da técnica utilizada no reparo, da idade em que esse é realizado e da experiência do cirurgião^{4,5}. As fístulas oronasais são avaliadas quanto à localização, ao diâmetro e suas conseqüências na alimentação e na ressonância da voz⁶.

Percebe-se que a FON pós palatoplastia desenvolvida pelo paciente relatado no presente trabalho é uma complicação comum¹⁶, com incidência esperada de aproximadamente 12,5% em pacientes com fissura completa¹⁷, e proporcional ao tamanho da fissura.

A causa das fístulas é associada a algum dos seguintes fatores: infecção, formação de hematoma entre cavidade oral e nasal, tensão excessiva entre os reparos, espaço morto ou técnica inadequada¹⁵. As FONs podem ser classificadas quanto ao seu tamanho em pequena (menores que 5 mm), média (entre 05 mm e 02 cm) e gigante (maior que 02 cm) e quanto à localização em vestibuloalveolar, de palato duro, da junção entre palato duro e mole, e de palato mole. As pequenas fístulas oronasais são quase sempre assintomáticas e podem ter a correção cirúrgica postergada por um longo período sem conseqüências significativas ao paciente, contudo fístulas médias ou grandes são sintomáticas e seu tratamento torna-se fundamental para a correção de deformidades evidentes. Como a fissura labial bilateral transforame completa possuía grandes extensões, o paciente desenvolveu uma fístula oronasal classificada como grande por ultrapassar 02 cm de diâmetro⁹.

As pequenas fístulas palatinas são, em sua maioria, assintomáticas, contudo, os defeitos médios a grandes quase sempre são acompanhados por hipernasalidade, regurgitação de fluidos para o nariz e retenção de alimentos no defeito¹⁸, sintomas relatados pelo paciente, justificando a necessidade de abordagem cirúrgica.

Devido à grande extensão da lesão a escolha por retalhos locais como tratamento tornou-se inviável pela pouca disponibilidade de tecido, justificando, portanto, o uso de retalho a distância. Dentre as opções disponíveis tem-se o retalho miomucoso do musculo bucinador e o retalho lingual.

O retalho miomucoso do músculo bucinador possui uma rica vascularização, proporciona

espessura adequada e pode secretar saliva, portanto, representa uma importante opção para correção de médios defeitos mucosos intraorais. As principais artérias responsáveis pela nutrição desses retalhos são a artéria facial e a bucal. A artéria alveolar superior posterior também participa desse processo, mas em menor grau. A inervação motora do m. Bucinador é realizada pelo ramo bucal do nervo facial e a sensitiva pelo ramo bucal do nervo mandibular. Durante a confecção dos retalhos é importante prevenir lesão do ducto de Stensen, e neurovascular^{10,19}. O desenho do retalho deve incluir a artéria facial ou bucal e a localização de sua base determina a classificação dos retalhos miomucosos do músculo bucinador. Apesar de sua versatilidade, o uso de retalho miomucoso do bucinador não apresenta tanta aplicabilidade para grandes defeitos intraorais¹⁹.

Optou-se pelo retalho lingual, pois a língua é uma estrutura muscular bastante vascularizada, com grande disponibilidade de tecido e de fácil rotação. Existem dois tipos básicos de retalhos linguais: os de rotação anterior e os de posterior. Os de rotação anterior são preferíveis pela menor possibilidade de lesão vascular e do nervo hipoglosso. Ainda em relação aos retalhos linguais anteriores, nota-se a predominância de sua adoção para a reconstrução de palato duro, mucosa oral anterior, assoalho anterior e lábios enquanto os retalhos posteriores são mais usados nas reconstruções de palato mole, mucosa oral posterior e área retromolar¹¹⁻¹³.

Como a localização da fístula envolvia apenas o palato duro optou-se pelo retalho lingual de base anterior, que possui menor risco de lesão vascular e do nervo hipoglosso quando comparado ao de base posterior.

As complicações mais comuns dos retalhos linguais são hematoma, infecção, necrose, hemorragias e deiscências, contudo também se nota raramente diminuição da capacidade gustativa, alterações na fala e movimentação lingual¹¹⁻¹³. E, nenhuma das complicações mais comuns foi observada no caso.

No estudo desenvolvido por Busic et al. (1989)²⁰, dos 19 pacientes submetidos a cirurgia para fechamento de defeitos palatinos por retalho de dorso lingual de base anterior, 17 apresentaram sucesso, 01 necrose parcial depois da divisão do pedículo e 01 necrose completa depois da divisão do pedículo. Jackson et al. (1972)²¹, concluiu que dos 68 pacientes com fístulas palatinas, os melhores resultados para fístulas extensas foram obtidos com o retalho lingual, mostrando a viabilidade e aplicabilidade desta técnica cirúrgica.

CONCLUSÃO

O retalho mucoso de língua proporciona uma excelente vascularização além da disponibilidade de tecido para reabilitação de áreas extensas em fissuras palatinas. O caso clínico elucidado corrobora

com os autores que apontam a técnica de retalho pediculado de língua para fechamento de grandes fístulas palatinas como opção de tratamento eficaz e segura, capaz de devolver função, representada principalmente pela perda ou diminuição da hipernasalidade, melhora na fala e interrupção da regurgitação.

ABSTRACT

The labiopalatal fissures are congenital facial badly formations resulting from the failure of the fusion mechanism of the lateral frontonasal processes with the maxillary medial processes between the eighth and tenth week of intrauterine life, presenting a multifactorial etiology. The present study aimed to present the use of a tongue myomucosal flap for the treatment of complex fistula in the hard palate, secondary to the failure of a primary palatoplasty. A 15-year-old male patient with transforame bilateral cleft lip, presented to Hospital *Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce* for treatment of fistula in the palate region. After preoperative preparation, the patient underwent a surgical procedure, under general anesthesia, to close the fistula using a pedicled tongue flap based on the anterior portion of the same. The flap was kept pediculated around 30 days, an essential period for graft integration in the recipient area. After this period, a new procedure was accomplished to drop the pedicle and to shape the soft tissue graft to the palate. In the second intervention, postoperative period, a good integration of the tongue graft to the palate was observed, closing the palatine fistula, remaining only a small residual orifice communicating with the nasal cavity. There was also an improvement in functions such as word diction, swallowing, and the patient's speech nasal sound. The technique proved to be an effective option for the closure of the large palatine fistulas, providing an excellent rehabilitation and, consequently, an improvement in the patient's quality of life.

UNITERMS: Palate; Surgical Patch; Fistula.

REFERÊNCIAS

1. Rajion ZA, Alwin Z. Genetics of cleft lip and palate: a review. *Malays J Med Sci* 2007; 14 (1): 4-9.
2. Loffredo LDCM, Souza JMD, Yunes J, Freitas JADS, Spiri, WC. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:213-217.
3. Franco D, Iani M, Passlini R, Demolinari I, Arnaut M, Franco T. Profile evaluation of patients with cleft lip and palate undergoing surgery at a reference center in Rio de Janeiro, Brazil. *Plast Surg Int* 2012; 2012:6203.
4. Liao YF, Yang IY, Wang R, Yun C, Huang CS. Two-stage palate repair with delayed hard palate closure is related to favorable maxillary growth in unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr*

- Surg 2010; 125(5):1503-1510.
5. Barutca, SA, Aksan T, Usçetin I, Sahin D, Akan M. Effects of palatine bone denudation repair with periosteal graft on maxillary growth: An experimental study in rats. *J Craniomaxillofac Surg* 2014; 42(1):1-7.
 6. Arantes HL, Rosique M, Rosique R, Figueiredo J. Fístulas e deiscências em palatoplastia primária: uma experiência institucional. *Rev Bras Cir Plást* 2008; 23:112-115.
 7. Silva Filho OG, Rosa LADA, Lauris RDCMC. Influence of isolated cleft palate and palatoplasty on the face. *J Appl Oral Sci* 2007; 15(3):199-208.
 8. De Ladeira PRS, Alonso N. Protocols in cleft lip and palate treatment: systematic review. *Plast Surg Int* 2012; 2012.
 9. Carreirão S, Lessa S, Zanini SA. Tratamento das fissuras labiopalatinas. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter 1996.
 10. Gomes PRM, Rosique RG, Rosique MJF, Melega JMA. Retalho anterior de músculo bucinador para correção de fístula oronasal com acesso intra-oral. *Rev Bras Cir Craniomaxillofac* 2008;11(4):168-171.
 11. Argamasso RV. The tongue flap: placement and fixation for closure of postpalatoplasty fistulae. *Cleft Palate Craniofac J* 1990; 27(4):402-410.
 12. Del Pozo JR, De Santiago G, Ángel M Pimental EY, Frías KML. Reconstrucción de fistula oronasal com colgajo de lengua de base anterior. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Bucal Max* 2013; 9 (2):59-65.
 13. Mahajan RK, Chhajlani R, Ghildiyal HC. Role of tongue flap in palatal fistula repair: A series of 41 cases. *India J Plast Surg* 2014; 47:210-215.
 14. Stewart TL, Fisher DM, Olson JL. Modified Von Langenbeck cleft palate repair using an anterior triangular flap: decreased incidence of anterior oronasal fistulas. *Cleft Palate Craniofac J* 2009; 46(3):299-304.
 15. Ribeiro Filho ADS, Vida RNDA, Lusardo Bo A, Pinheiro RP. Fechamento de fístula oronasal com retalho miomucoso labial superior. *Rev Bras Cir Plast* 2014; 29(3):316-318.
 16. Posnick JC, Getz SB. Surgical closure of end-stage palatal fistulas using anteriorly-based dorsal tongue flaps. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45:907-912.
 17. Musgrave RH, Bremner JC. Complications of cleft palate surgery. *Plast Reconstr Surg* 1960; 26:180.
 18. Strauss RA, Kain NJ. Tongue Flaps. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2014; 26:313-325.
 19. Rahpeyma A, Khajehahmadi S. Buccinator based myomucosal flaps in intraoral reconstruction. *Natl J Maxillofac Surg* 2013; 4:25.
 20. Busiæ N, Bagatin M, Boriæ V. Tongue flaps in repair of large palatal defects. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989; 18:291-293
 21. Jackson IT. Use of tongue flaps to resurface lip defects and close palatal fistulae in children. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49:537-541.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

MARIANA CONCEIÇÃO ANDRÉ DE LIMA
OLIVEIRA

Rua Jornalista Orlando Garcia, 158, Flamingo
1304. Paralela – Salvador-BA.
CEP: 41.194-025
E-mail: draoliveiramariana@gmail.com