

XII ENCONTRO DE EXTENSÃO, DOCÊNCIA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EEDIC)

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA BILATERAL

Kelvin Saldanha Lopes¹; Larissa Moreira Cunha¹; Lorena Maria Rosa Albuquerque Granja¹; Assis Filipe Medeiros Albuquerque²

¹Discentes do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: kel-vin-saldanha@outlook.com; larissa-ico@hotmail.com; lrgranja18@outlook.com;

²Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: assis_filipe@hotmail.com

RESUMO

Macrostomia ou Fenda de Tessier nº7 ou facial transversa é uma anomalia congênita rara do complexo bucomaxilofacial, que causa um alargamento da boca na região de comissura labial. Pode ser classificada como uni ou bilateral, sendo o gênero masculino mais afetado. Em aproximadamente 50% dos casos, pode estar associada à uma malformação do pavilhão auricular e pele, podendo estar contida também juntamente com outros tipos de alterações craniofaciais como a Disostose Mandibulofacial, Disostose Acrofacial de Nager e a Sequência de ruptura amniótica. O presente estudo tem como objetivo apresentar a condução do tratamento da presente anomalia através de relato de caso de um paciente portador de macrostomia bilateral. No qual após os exames físicos detalhados constataram o diagnóstico da anomalia. Para o tratamento deste paciente foi realizado a partir de procedimento cirúrgico, com incisões triangulares, com uma linha de sutura linear, para conseguir uma melhor cicatrização local. Atingindo um bom resultado estético funcional após 8 meses de pós-operatório. Existem técnicas descritas para o tratamento de macrostomia, tornando a condução do procedimento reparador de acordo com o grau e complexidade da anomalia, visto que o tratamento dessa anormalidade craniofacial é sempre feito através de intervenção cirúrgica. O tratamento da macrostomia visa recuperar a estética do sorriso, e das assimetrias faciais, bem como também a função do cinturão muscular perioral. É uma técnica de fácil execução e que traz resultados satisfatórios, causando melhoria na qualidade de vida dos portadores de macrostomia de maneira geral.

Palavras-chave: Anormalidades craniofaciais. Fenda labial. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

INTRODUÇÃO

Macrostomia ou Fenda de Tessier nº7 ou facial transversa é uma anomalia congênita rara do complexo bucomaxilofacial, que causa um alargamento da boca na região de comissura labial. Em aproximadamente 50% dos casos está associada a uma malformação do pavilhão auricular e pele, podendo ser também encontrada associada a outros tipos de alterações craniofaciais (FARIA et al., 2011).

Visto que a macrostomia não acomete um indivíduo sem estar associada a uma outra síndrome ou desordem, há uma prevalência bastante relatada da mesma com a Disostose Mandibulofacial, Disostose Acrofacial de Nager e a Sequência de ruptura amniótica (KAWAI et al., 1998).

Acredita-se que essa anomalia é resultante da falha da fusão das proeminências da maxila e mandíbula, possivelmente um erro na comunicação e transporte da migração do mesoderma dessas duas estruturas ósseas, ocorrendo no primeiro arco branquial da sétima semana de vida intrauterina. Este fato explica a relação frequente da fissura transversa com anomalias de desenvolvimento do primeiro e segundo arco branquial (FADEYIBI et al., 2009)

A macrostomia pode ser bilateral ou unilateral, sendo a unilateral bem mais prevalente. A incidência da macrostomia bilateral não é bem definida pela literatura, mas varia de 1:50.000 à 1:175.000. A anomalia não se limita apenas a comissura labial, envolvendo também músculos da região, podendo em alguns casos ocorrer divisão facial completa. Deformidades da orelha externa, excesso de pele até ausência do pavilhão, ausência de glândula parótida ou seu ducto, V e VII nervos cranianos e os músculos que eles inervam podem estar acometidos, o palato mole ipsilateral geralmente é hipoplásico, e o ramo mandibular pode estar hipoplásico, variando em três graus segundo Prusanski, podem ser consequências causadas pela anormalidade (TELES; PERFEITO, 2016).

O grau I representa o ramo mandibular menor que o lado normal, porém com manutenção da forma. No grau II ocorre distorção da anatomia, porém podem-se observar ainda as estruturas do ramo. E o grau III é caracterizado pela ausência ou hipoplasia grave da região do côndilo e ramo mandibulares. O plano oclusal é assimétrico, refletindo a hipoplasia de maxila e a menor dimensão vertical do ramo mandibular acometido (HIKOSAKA et al., 2009).

Entre os objetivos do reparo da macrostomia, enfatizam-se a reconstrução do músculo orbicular dos lábios, simetria labial e cicatrizes bem posicionadas. A cirurgia pode ser realizada após os 3 meses de idade, sendo o objetivo definir a posição da comissura labial, utilizando a comissura contralateral como parâmetro em casos unilaterais e, em deformidades bilaterais, a posição da pupila pode ser o parâmetro (GUNTURU et al., 2014).

Frente as informações acima citadas pela literatura em que o presente estudo teve como base suas referências, o objetivo consta apresentar a condução do tratamento da presente anomalia através de relato de caso de um paciente portador de macrostomia bilateral. O Cirurgião-Dentista de maneira geral, independentemente da sua área de atuação, deve buscar sempre proporcionar as pessoas usuárias dos serviços odontológicos, sejam eles de âmbito clínico ou hospitalar, proporcionar o retorno da estética e melhora da assimetria das estruturas faciais, bem como buscar garantir as funções das musculaturas e ossos do complexo bucomaxilofacial, por ser o profissional habilitado e de conhecimento das estruturas envolvidas. Como nos casos de pacientes portadores da macrostomia, que possuem de certa forma um convívio limitado, se tratando da inclusão social, além também da própria autoestima que é bem baixa pelo fator estético e funcional. As cirurgias reparadoras de macrostomia vão além de um tratamento cirúrgico, para a busca de devolução da inclusão desses indivíduos a sociedade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, realizado com paciente TSS, de 3 anos de idade, gênero masculino que compareceu ao serviço de bucomaxilofacial de um hospital infantil de Fortaleza-CE, apresentando macrostomia bilateral.

O paciente foi submetido a anestesia geral em ambiente hospitalar. Foram realizadas marcações cutâneas com solução de azul de metileno com finalidade de definir o limite das comissuras labiais. Foi realizada infiltração com a base anestésica lidocaína 2% com adrenalina 1:100000 com finalidade de vasoconstricção e realizadas incisões cutâneas nas regiões marcadas previamente e na mucosa oral.

Após dissecação e remoção dos tecidos excedentes foram realizadas suturas em três planos, mucosa oral, musculatura e pele respectivamente, sendo realizado o fechamento da pele em linha reta.

O paciente foi acompanhado semanalmente durante o primeiro mês e após trinta dias de cirurgia evoluiu com bom selamento labial e aspecto de normalidade da boca e das comissuras labiais.

Os artigos científicos pelo qual o presente estudo teve como bases e referências bibliográficas para a comparação de resultados foram pesquisados através das bases de dados eletrônicas do PubMed, Lilacs e Scielo, sem tempo estimado da data de publicação dos periódicos, sendo incluídos artigos que fossem do tipo revisão de literatura, notas técnicas, série de casos, e relatos de caso, e excluídos aqueles que se contrapusessem a esses métodos de estudo.

A coleta de dados foi feita a partir da consulta ao paciente, onde os achados clínicos da anormalidade Macrostomia bilateral foi constatada após achados da anamnese e do exame físico. O paciente foi mantido em controle constante controle pós-operatório semanal de rotina, e atualmente o paciente encontra-se com 8 meses

Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 12., 2016, Quixadá. Anais... Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016. ISSN: 2446-6042

de pós-operatório, apresentando bom resultado estético funcional. Paciente encontra-se com retorno das funções normais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A deformidade da comissura labial presente na macrostomia inclui defeito em três camadas: pele, músculo e mucosa. A interrupção da musculatura do músculo orbicular da boca resulta em um comprometimento do esfíncter e da expressão facial. Numa comparação ao estudo de *Faria et al.*, (2011), há uma relação, pois, o autor cita algumas alterações comumente encontradas nos pacientes portadores como a incompetência de esfíncter oral, com incompetência labial, alteração muscular com continuidade do músculo orbicular labial, resultando em comprometimento da expressão facial.

Os objetivos do reparo dessas fissuras consistem da reconstrução de integridade e continuidade do esfíncter oral com identificação e aproximação da porção maxilar e mandibular do músculo orbicular da boca, aproximação de outra musculatura facial, reconstrução de uma aparência natural e simétrica da comissura labial, reconstrução dos lábios simétricos, fechamento do defeito nas camadas mucosa, músculo, subcutânea e pele e por fim fechamento da pele com mínimo de cicatrizes. Ao comparar com o estudo de Amaral e Teles (2016), há relação direta com o princípio de tratamento, onde os autores em seu relato de caso citam como prioridades do processo reparador uma boa estética, minimizando as cicatrizes, com função mastigatória e de fechamento e abertura de boca adequados, reposicionamento do músculo orbicular da boca e reposicionamento da comissura labial simétrico.

Diversas técnicas cirúrgicas são descritas na literatura para a reconstrução cirúrgica do defeito da comissura oral nos pacientes com macrostomia, as mais comuns são: Z-plastia cutânea, fechamento em linha reta e W-plastia. Nos trabalhos realizados por Hikosaka et al., (2009) e Gunturu et al., (2014) as mesmas técnicas foram citadas, sendo descritas pelos autores como as mais eficazes até o presente momento.

A técnica de Z-plastia para o fechamento de fenda facial transversa mostra-se bastante eficaz. A linha central do Z foi desenhada para ser colocada ao longo do suco nasolabial ou da linha de tensão da pele relaxada. No entanto, ambas as linhas podem ser de difícil distinção na criança. Além disso, alguns anos depois, foi observado que a Z-plastia deixava uma cicatriz mais visível, principalmente durante o sorriso. A partir de então, a técnica de fechamento em linha reta ou o fechamento em linha W se tornaram mais populares. Segundo Fadeyibi et al. (2009), o autor cita as técnicas Z-plastia para fechamento de fenda facial mostrando ser a mais eficaz, bem como relata que a linha central do Z e linha de tensão da pele relaxada são de complexidade relevante para distinção em crianças.

CONCLUSÕES

Diversas técnicas são propostas para a correção dos defeitos da macrostomia. No entanto, a escolha da técnica deve se basear na subclassificação do defeito, a fim de disfarçar a cicatriz nas linhas naturais da pele. A técnica em fechamento em linha reta, apresentada no caso em questão, demonstrou resultados satisfatórios tanto estéticos quanto funcionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos diariamente. A minha família, minha fortaleza que me dá força, e me apoia em meus objetivos e sonhos, e a universidade, diretores e seu corpo docente, por trazerem ao interior do Ceará a possibilidade de realizar sonhos.

REFERÊNCIAS

FARIA, M. C. et al. A abordagem cirúrgica da macrostomia: relato de caso. **R. Bras. Cir. Plást, Natal**, v. 26, n. 3, p. 49, jan., 2011.

Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 12., 2016, Quixadá. Anais... Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016. ISSN: 2446-6042

GUNTURU, S. et al. Macrostomia: A Review of Evolution of Surgical Techniques. **R. Hindawi Publishing Corporation**, Andhra Pradesh, v. 2014, n. 471353, p. 1-4, set. 2014.

TELES, G. G. A.; PERFEITO, D. M. Correção cirúrgica da macrostomia congênita unilateral e bilateral: relato de casos e revisão da literatura. **R. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.2 73-277, jan. 2016.

KAWAI, T. et al. Modified technique in surgical correction of macrostomia. **R. Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Nagoya, v. 27, n. 1, 178-180, jan. 1998.

HIKOSAKA, M. D. et al. Refined simple line closure for macrostomia repair: Designing a mucosal triangular flap on the commissure region. **R. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, Tokio, v. 37, n. 1, 341-343, mar. 2009.

FADEYIBI, I. O. et al. The Surgical Repair of Macrostomia. **R. Cleft Palate–Craniofacial Journal**, v. 46, n. 6, p. 642-647, nov. 2009.