

Marina Cavalcanti Studart da Fonseca, Unichristus; Catarina Cavalcanti Studart da Fonseca, FAMENE; Marcio Ribeiro Studart da Fonseca Filho, HCFM/USP; Nathália Barros Manguieira Cavalcanti, HUWC/UFC; Kildare Queiroga Cavalcanti Filho, UNIPE; Mariana Quirino Cavalcanti, FAMENE; Wellington Alves Filho, HUWC/UFC; Marcos Rabelo de Freitas, HUWC/UFC; Rodrigo Becco de Souza, HUWC/UFC; Marcio Ribeiro Studart da Fonseca, HUWC/UFC

Introdução

O retalho do músculo temporal tem sido utilizado há muitos anos para a reconstrução de base de crânio lateral e anterior. É um retalho seguro, de pedículo de fácil dissecação, baseado nos ramos temporais profundos da artéria maxilar com bom arco de rotação, atingindo com facilidade a base lateral do crânio, bem como a base ântero-lateral do crânio. Após mastoideotomias radicais e ressecções de osso temporal, alguns retalhos têm sido propostos para o fechamento da cavidade, sendo o retalho muscular temporal, um dos mais utilizados pela proximidade, fácil rotação e segurança da vascularização. Em uma análise de revisões cirúrgicas de complicações após a petrosectomias, LYUTENSKI e colaboradores descreveram menor taxa de necessidade de reoperação no grupo em que foi empregado o retalho do músculo temporal. Versátil, o retalho muscular temporal tem sido utilizado também com fluxo reverso utilizando-se as anastomoses com a artéria temporal superficial possibilitando maior arco de rotação em alguns casos de base anterior de crânio. Na nossa experiência foi utilizado após a ligadura da artéria maxilar confiando-se no fluxo reverso a partir da artéria esfenopalatina, ramo terminal da artéria maxilar. No serviço de cirurgia de cabeça e pescoço/serviço de base de crânio de nossa instituição, o retalho muscular temporal tem sido utilizado sempre que possível como o principal retalho em reconstrução de base lateral do crânio e base ântero-lateral do crânio, isoladamente ou em conjunto com outros retalhos. O objetivo deste trabalho é efetuar a análise descritiva dos casos onde o retalho muscular temporal foi empregado como reconstrução primária após ressecção de base de crânio lateral e ântero-lateral do crânio por carcinomas de pele não melanoma (CPNM) avançados.

Casuística e Métodos

Casuística: 49 pacientes submetidos a cirurgia crânio-facial para ressecção de câncer de pele não melanoma avançado no período de fevereiro de 2003 a maio de 2022 com emprego do músculo temporal como retalho único ou associado a outros retalhos. **Metodologia:** Foram tabulados em planilha de modo prospectivo e consecutivo 49 pacientes submetidos a cirurgia crânio-facial para ressecção de câncer de pele não melanoma avançado no período de fevereiro de 2003 a maio de 2022. Como critério de inclusão, em todas as reconstruções tiveram o emprego do retalho muscular temporal isoladamente ou em conjunto com outros retalhos. Como critério de exclusão não foram consideradas quaisquer cirurgias onde não houvesse pelo menos a exposição da Dura-máter e cirurgias para histopatologias diversas. Realizado estudo descritivo de dados demográficos de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma avançado submetidos a cirurgia crânio-facial com emprego na reconstrução do retalho de músculo temporal com avaliação dos resultados. Foi utilizado o programa SPSS versão 17 para a análise estatística. A topografia da cirurgia foi osso temporal em 53,1% dos casos, seguida da fossa anterior em 32,7%, fossa anterior e média em 10,2% e fossa média em 2 pacientes.

Resultados

A reconstrução por retalho do músculo temporal foi realizada em 49 pacientes portadores de CPNM avançados após cirurgia crânio-facial. Do ponto de vista técnico, o músculo temporal foi preservado quando não havia comprometimento oncológico, sempre que possível após a preservação da artéria maxilar. Nos tumores da base lateral do crânio, o músculo temporal era dissecado e elevado, mantido fixo em seu pedículo, aguardando a ressecção da peça para posterior rotação para a área receptora. Em dois casos o retalho foi utilizado com sucesso após a ligadura da artéria maxilar a partir do fluxo reverso da artéria esfenopalatina, seu ramo terminal. A idade dos pacientes variou de 12 a 87 anos, com média de 58 anos. O sexo masculino foi predominante com 73,5%. O carcinoma do conduto auditivo externo ocorreu em 18,4% dos casos e o restante tratava-se de pele da face e do escalpo. Mais da metade dos pacientes haviam sido submetidos a algum tratamento anterior (53%).

O retalho do músculo temporal foi o mais utilizado nas reconstruções de cirurgias da base do crânio. Nesta casuística, nas cirurgias de base lateral do crânio este retalho é o principal retalho utilizado para cobertura da pirâmide petrosa e fechamento do meato auditivo externo. Mesmo com a remoção do côndilo e articulação têmporo-mandibular, a preservação da artéria maxilar é possível. No entanto, dois casos foram baseados no fluxo reverso da artéria esfenopalatina após hemimandibulectomia e ligadura da artéria maxilar. Embora tenha sido observado perda parcial e até total de retalhos usados conjuntamente, nenhuma perda do retalho muscular do temporal foi observada. O retalho muscular temporal é seguro, rápido, fácil de ser mobilizado e oferece uma cobertura de tecido vascularizado sobre a Dura-máter exposta, diminuindo a incidência de fístulas líquóricas. Na necessidade de reconstrução com retalho miocutâneo peitoral ou do trapézio, o retalho muscular temporal irá prover a cobertura da Dura-máter exatamente na zona dermogordurosa autonomizada distal do retalho miocutâneo, assegurando um reforço na zona de maior risco dos retalhos miocutâneos regionais. Na eventual perda de outros retalhos utilizados em associação, o retalho Temporal garante a não exposição da Dura-máter, permitindo a equipe uma reprogramação cirúrgica planejada, sem urgência.

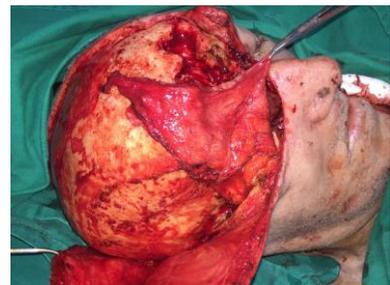
DESCRIPTORIOS: Músculo temporal. Neoplasias da base do crânio. Câncer de pele. Retalhos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS:

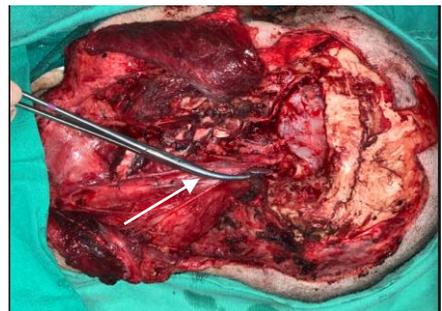
- SMITH, Jesse E.; DUCIC, Yadranko; ADELSON, Robert T. Temporalis muscle flap for reconstruction of skull base defects. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, v. 32, n. 2, p. 199-203, 2010.
- LYUTENSKI, Stefan et al. Impact of the surgical wound closure technique on the revision surgery rate after subtotal petrosectomy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 273, n. 11, p. 3641-3646, 2016.
- CHUNG, Soon Won et al. Extended temporalis flap for skull base reconstruction. *Archives of Craniofacial Surgery*, v. 20, n. 2, p. 126, 2019.
- CORUH, Atilla. High voltage electric burn repair of the forehead by reverse flow temporalis muscle flap. *Journal of Burn Care & Research*, v. 40, n. 3, p. 373-376, 2019.
- KIMURA, Toshikazu; YANO, Tomoyuki; AKABANE, Atsuya. Temporo-parietal muscle pedicle flap for reconstruction of the anterior skull base after resection of recurrent olfactory groove meningioma: a technical note. *British Journal of Neurosurgery*, p. 1-4, 2020.

Resultados

Histopatologia revelou em 51% carcinoma espinocelular, 34,7% de carcinomas basocelulares, 8,2% de carcinomas basocelulares metatípicos e 6,1% de carcinoma adenóide-císticos. A ressecção foi considerada R0 ou R1 em praticamente 87% dos casos. As cirurgias realizadas foram temporolectomias em 53,1%, exenterações de órbita ampliadas em 30,6% e em craniectomias variadas em 16,3%, sendo a parotidectomia realizada nas ressecções em 65,3% dos casos e a mandibulectomia (côndilo ou hemimandibulectomia) em 55%. O retalho do músculo temporal foi empregado isoladamente em 34,7%, associado a outro retalho em 53,1% e a dois retalhos em 12,2% dos casos. Os retalhos utilizados conjuntamente foram: miocutâneo peitoral maior (26,5%), escalpo (32,7%), pericraniogaleal (2%) e avanço cervical - miocutâneo platismal (12,2%). **Nenhuma perda do retalho do músculo temporal foi relatada.** Houve relato de perda parcial e perda total dos outros retalhos empregados em 6,1% e 4,1% respectivamente. **A incidência de fístula líquórica após as cirurgias onde foi empregado o retalho temporal foi de apenas 4%.**



RETALHO TEMPORAL APÓS EXENTERAÇÃO ORBITÁRIA CRANIOFACIAL



RETALHO TEMPORAL MANTIDO POR FLUXO REVERSO DA A. ESFENOPALATINA (SETA)



ASPECTO FINAL APÓS PETROSECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO POR RETALHO TEMPORAL

Conclusões

Contato