

Reconstrução de mandíbula com enxerto costochondral , após ressecção

* Euclides Barbosa de Oliveira

INTRODUÇÃO

Atualmente a necessidade de reconstrução de mandíbula, após sua perda, seja por trauma ou por patologia diversas, torna-se cada vez mais uma cirurgia de rotina, em função, principalmente do desenvolvimento técnico-científico da cirurgia Buxo-Maxilo-Facial. Contamos com as mais diferentes técnicas para a reconstrução mandibular,

REVISAO DE LITERATURA

Onell¹ em 1938 obteve um material para enxerto obtido de osso bovino tratado por álcalis fortes. No tratamento do osso animal tem sido empregadas técnicas de fervura e de deslipidização, antes do seu uso como enxerto xenógeno. É óbvio que o material que melhor se presta a um enxerto ósseo deva ser de origem autógena. Kruger, 1984, refere-se aos enxertos autógenos, citando, considerável polêmica entre os cirurgiões quanto à melhor forma do uso deste enxerto. Os enxertos autógenos são geralmente usados na reconstrução de grandes áreas ósseas da mandíbula, perdidas por cirurgias ou trauma. Tem sido há muito tempo umas das grandes preocupações clínicas a reconstrução de mandíbula destruída em acidentes ou ressecadas cirurgicamente. De todos os ossos da face ressecados, principalmente por motivos oncológicos, a mandíbula é removida com maior freqüência. Sua reconstrução cirúrgica é também a mais difícil, dada a constante movimentação para falar, deglutir, além do contorno saliente que ela possui no esqueleto facial.

Epker² 1980 refere-se aos enxertos autógenos como o meio de reconstrução dos ossos da face que oferece melhores resultados funcionais e estéticos.

Os meios de enxertia mais estudados e usados são os seguintes: Clavícula, Metatarso, Costela, Tibia, Iliaco ou Crista Iliaca, Osso Heterólogo, materiais haloplásticos e ainda os chamados auto-enxertos, que são aqueles retirados do próprio osso a ser reconstruído. Os mais usados foram a costela e a crista iliaca. Damos preferência a crista iliaca em toda situação que neces-

dentro elas o enxerto ósseo vem cada vez mais se firmando na preferência da maioria dos cirurgiões.

Historicamente, por vários séculos, tem sido feitas tentativas de usar enxertos ósseos em procedimentos cirúrgicos. Hunter, no século XVII observou através de experiências, resposta do hospedeiro ao enxerto ósseo, tendo sido observado os fenômenos de reabsorção e remodelamento da matriz do enxerto. O primeiro enxerto ósseo autógeno bem sucedido foi relatado por Merrem, em 1809.

site reconstrução mandibular, por se tratar de um enxerto com maior quantidade de osso medular em relação ao arco costal. Em todo enxerto livre ou não irrigado é desejável maior volume de osso esponjoso e menos cortical. Ademais nas reconstruções de mandíbulas, além do aspecto funcional é absolutamente necessário conseguirmos um equilíbrio estético satisfatório. E isso conseguimos melhor usando o osso ilíaco, em virtude de sua dimensão maior, preenchendo a área receptora mais adequadamente.

Indicamos mais o arco costal na reconstrução mandibular quando está envolvida a articulação temporomandibular. Nesse caso, o risco de uma anquilose pós-cirúrgica da ATM fica diminuído em razão de não existir praticamente área cruenta entre a fossa mandibular (cavidade Glenoide) e a parte cartilaginosa da costela.

HISTÓRIA CLÍNICA

Tratava-se de uma paciente de 28 anos de idade que fora submetida, 6 meses antes, a tratamento cirúrgico para ressecção de um tumor odontogênico (ameloblastoma) de ramo ascendente, inclusive o côndilo e parte do corpo mandibular. Não se realizou de imediato a cirurgia para a correção do defeito. Posteriormente a paciente foi encaminhada ao serviço de cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

No exame objetivo, foi observado dificuldades na mastigação, grande desvio lateral na abertura da boca, assimetria facial importante.

O planejamento cirúrgico teve por base a reconstrução funcional e estéti-

ca, já que a assimetria facial era uma das queixas importantes da paciente. Decidimos realizar um enxerto costochondral, como já dissemos em razão do envolvimento da ATM.

TÉCNICA CIRÚRGICA

1 - Acesso submandibular do lado a receber o enxerto até a região goníaca e identificação dos fragmentos ósseos remanescentes, durante o acesso tivemos dificuldade em definir com precisão todos os planos na dissecação em virtude da cirurgia anterior.

2 - Após o acesso, obtivemos as medidas correspondentes às perdas ósseas.

3 - Retirada da 5ª costela do lado esquerdo, obedecendo as dimensões verificadas no tempo anterior.

4 - Preparo do enxerto e dos fragmentos ósseos mandibular. A extremidade óssea do arco costal foi dividida ao meio, no sentido longitudinal, a fim de abraçar o coto anterior da mandíbula, obtendo assim quatro superfícies cruentas, com o objetivo de aumentar o contato na osteossíntese.

5 - A dissecação agora romba e sem visão direta, foi então direcionada para a fossa mandibular (cavidade glenóide), formando um túnel ou leito do enxerto. Aqui tivemos o cuidado com lesões de duas estruturas importantes: a artéria maxilar interna medialmente, e ramos do nervo facial no sentido lateral.

6 - O enxerto foi introduzido através do túnel formado, até o osso temporal e com a palpação pré-auricular e manuseio do enxerto certificamos da posição na cavidade glenóide. A outra extremidade foi unida ao fragmento do corpo mandibular através de osteossíntese.

7 - Sutures por planos até a pele.

8 - Bloqueio rígido maxilo mandibular, através das barras de Rich colocada previamente.

9 - Curativo compressivo.

10 - A paciente obteve alta 2º D.P.O. e permaneceu com BMM por seis semanas.

11 - Fez controle radiográfico aos 30, 60 e 90 dias sendo que o último mostrava quase total integração do enxerto.

12 - Os resultados funcional e estético foram considerados satisfatório, oclusão dentária normal e apenas desvio lateral durante a abertura da boca em razão da falta, principalmente, do músculo pterigóideo lateral do lado do enxerto.

* Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pela UERJ.

Hospital Pedro Ernesto

Cirurgião responsável pelo serviço de cirurgia e traumatologia

Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Goiânia - INAMPS

Diretor da Clínica

Corpo e Face - Goiânia

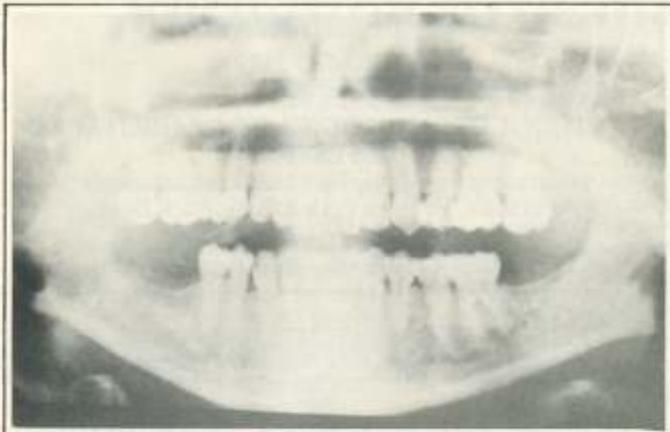


Fig. 1 - Radiografia panorâmica evidenciando a lesão

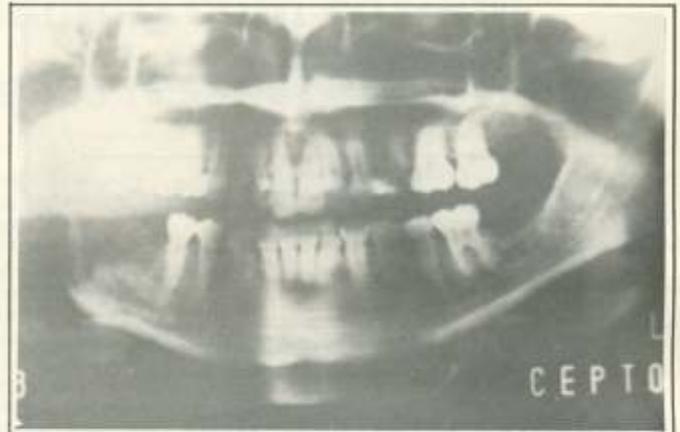


Fig. 2 - Radiografia panorâmica mostra o ramo mandibular e parte do corpo ressecados



Fig. 3 - Cirurgia para retirada do 5º arco costal

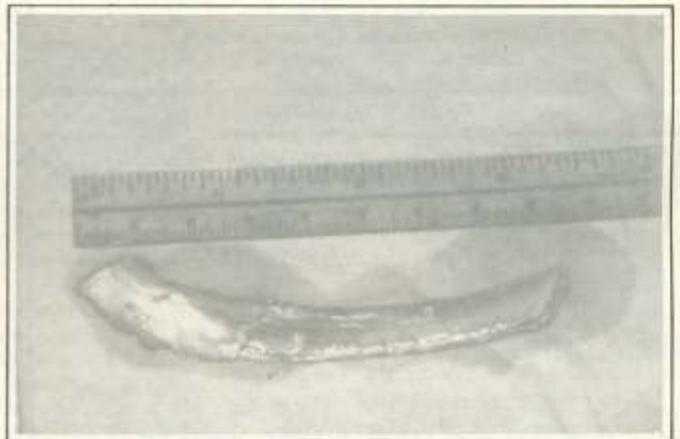


Fig. 4 - Enxerto retirado com 8 cm



Fig. 5 - Preparo do enxerto, observe as perfurações na parte óssea da costela



Fig. 6 - Acesso sumandibular, técnica para preparação de um túnel até a cavidade glenóide leito do enxerto



Fig. 7 - Mostrando a colocação do enxerto, após preparados os fragmentos ósseos mandibulares

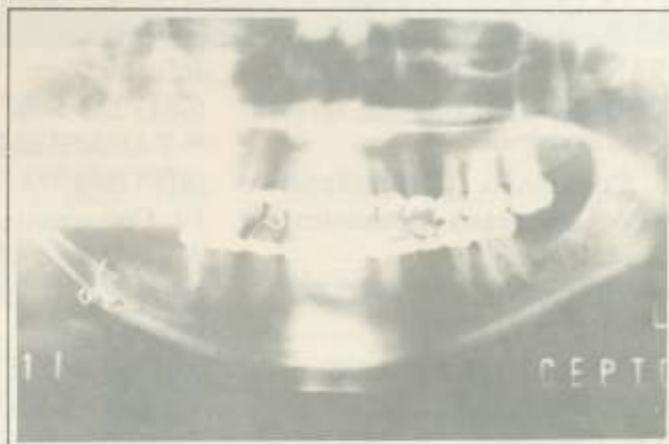


Fig. 8 - Enxerto posicionado fixado no corpo da mandíbula através de osteossíntese



Fig. 9 - Fotografia mostrando a oclusão da paciente após retirado o bloqueio maxilomandibular



Fig. 10 - Paciente em teste e função do nervo facial

SUMMARY

The autor present a case of a patient who had your mandible removed after surgical treatment of a odontogenic tumor (ameloblastoma). After 6 months she was submitted a new surgical treatment for colocations of a costo condral graft to reconstruction functional and esthetic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Blocker, T. G. and Stout. T. A. mandibular Reconstruction of the Defestive mandible Scand J. Plast. Reconstruction: urg. 9:116-128.
- 2 - Dingman, R. C. e Nativing P. Cirurgia das fraturas faciais L. Editora Santos - S.P. - 1983.
- 3 - Epker B. N. and Wolford L. M. Dento-Facial Deformaties, the C.V. Mosly Company - 1980.
- 4 - Kruger 6.0. Cirurgia Bucal e maxilo Facial 1984.
- 5 - IVY, R.R. Bone grafting for Restoration of Defects of the mandible. Plast. e Reconstr. . Surgical 7:333 340 - 1951.
- 6 - ONELL,a S. Surgical bone Grafting with "os porum" "os norum" and boiled bone. J. Bone joint Surg. 19 - 873 - 1937. Salvat editora - 1986.