

REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

BRAZILIAN JOURNAL OF CRANIOMAXILLOFACIAL SURGERY

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

ISSN 1980-1823

Editor

Nivaldo Alonso
Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

Editor Associado

Dov Goldenberg
Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

Conselho Editorial Nacional

Adalberto Novaes Silva (MG)
Universidade Federal do Mato Grosso
Hospital Universitário Júlio Muller; Instituto
Educativo Matogrossense

Antonio Richieri-Costa (SP)
Universidade de São Paulo, Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais,
Neurologia e Genética Médica; Hospital de
Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais

Diógenes Laércio Rocha (SP)
Universidade de São Paulo, Faculdade de
Medicina, Hospital das Clínicas

Diogo Franco (RJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Eduardo Grossmann (RS)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fernanda Cavicchioli Goldenberg (SP)
Universidade Metodista de São Paulo

Fernando José Pinto de Paiva (RN)
Hospital do Coração do
Rio Grande do Norte

Francisco Veríssimo de Mello Filho (SP)
Universidade de São Paulo, Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto e
Centro Integrado de Estudos das
Deformidades da Face

Gilvani Azor de Oliveira Cruz (PR)
Universidade Federal do Paraná, Hospital
de Clínicas e Hospital Universitário Cajuru
da Pontifícia Universidade Católica do
Paraná

Hamilton Matushita (SP)
Departamento de Neurologia,
Universidade de São Paulo

Luís Eduardo Barbalho de Mello (RN)
Hospital do Coração do Rio Grande do Norte

Luiz Paulo Kowalski (SP)
Fundação Antônio Prudente e
Universidade de São Paulo

Luiz Ubirajara Sennes (SP)
Universidade de São Paulo, Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina

Marcos Roberto Tavares (SP)
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo

Marcus Vinicius Martins Collares (RS)
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Maria Rita Passos-Bueno (SP)
Centro de Estudos do Genoma Humano,
Departamento de Genética e Biologia
Evolutiva, Instituto de Biociências,
Universidade de São Paulo

Max Domingues Pereira (SP)
Universidade Federal de São Paulo e
Instituto Brasileiro de Controle
do Câncer

Omar Gabriel (SP)
Universidade de São Paulo, Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais,
Neurologia e Genética Médica; Hospital de
Reabilitação de Anomalias
Crânio Faciais

Renato da Silva Freitas (PR)
Universidade Federal do Paraná e
Centro de Atendimento Integral
ao Fissurado Lábio Palatal

Ricardo Lopes da Cruz (RJ)
Instituto Nacional de
Traumatologia e Ortopedia

Sérgio Moreira da Costa (MG)
Universidade Federal de Minas Gerais

Talita Franco (RJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário
Clementino Fraga Filho

Vera Nocchi Cardim (SP)
Hospital São Joaquim da Real e
Benemerita Sociedade Portuguesa de
Beneficência de São Paulo e
Núcleo de Plástica Avançada

Conselho Editorial Internacional

Daniel Marchac (França)
Unité de Chirurgie Crânio-Faciale, Hôpital
Necker Enfants Malades

Eric Arnaud (França)
Unité de Chirurgie Crânio-faciale, Hôpital
Necker Enfants-Malades

Ian Thomas Jackson (EUA)
Institute of Craniofacial and
Reconstructive Surgery, affiliated with
Providence Hospital

Juan M. Chavanne (Argentina)
San Isidro Children's Hospital

Pedro Dogliotti (Argentina)
Department of Plastic Surgery,
Hospital de Pediatría
SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Assessoria Editorial

Rosângela Monteiro

Revista Brasileira de Cirurgia

Craniomaxilofacial

Brazilian Journal of
Craniomaxillofacial Surgery

Rua Urano, 213 – CEP: 01529-010 – São Paulo – SP – Brasil – revista@abccmf.org.br

Site da Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-maxilo-facial: www.abccmf.org.br

Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery/Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-maxilo-facial. - Vol.11, n.3 (Supl-Set.2008). - São Paulo : SBCC, 1998 - .
v. : il. ; 30cm.

Quatro números por ano.

ISSN 1980-1823

1. Anormalidades craniofaciais. 2. Anormalidades maxilofaciais.

I. Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery.

II. Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-maxilo-facial.

CDD: 617.522

CDU: 616.31-089

Publicação Trimestral – Tiragem 1.000 exemplares

Diagramação e Produção:

Sollo Comunicação e Design – (11) 5181-4902 – sollocom@terra.com.br

Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-maxilo-facial

Brazilian Association of Craniomaxillofacial Surgery

DIRETORIA ABCCMF – GESTÃO 2006/2008

Presidente

Nivaldo Alonso (SP)

Vice-Presidente

Marcus Collares (RS)

1º Secretário

Adalberto Novaes (MT)

2º Secretário

Renato Freitas (PR)

Tesoureiro

Dov Goldenberg (SP)

Tesoureiro-Adjunto

Luiz Eduardo B. Mello (RN)



SUMÁRIO

EDITORIAL

X Congresso Brasileiro de Cirurgia Crânio-maxilo-facial	
NIVALDO ALONSO	5

TEMAS LIVRES DO X CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Fraturas de face: análise de 105 casos	6
Le Fort I em pacientes portadores de fissura lábio-palatina: estudo das complicações e avanço maxilar	6
Carcinoma escamocelular de seio frontal esquerdo: abordagem interdisciplinar em cirurgia crânio-maxilo-facial	7
Queda de avião, múltiplas fraturas craniofaciais e fistula líquórica	7
Tumor retro-ocular e abordagem interdisciplinar em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	8
Reconstrução microcirúrgica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço	8
Displasia fibrosa poliostótica e tratamento cirúrgico	9
Abordagem endoscópica transnasal para o tratamento de fratura blow out medial de órbita: experiência do Serviço de ORL da PUC-PR	9
Abordagem endoscópica assistida para o tratamento de fraturas de côndilo mandibular: experiência do serviço de otorrinolaringologia da PUC – PR	9
Avanço frontofacial em monobloco com distração osteogênica para tratamento das craniofaciossinostoses	10
Alternativas de fixação no tratamento da maxila: enxerto ósseo utilizado como placa fixadora	10
Estudo prospectivo dos traumas orbitários e suas repercussões oftalmológicas no Hospital de Referência Regional da PUC-Campinas	11
Análise prospectiva das fraturas faciais no período de um ano do Hospital da PUC-Campinas	11
Fixação interna rígida com sistema reabsorvível: relato de 3 casos	12
Braquicefalia: experiência de 12 casos operados	13
Plagiocefalia frontal: experiência de 17 casos operados	13
Trauma de face pediátrico	13
Classificação e resultado cirúrgico na deformidade labial secundária do paciente fissurado	14
Displasia craniofacial: um caso difícil	14
Cirurgia endoscópica endonasal da órbita: revisão de 5 anos de casuística, resultados e complicações	15
Osso da mastóide como auto-enxerto para reconstrução do dorso nasal	15
Schwanoma de asa nasal	15
Tratamento conservador de fratura cominutiva de mandíbula ocasionada por arma de fogo: relato de caso	16
Reconstrução total de nariz: podemos oferecer algo melhor que a prótese?	16
Retalho anterior de bucinador para fistula oro-nasal com acesso intra-oral	17
Gordura centrifugada nas deformidades craniofaciais	17
Opções cirúrgicas para deformidades secundárias do lábio fissurado	17
Lipomatose congênita infiltrativa na face: relato de caso	18
Tratamento cirúrgico e não cirúrgico de fraturas de côndilo: revisão de 25 casos	18
Epidemiologia das fraturas de face na baixada santista	18
Reconstrução mandibular em ferimento por arma de fogo: relato de caso	19
Displasia fibrosa óssea da maxila: relato de um caso	19
Anquilose da articulação têmporo-mandibular (ATM): como tratamos no Instituto SOBRAPAR	20
Retalho de Abbé na queiloplastia secundária do paciente fissurado bilateral	20
Fissura 0-14 Tessier: relato de abordagem cirúrgica de um caso atípico	21
Tratamento cirúrgico das fissuras raras da face	21
Fraturas de ossos da face na população idosa: etiologia e tratamento	22
Opções cirúrgicas nas malformações artério-venosas (MAV) de orelha com comprometimento cartilaginoso: relato de casos	22
Ressecção cirúrgica precoce de hemangiomas nasais: indicações e resultados	23
Índice de complicações na translocação médio-facial para o acesso à base do crânio: análise de 12 casos	23
Tumor marrom gigante de mandíbula em regressão espontânea no hiperparatireoidismo secundário pós-paratireoidectomia	24
Ameloblastoma de partes moles: relato de caso e revisão da literatura	24
Abordagem cirúrgica em osteoma crânio-facial utilizando enxerto ósseo autólogo e metacrilato	25
Transnasal endoscopic approach in medial blow out orbit fractures	25
Método cefalométrico padronizado para avaliação do avanço do terço médio da face em portadores de craniossinostose síndrômica	25
Crescimento facial pós-distração osteogênica do terço médio da face em portadores de craniossinostose síndrômica: resultados preliminares de avaliação através de cefalometria	26
Abordagem via Le Fort I para nasoangiofibroma juvenil: estudo de 32 casos	26
Avaliação das reconstruções microcirúrgicas da região craniofacial no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – UFBA	27
Distração osteogênica do terço médio da face em portadores de craniossinostose síndrômica com distrator externo rígido: avaliação cefalométrica dos resultados	27
Carcinoma adenóide cístico maxilar	28
Repair of major craniofacial defects with preformed acrylic	28
Síndrome de Eagle: relatos de caso	28
Avaliação polissonográfica e de videoendoscopia da deglutição de pacientes portadores da seqüência de Pierre-Robin	29
Tratamento cirúrgico das fraturas de face em pacientes pediátricos: características clínicas em um centro de trauma terciário	29
Síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) grave em paciente com síndrome de Treacher-Collins: relato de caso e revisão de literatura	29
Avaliação das dimensões do retalho nasoseptal posterior para reconstrução endoscópica da base de crânio anterior: estudo com tomografia computadorizada e dissecação de cadáveres	30
Apresentação incomum da fenda craniofacial da linha média, Tessier 0-14: relato de caso	30

CARTAS AO EDITOR	31
------------------------	----

X Congresso Brasileiro de Cirurgia Crânio-maxilo-facial

Este número da revista foi dedicado exclusivamente aos trabalhos científicos apresentados no Congresso Brasileiro de Cirurgia Crânio-maxilo-facial que aconteceu em 12 de junho, em São Paulo. Com um sistema rígido de escolha prévia dos trabalhos a serem apresentados e colocação destes para exposição oral em horário nobre da grade científica do congresso, pudemos avaliar a grande evolução científica da nossa área de atuação. O critério da participação dos ouvintes e uma comissão científica constituída por membros bem representativos da nossa sociedade fizeram da escolha dos melhores trabalhos um dos pontos de destaque do nosso congresso.

Vários fatos tornaram este congresso um ponto de atenção e reflexão dentro da nossa sociedade, destaque entre eles o grande número de elogios recebidos dos convidados e participantes estrangeiros, entre eles o presidente da Sociedade Internacional de Cirurgia Craniofacial, dr. Steven Wall, e o presidente da Sociedade Americana de Cirurgia Maxilo-Facial, dr. Andrew Wexley. A presença maciça dos cirurgiões nacionais atuantes fez com que os nossos patrocinadores ficassem encantados com as perspectivas futuras da área médica dentro dos seus objetivos comerciais futuros, criando inclusive propostas de parcerias mais duradouras e longínquas com a nossa sociedade. Analisando os resultados obtidos depois de uma longa jornada, onde muitos contribuíram para este sucesso, nos sentimos muito estimulados para continuar e iniciar os trabalhos para o próximo evento, a ser realizado em 2010, em Natal-RN.

Finalizo este editorial convidando a todos que tiveram seus trabalhos avaliados a submeterem ao corpo editorial desta revista, ressalto que a publicação dos resumos neste suplemento não invalida a submissão do trabalho completo para a sua publicação indexada e na íntegra.

Nivaldo Alonso
Editor

TL 1

FRATURAS DE FACE: ANÁLISE DE 105 CASOS

JOAQUIM JOSÉ DE LIMA SILVA

Trabalho realizado no Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, CE.

Introdução: O traumatismo da face apresenta uma incidência crescente nas últimas quatro décadas, principalmente devido ao aumento dos acidentes de trânsito e da violência urbana, principais causas desses traumas em adultos jovens. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo analisar 105 casos de fraturas faciais, distribuídos conforme o sexo, raça, procedência, tempo de internação, localização anatômica das fraturas, lesões associadas, tratamento e complicações. **Método:** Estudo prospectivo de 105 casos de fraturas faciais operados. **Resultados:** O sexo mais acometido foi o masculino, com um índice de 3,7:1. A faixa etária mais atingida foi de 21 aos 30 anos de idade. Houve predomínio da raça branca e um maior tempo de internação nos primeiros 30 dias. Não houve diferença significativa quanto à procedência (Capital X Interior). A principal etiologia foi o acidente de trânsito, seguido da violência interpessoal. A lesão associada mais freqüente foi o traumatismo crânio-encefálico. Dentre 105 casos analisados, foram diagnosticadas e tratadas 126 fraturas faciais, sendo a fratura nasal a mais freqüente, seguida das fraturas de mandíbula e complexo zigomático. Com exceção da fratura nasal, as demais fraturas foram tratadas por redução aberta e fixação interna rígida por miniplacas e parafusos. As principais complicações foram: edema persistente, hipoestesia e mal oclusão. **Conclusão:** As características das fraturas faciais estudadas assemelham-se às descritas na literatura, sendo que a fixação interna rígida com miniplacas e parafusos é sobremaneira relevante para o tratamento das fraturas faciais e, o enxerto ósseo da sínfise mandibular tem uma boa indicação para o reparo das fraturas de assoalho da órbita.

TL 2

LE FORT I EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LÁBIO-PALATINAS: ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES E AVANÇO MAXILAR

CÉSAR AUGUSTO A. RAPOSO DO AMARAL, CÁSSIO E. R. DO AMARAL, DANIEL CARONE, ALEXANDER F. PINHEIRO, EDUARDO V. BOAS, MARCELO GUIDI, CELSO BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR - Sociedade Brasileira de Pesquisa e Reabilitação Craniofacial, Campinas, SP.

Introdução: Os pacientes portadores de fissura lábio-palatina podem desenvolver hipomaxilismo devido a cicatrizes presentes no lábio e palato durante o processo de reabilitação até a fase da adolescência. A correção das discrepâncias maxilo-mandibulares, cirurgia ortognática de maxila (osteotomias Le Fort I), são realizadas após o crescimento facial em 30-40% dos pacientes com diagnóstico de fissura lábio-palatina unilateral completa e bilateral. O objetivo do presente trabalho foi avaliar e comparar o índice de avanço da maxila em cirurgias Le Fort I em pacientes portadores de fissura lábio-palatina com os pacientes com diagnóstico de hipomaxilismo submetidos a Le Fort I sem cicatrizes no lábio e palato. **Método:** Foram revisados quarenta e cinco (45) prontuários consecutivos de pacientes submetidos a osteotomia à Le Fort I tradicional nos anos de 2006 e 2007. Foram excluídos 15 pacientes com cirurgia ortognática exclusivas na mandíbula, seqüela de trauma e osteotomia sagital tipo Le Fort I sem a osteotomia do pilar pterigomaxilar posterior. Foram avaliados a média de idade dos pacientes, sexo, número de complicações e índice de avanço da maxila. O índice de avanço da maxila foi obtido pela análise cefalométrica das telerradiografias realizadas no pré-operatório e pós-operatório de 3 meses nos pacientes fissurados (n = 21) e pacientes não-fissurados (n = 9). Foram realizados 60 traçados cefalométricos seguindo o padrão Rickettes. Foram medidos os ângulos SNA, SNB e SNPog, e após traçar a linha de Frankfurt, foi traçado o plano horizontal, situado a sete graus (7°) abaixo da primeira. No plano horizontal, foram traçadas duas retas perpendiculares unindo os pontos A (maxila) e B (mandíbula) com o plano horizontal. Com isso, a partir do ponto S (sella túrcica) aferimos as medidas lineares entre o ponto S e o ponto A e B no plano horizontal. Estes pontos caracterizam a posição horizontal e vertical da maxila e mandíbula, respectivamente. **Resultados:** Os pacientes fissurados (n = 21) tiveram um tempo médio de cirurgia de quatro horas e vinte minutos, um avanço médio horizontal de 4,1 mm, médias de ângulos SNA pré = 78,6°, SNA pós = 80,8°, SNB pré = 81,8°, SNB pós = 81,5°, SNPog pré = 82,5° e SNPog pós = 82,6°. Dois pacientes (9%) usaram distratores ósseo. Dois pacientes (9%) tiveram que receber sangue total, totalizando sete bolsas, pois um paciente portador de fissura bilateral apresentou uma complicação vascular grave com perda de 700 ml de sangue em um período de 60 minutos. Pacientes não-fissurados (n = 9) tiveram um tempo médio de cirurgia de quatro horas e doze minutos, um médio horizontal de 4,0 mm, médias de ângulos SNA pré = 81,9°, SNA pós = 87,7°, SNB pré = 86,9°, SNB pós = 86,1°, SNPog pré = 87,5° e SNPog pós = 86,6°. Quatro pacientes (44%) tiveram complicações, como abscesso e broncopneumonia. Nenhum necessitou receber sangue. Destes nove, seis (66%) foram submetidos a ortognática combinada (maxila e mandíbula). **Conclusão:** Após compararmos os dados, chegou-se a conclusão que a cirurgia ortognática em fissurados (Le Fort I) só pode ser igualada em tempo com a cirurgia ortognática combinada em não-fissurados, e quando comparada com apenas o Le Fort I, esta dura metade do tempo. O avanço maxilar médio foi semelhante, os pacientes fissurados sangraram mais, mas os não-fissurados tiveram mais complicações no pós-operatório. Concluiu-se também que este método de cefalometria é eficaz para avaliação do avanço maxilar horizontal e vertical, assim como da mandíbula que será demonstrado em outro trabalho futuro.

TL 3

TEMA LIVRE NÃO APRESENTADO

TL 4

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE SEIO FRONTAL ESQUERDO: ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR EM CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

LEONARDO DE S. KRUSCHEWSKY, MARCUS VINÍCIUS P. MENDONÇA, CRISTIAN A. FELIZARDO, PEDRO CODES, BRUNO LESSA, RAFAEL TROCOLI, GUSTAVO B. A. ALMEIDA

Trabalho realizado no Hospital Aristides Maltez, BA.

Objetivo: As neoplasias de mucosa de seios paranasais costumam ser um desafio diagnóstico por exigir alto grau de suspeição do médico e desafio terapêutico pela anatomia topográfica com estruturas nobres como o cérebro e os globos oculares. O carcinoma escamocelular como apresentação histológica nos seios paranasais costuma estar associado a neoplasias de pele que infiltram o seio da face. Este trabalho demonstra caso clínico de tumor de seio frontal com invasão de base de crânio e órbita e seu tratamento cirúrgico. **Método:** Este é um relato de caso de tratamento interdisciplinar de carcinoma escamocelular de seio frontal clinicamente avançado. **Relato do caso:** J.A.S., sexo masculino, 46 anos, natural e procedente de Cruz das Almas, Bahia. Paciente atendido no Hospital Aristides Maltez, em outubro de 2007, com diagnóstico prévio, feito por biópsia endonasal, de Carcinoma Escamocelular de seio frontal. A tomografia computadorizada de crânio e face mostrou lesão envolvendo etmóide, órbita, seio frontal e íntimo contato com meninge de lobo frontal à esquerda, estadiado como T4N0M0. Ressonância magnética de crânio demonstrou formação expansiva, sugerindo processo neoplásico acometendo o seio frontal à esquerda e as células etmoidais homolaterais, com sinais de extensão intracraniana, porém sem nítida definição de infiltração do parênquima cerebral. O paciente foi submetido a abordagem bicoronal com remoção completa do osso frontal, exanteração de órbita e etmóide esquerdos com remoção de dura-máter em toda extensão de lobo frontal à esquerda e reconstrução desta com enxerto de gálea aponeurótica do escalpe de pericrânio direito, em janeiro de 2008. O paciente foi submetido a radioterapia e quimioterapia pós-cirúrgica em razão da extensão da doença com boa evolução clínica sem complicações até o momento. **Conclusão:** Os tumores de seios da face agregam mais dificuldade cirúrgica quando avançam seja para a base do crânio, seja para o SNC. Abordagem interdisciplinar e por especialistas proporciona ao paciente maiores chances de sucesso na intervenção cirúrgica. A relação do tumor original com o SNC e as estruturas nobres é de grande importância para definição da possibilidade de cura e potencial de mutilação cirúrgica.

TL 5

QUEDA DE AVIÃO, MÚLTIPLAS FRATURAS CRANIOFACIAIS E FÍSTULA LIQUÓRICA

LEONARDO DE S. KRUSCHEWSKY, JAILTON SAMPAIO, LEONARDO AVELAR, RAMMONA RAFAELLA SANTOS, RAFAEL TRICOLI, SUZANE GESTEIRA, CLAUDIO BAGDAD, TATIANA V. NOVAIS

Trabalho realizado no Hospital Espanhol da Bahia, Salvador, BA.

Objetivo: Os acidentes aéreos são associados a graves lesões corporais e baixo índice de sobrevivência. Este trabalho busca relatar tratamento cirúrgico craniomaxilofacial com ênfase na importância da interdisciplinaridade. **Método:** Este é o relato de tratamento cirúrgico de sobrevivente de acidente aéreo com múltiplas fraturas de todos os segmentos da face e fraturas cranianas associadas a fístula liquórica através de intervenção cirúrgica interdisciplinar. **Resultados:** MS, sexo masculino, 26 anos, vítima de acidente aéreo, com 50% de vítimas fatais no local, internado em unidade de terapia intensiva. Tomografia computadorizada de face evidenciou fratura de mento, subcondiliana bilateral, maxila, ossos próprios do nariz, assoalho de órbita bilateral, parede lateral de órbita bilateral, osso frontal e temporal, com esmigalhamento da tábua interna da base do crânio, associado à fratura de etmóide e esfenóide e fístula liquórica resistente a medidas clínicas. Equipe interdisciplinar de Neurocirurgia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica e Cirurgiã Dentista participaram do tratamento cirúrgico conduzido em dois tempos. No décimo quinto dia pós-trauma (DPT), foi realizada cranialização da tábua interna do osso frontal com remoção de todos os fragmentos ósseos que perpetuavam as lesões da meninge, forrada a base do crânio com amplo retalho de gálea aponeurótica frontal, redução das fraturas e fixação interna rígida dos ossos da calota craniana, paredes lateral e inferior de órbita, pilares lateral e medial das maxilas, e reconstrução de soalho de órbita bilateral com material haloplástico absorvível. A equipe foi composta por dois neurocirurgiões, uma cirurgiã plástica e um cirurgião de cabeça e pescoço. O paciente evoluiu com cura da fistula liquórica, sem alterações visuais, com boa mobilidade e função ocular. No vigésimo primeiro DPT, a segunda intervenção iniciou-se com colocação de barra de Erich superior e inferior, garantindo a oclusão, exploração pré-auricular com identificação do nervo facial, redução e fixação interna rígida do pescoço côndilo bilateral e por acesso intra-oral identificação dos ramos mentonianos e redução com fixação interna rígida das fraturas de ventrículo, bilaterais na transição mento-corpo de mandíbula. A equipe foi formada por um cirurgião de cabeça e pescoço, uma cirurgiã plástica e uma cirurgiã dentista. Resgatou abertura oral para 25 milímetros e encaixe fisiológico da mordida e oclusão, com auxílio de fisioterapeuta especializado em motricidade orofacial. **Conclusão:** Casos de múltiplas fraturas de face em pacientes críticos devem ser abordados levando-se em consideração todo o quadro clínico do paciente, tentando-se, na medida do possível, sempre numa abordagem interdisciplinar, não postergar o tratamento. A correção de uma fistula liquórica traumática em combinação com a correção de fraturas crânio-faciais parece para os autores de suma importância para a evolução positiva de pacientes críticos. A fixação interna rígida dos pescoços dos côndilos tem neste caso um bom exemplo de indicação. A interdisciplinaridade também encontra nos pacientes graves excelente indicação de aplicação para tratamento satisfatório onde um profissional isolado pode mais facilmente falhar.

TL 6

TUMOR RETRO-OCULAR E ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR EM CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

LEONARDO DE S. KRUSCHEWSKY, PEDRO S. CODES, RAMONNA RAFAELLA DOS SANTOS, BRUNO LESSA, ALDO DO VALLE, CATARINA BORBOREMA, SHEILA A DE PAULA

Trabalho realizado no Hospital Aristides Maltez, BA.

Objetivo: Tumores intra-orbitários são patologias com diagnóstico diferencial amplo e de abordagem diagnóstica e terapêutica muito específicos. O adenoma pleomórfico de glândula lacrimal faz parte das possibilidades diagnósticas e deve ser tratado cirurgicamente. **Relato do caso:** Relato de caso ilustrando paciente com tumoração retro-ocular, investigação realizada e condução clínica interdisciplinar. J.M.C., sexo masculino, 44 anos, natural e procedente de Salvador, Bahia. Paciente acompanhado em serviço de oftalmologia foi encaminhado para o Hospital Aristides Maltez (HAM), em setembro de 2007, apresentando tumoração em órbita esquerda associado a lacrimação e diminuição da acuidade visual por três meses. A tomografia computadorizada de face demonstrava lesão expansiva sólida em topografia de conteúdo orbitário esquerdo com íntimo contato com o teto da órbita, posterior ao globo ocular, este exoftálmico. Decidido por abordagem interdisciplinar com equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Oftalmologia, em dezembro de 2007, sendo o paciente submetido a cirurgia por acesso supratarsal superior com exérese da tumoração e descompressão da órbita. O laudo anatomopatológico evidenciou a presença de Adenoma Pleomórfico de glândula lacrimal. O paciente evoluiu com melhora do exoftalmo e sem ptose palpebral importante, em seguimento clínico. **Conclusão:** A cirurgia crânio-maxilo-facial tem interseção com várias especialidades médicas e o trabalho interdisciplinar é um aspecto de suma importância para resultados satisfatórios ao se proceder nesta área de atuação.

TL 7

RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

LEONARDO DE S. KRUSCHEWSKY, PEDRO CODES, BRUNO LESSA, CATARINA BORBOREMA, GILDASIO ROCHA, FRANCISCO ANIBAL BRITO, ANA RITA PEIXOTO, EVERTON TORRES, MARCELO SACRAMENTO CUNHA

Trabalho realizado no Hospital Aristides Maltez, BA.

Objetivo: Exemplificar a importância da reconstrução plástica microcirúrgica para o tratamento cirúrgico pleno de pacientes com tumores malignos avançados em cabeça e pescoço e crânio-maxilo-facial. **Método:** Relato de quatro casos de doença maligna em cabeça e pescoço em pacientes com doença avançada, a maioria recidivada e que pode ser tratada cirurgicamente em razão da reconstrução plástica microcirúrgica. **Resultados:** Caso 1 - E.S., sexo masculino, 27 anos, atendido em julho de 2005, apresentando dermatofibrosarcoma protuberante acometendo toda região frontal, tendo sido submetido a três cirurgias prévias com recidivas, estadiado como T4N0M0 de pele. Feito remoção ampla do tumor com ressecção de periósteo e segmento de tábua externa de osso frontal e reconstrução com retalho livre de antebraço esquerdo, em seguimento há três anos livre de doença. Caso 2 - J.B.L.S., sexo masculino, 22 anos, atendido em agosto de 2005, com diagnóstico de ameloblastoma de mandíbula, já operado por duas vezes com recidiva local e há três meses com crescimento acelerado acometendo todo arco mandibular direito do paciente. Submetido a ressecção tumoral e esvaziamento cervical ipsilateral com reconstrução microcirúrgica com retalho livre de fíbula. O laudo anatomopatológico revelou transformação maligna para carcinoma ameloblástico com seis gânglios metastáticos pT4pN2bpMx. O paciente foi encaminhado para complementação terapêutica com radio e quimioterapia, evoluindo com confirmação de metástase pulmonar bilateral seis meses após e óbito em oito meses após a cirurgia. Caso 3 - L.S., sexo masculino, 13 anos, negro, atendido no HAM, em abril de 2005, com história de carcinoma escamocelular em região submentoniana. O paciente havia sido operado por duas vezes, a primeira aos nove anos e com recidiva e quelóide nas cicatrizes, estadiado como T4N0M0 de pele. Submetido a ressecção do tumor com controle de margens e esvaziamento cervical bilateral, com ressecção ampla de toda pele do mento com estruturas circunvizinhas e fragmento de cortical externa de mento e reconstrução microcirúrgica, decanulado traqueostomia em cinco dias e retorno à dieta oral em 15 dias. Posteriormente, o paciente foi submetido a radioterapia, sem sinais de doença há quatro anos. Caso 4 - L.H.S.S., 48 anos, sexo masculino, com neoplasia de língua estágio T4N0M0, submetido a glossectomia total, mandibulectomia marginal esquerda, esvaziamento cervical bilateral, traqueostomia e reconstrução com retalho microcirúrgico de reto abdominal, seguidos de radioterapia, evoluindo com decanulação de traqueostomia após 30 dias e dieta oral plena em quatro meses. O paciente encontra-se em seguimento clínico há um ano, sem sinais de recidiva. **Conclusão:** Observa-se que a maioria dos pacientes tinha cirurgia prévia seguida de recidivas e com comprometimento de regiões nobres da cabeça e pescoço, com estadiamento oncológico avançado, sendo evidente a mutilação funcional e estética da cirurgia e a resolutividade funcional agregada pela reconstrução plástica microcirúrgica restabelecendo e resgatando funções que de outra maneira seria extremamente difícil, podendo facilmente impossibilitar o tratamento cirúrgico.

TL 8

DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA E TRATAMENTO CIRÚRGICO

LEONARDO DE S. KRUSCHEWSKY, PEDRO CODES, BRUNO LESSA, GUSTAVO B. A. ALMEIDA, CATARINA BORBOREMA, MINNA SCHLEU, EVERTON TORRES, NATHALIA M. AZI

Trabalho realizado no Hospital Aristides Maltez, BA.

Objetivo: A displasia fibrosa de ossos da face pode comprometer apenas um segmento ósseo (monostótica) ou mais de uma unidade óssea (poliostótica). Embora tenha comportamento marcadamente insidioso, a indicação cirúrgica busca preservar estruturas e funções nobres da região facial comprometida. Este é o relato de conduta cirúrgica em três pacientes com displasia fibrosa poliostótica. **Método:** Relato de três pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para displasia fibrosa poliostótica. **Resultados:** Caso 1: GSM, sexo masculino, 25 anos, com displasia fibrosa acometendo todo osso frontal, etmóide, cavidade orbitária esquerda e com exoftalmo esquerdo, já tendo sido abordado cirurgicamente previamente, com objetivo de remoção completa da doença, sem êxito. Caso 2: FLM, sexo masculino, 16 anos, com displasia fibrosa envolvendo osso frontal à esquerda, comprimindo teto de órbita, rebaixando globo ocular ipsilateral, com acometimento do etmóide também. Caso 3: JOB, sexo feminino, 46 anos, amaurotica à esquerda e com displasia fibrosa envolvendo etmóide, frontal e maxila direitos, com exoftalmo ipsilateral. Proposto desgaste das protuberâncias ósseas, buscando evitar iatrogenias, e com o consentimento de todos foi feita abordagem craniofacial. Nos pacientes 1 e 2, fez-se abordagem bicoronal associando-se no paciente 1 acesso nasoetmoidal endoscópico. Na paciente 3, fez-se a associação dos acessos sub tarsal em pálpebra inferior e de Lind em pálpebra superior. Todos tiveram desgaste ósseo por meio de drilagem com ponta giratória diamantada, com procedimentos futuros previstos. **Conclusões:** Não houve qualquer déficit funcional ou seqüela cirúrgica nos três pacientes relatados. Todos estão sendo acompanhados para novos procedimentos, pois na opinião dos autores trata-se de doença de curso insidioso com possibilidade de interrupção de crescimento dos tumores após o estirão da adolescência e abordagem paulatina sempre visando auxiliar na melhoria das funções dos órgãos comprometidos com a doença e com o cuidado de não causar piora funcional.

TL 9

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA TRANSNASAL PARA O TRATAMENTO DE FRATURA BLOW OUT MEDIAL DE ÓRBITA: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ORL DA PUC-PR

CARLOS ROBERTO BALLIN, LUIZ CARLOS SAVA, CARLOS AUGUSTO SEIJI MAEDA, GUSTAVO FABIANO NOGUEIRA, YASSER JEBABI, PRISCILA FERRAZ DE MELLO

Trabalho realizado no Serviço de Residência Médica de Otorrinolaringologia da Santa de Misericórdia de Curitiba e do Hospital Universitário Cajuru PUC-PR.

Objetivo: Apresentar a experiência do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e do Hospital Universitário Cajuru – PUC – PR, no tratamento endoscópico da fratura blow out medial de órbita, através da utilização de enxerto de cartilagem septal. **Método:** Desde junho de 2005, foram tratados endoscopicamente 16 pacientes. Para manter o conteúdo orbital na posição foi utilizado em todos os casos enxerto de septo nasal juntamente com gelfoam e surgicel. **Resultados:** Dos 16 pacientes operados, 2 apresentaram queixa de diplopia no pós-operatório, mas com melhora somente com exercícios ortópticos. A enoftalmia foi corrigida em 5 dos 6 casos que possuíam a queixa. A tomografia de controle demonstrou redução anatômica em 13 dos 16 pacientes, entretanto, todos obtiveram resultado satisfatório. Não houve complicações decorrentes do procedimento. **Conclusão:** O acesso endoscópico nasal tem se mostrado a via de escolha para o tratamento da fratura blow out medial de órbita. A utilização de enxerto de septo nasal com gelfoam e surgicel mostrou eficácia semelhante à demonstrada por outros métodos na literatura.

TL 10

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA ASSISTIDA PARA O TRATAMENTO DE FRATURAS DE CÔNDILO MANDIBULAR: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA PUC – PR

CARLOS ROBERTO BALLIN, LUIZ CARLOS SAVA, CARLOS AUGUSTO SEIJI MAEDA, GUSTAVO FABIANO NOGUEIRA, YASSER JEBABI, PRISCILA FERRAZ DE MELLO

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Cajuru PUC-PR.

Objetivo: Apresentar a experiência do Serviço de ORL do Hospital Universitário Cajuru – PUC-PR na abordagem endoscópica assistida no tratamento de fraturas do côndilo mandibular. **Método:** Desde novembro de 2005, foram tratados através da técnica endoscópica 15 pacientes com fraturas condilares que possuíam deslocamento e prejuízo funcional. Utilizando endoscópios angulados de 30 graus e 45 graus, a redução e fixação das fraturas foram realizadas limitando-se a uma incisão transoral e duas perfurações percutâneas. **Resultados:** A redução anatômica e o restabelecimento da dimensão vertical do ramo ascendente da mandíbula, assim como a oclusão satisfatória, foram alcançados em 14 dos 15 casos. Apenas o primeiro de nossos casos persistiu com certo grau de lateralização no pós-operatório, corrigida por tração elástica com bloqueio maxilomandibular. **Conclusão:** A utilização do endoscópio na abordagem da fratura de côndilo mandibular é atualmente o tratamento de escolha para esse tipo de fratura. Tal técnica necessita de treinamento intensivo e conhecimento das técnicas endoscópicas para o sucesso do procedimento.

AVANÇO FRONTOFACIAL EM MONOBLOCO COM DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA PARA TRATAMENTO DAS CRANIOFACIOSSINOSTOSES

CÁSSIO E. RAPOSO DO AMARAL, CÉSAR A. RAPOSO DO AMARAL, CELSO L. BUZZO, MARCELO C. GUIDI, REZA JARRARHY, JAMES P. BRADLEY, HENRY K. KAWAMOTO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP & UCLA.

Introdução: O alongamento ósseo gradual da mandíbula foi inicialmente descrito por McCarthy et al., que utilizaram conceitos previamente desenvolvidos por Illizarov para a aplicação clínica em pacientes com microsomia hemifacial. Molina e Monastério comprovaram em número consistente de pacientes portadores de micrognatia a aplicabilidade clínica da distração osteogênica (DOG) para a região mandibular. O tratamento das craniofaciossinostoses por via intracraniana foi proposto por Tessier na década de 60. Na década de 70, Ortiz-Monastério et al. descreveram o avanço frontofacial em monobloco para tratamento das craniossinostoses síndromicas. Em 1994, Raposo do Amaral et al. iniciaram o tratamento das craniofaciossinostoses com a cirurgia de avanço frontofacial em monobloco utilizando a distração osteogênica do terço médio da face. Bradley et al. comprovaram que a distração osteogênica para os pacientes portadores de craniofaciossinostoses diminui a recidiva da face e a morbidade da cirurgia intracraniana. Subseqüente aos trabalhos pioneiros, inúmeros autores publicaram modificações pessoais da técnica inicial, bem como a evolução do distratores ósseos. Lima et al., em 2008, demonstraram sua experiência no tratamento das craniofaciossinostoses com o distrator RED (rigid external device). O grupo da Universidade de São Paulo, assim como o grupo da NYU (New York University), acredita que a distração osteogênica externa oferece adequada estabilidade óssea no processo de alongamento facial. Cirurgiões plásticos que trabalham na área craniofacial apresentam contraponto sobre qual o aparelho de distração osteogênica pode oferecer maior estabilidade óssea no processo de alongamento gradual do esqueleto facial. Kawamoto et al. desenvolveram o aparelho de distração interna de Kawamoto, que além de ser bastante conveniente ao paciente, apresenta grande estabilidade óssea no processo de distração e consolidação de oito semanas. O objetivo do nosso trabalho foi comparar dois grupos de pacientes portadores de craniofaciossinostose submetidos ao avanço frontofacial em monobloco utilizando dois tipos de distratores diferentes: o distrator externo e o interno. **Método:** Oito pacientes portadores de craniofaciossinostose foram submetidos ao avanço frontofacial em monobloco com distração osteogênica. No grupo I (n=4), os pacientes foram submetidos a técnica clássica com a colocação de distrator externo. A média de idade do grupo I foi 10,5 anos. A média de seguimento após a cirurgia foi de 11 anos. No grupo II (n=4), a mesma técnica foi utilizada. No entanto, os pacientes submeteram-se a colocação do aparelho interno de Kawamoto. A média de idade do grupo II foi 8,7 anos. A média de seguimento pós-operatório do grupo II foi de 1,5 anos. O grupo I foi formado por dois pacientes com síndrome de Crouzon e dois pacientes com síndrome de Apert. O grupo II também formado por quatro pacientes, dois com síndrome de Crouzon e dois com síndrome de Apert. Foram realizados 16 traçados cefalométricos seguindo o padrão Ricketts. Os mesmos traçados foram realizados por dois diferentes cirurgiões, obedecendo aos mesmos princípios técnicos. A média aritmética dos valores encontrados pelos dois cirurgiões foi considerada para o nosso trabalho. Foram aferidas as medidas cefalométricas SNA, SNB e o avanço médio horizontal. **Resultados:** O grupo I apresentou maior variação das medidas cefalométricas, bem como maior avanço frontofacial em relação ao grupo II. O grupo I apresentou maior tempo de seguimento que o grupo II, portanto os dados obtidos durante o seguimento do grupo I não puderam ser comparados aos do grupo II devido ao curto tempo de 1,5 anos de seguimento pós-operatório. A hipercorreção foi inicialmente bastante exagerada no grupo I. A oclusão, que inicialmente era em classe III, passou para classe II grave e no tempo de seguimento para classe I novamente. A exoftalmia tornou-se enoftalmia temporária para depois apresentar exoftalmometria normal para idade. O grupo I também houve uma hipercorreção sob orientação do autor sênior, no entanto, não tão grave quanto ao grupo I. A experiência do autor sênior mostra que o aparelho interno oferece estabilidade óssea no período de consolidação da distração e por este motivo não se faz necessária uma exagerada sobrecorreção. Os pacientes foram de classe III para classe II. Nos pacientes em que o avanço frontofacial foi combinado com a bipartição em monobloco, os pacientes ficaram com diastema dos incisivos centrais, que requereu ortodontia para correção. Em ambos os grupos, a exoftalmia foi corrigida, bem como a maloclusão. Um tempo de seguimento maior no grupo II é necessário para obtenção de conclusões mais definitivas em relação ao distrator interno. **Conclusão:** Os oito pacientes portadores de craniofaciossinostoses foram adequadamente tratados com a cirurgia de avanço frontofacial em monobloco. A exoftalmia foi corrigida em ambos os grupos. Os pacientes evoluíram para enoftalmia temporária nos dois grupos. A enoftalmia temporária foi maior no grupo I. Os pacientes do grupo I também apresentaram maior taxa de avanço frontofacial em comparação ao grupo II. No grupo I, esta sobrecorreção mostrou-se extremamente necessária para obtenção de um resultado satisfatório no seguimento pós-operatório. O grupo II foi satisfatoriamente tratado por um avanço menor do que o grupo I, no entanto, o pequeno tempo de seguimento pós-operatório impede conclusões mais definitivas.

ALTERNATIVAS DE FIXAÇÃO NO TRATAMENTO DA MAXILA: ENXERTO ÓSSEO UTILIZADO COMO PLACA FIXADORA

RAPHAEL ANTONIO GOMES DA SILVA GUSTAVO MOTTA SIMPLICIO NASCIMENTO, YURI OTANI, RODRIGO DE FARIA VALLE DORNELLES, ROLF LUCAS SALOMONS, VERA LÚCIA NOCCHI CARDIM

Trabalho realizado na Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, São Paulo, SP.

O propósito deste estudo foi avaliar o resultado do tratamento da maxila, quando o enxerto ósseo foi utilizado como placa de fixação. Os enxertos ósseos foram obtidos a partir da calvária ou da mandíbula, sendo utilizados para fixação intermaxilar no lugar de placas fixadoras tradicionais. A fixação foi feita com parafusos. As vantagens deste procedimento de fixação foram redução das taxas de infecção e dos custos cirúrgicos.

ESTUDO PROSPECTIVO DOS TRAUMAS ORBITÁRIOS E SUAS REPERCUSSÕES OFTALMOLÓGICAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL DA PUC-CAMPINAS

BRUNO CARVALHO MOREIRA, ROGÉRIO ALEXANDRE MODESTO DE ABREU, JOSÉ CARLOS MARQUES DE FARIA

Trabalho realizado na PUC-Campinas, Campinas, SP.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar os casos de traumatismo orbitário atendidos no Hospital da PUC-CAMPINAS, comparando dados epidemiológicos, lesões associadas, intercorrências durante o atendimento inicial e, principalmente, as repercussões oftalmológicas agudas no trauma de órbita. **Método:** Por meio de análise prospectiva dos pacientes vítimas de traumatismo facial atendidos e/ou encaminhados à unidade de emergência do Hospital da PUC-CAMPINAS, foram analisados os dados de 49 pacientes com fratura de órbita constatada através de tomografia computadorizada (TC) atendidos no período compreendido entre abril de 2007 a janeiro de 2008, com base em um protocolo específico de atendimento do Serviço de Cirurgia Plástica da PUC-CAMPINAS. Dos 49 pacientes estudados, 6 apresentaram fratura de órbita bilateral. Portanto, houve 55 fraturas orbitárias, sendo 32 na órbita direita e 23 na órbita esquerda. As variáveis oftalmológicas analisadas foram motilidade ocular extrínseca (MOE), acuidade visual (AV), biomicroscopia (BIO), fundoscopia (FO) e pressão intra-ocular (PIO). **Resultados:** O sexo masculino foi o mais acometido (40 casos – 81,6%). A faixa etária variou de 1 ano a 67 anos, com média de 33 anos. Quanto à etnia, maior incidência entre brancos (19 casos – 39,7%), seguida de pardos (18 casos – 36,7%), negros (11 casos – 22,4%) e mestiços (1 caso - 2%). O mecanismo de trauma mais freqüente foi acidente motociclístico (15 casos - 30,6%), seguido pelas quedas (11 casos - 22,4%) e por agressão física (10 casos - 20,4%). Outros mecanismos encontrados foram: acidente automobilístico (5 casos - 10,2%), acidente bicyclístico (4 casos - 8,1%), mordedura de cão (2 casos - 4%) e FPAF (2 caso - 4%). Em relação às avaliações oftalmológicas, 100% dos pacientes com fraturas foram avaliados (55 casos). Em relação à MOE, 49 (89%) casos apresentaram-se sem alterações. Houve 1 (1,8%) caso de restrição devido ao encarceramento do músculo reto inferior numa fratura de assoalho de órbita direita. Nos outros 5 (9%) pacientes, a avaliação foi prejudicada. Em relação à AV, apenas o paciente vítima de FPAF em órbita direita apresentou alteração significativa (coriorretinite escleretária). 36 (65,4%) casos tiveram acuidade visual entre 20/20 e 20/40, 8 (14,5%) casos entre 20/60 e 20/200, 2 (3,6%) casos entre 20/400 ou menos e 9 (16,3%) casos tiveram acuidade ignorada (crianças não informantes e pacientes comatosos). Considerando-se a BIO, tivemos 25 (45,4%) casos sem alterações. Entre as alterações mais encontradas nos casos restantes estão: 25 (83,3%) casos de hiposfagma, 3 (10%) casos de quemose e 3 (10%) casos de hiperemia conjuntival. Houve 1 (3,3%) caso de laceração ocular provocada por FPAF. No que tange ao FO, foram observados 45 (81,8%) casos sem alterações, 3 (5,4%) casos ignorados, 2 (3,6%) casos edema de papila bilateral, 1 (1,8%) caso de coriorretinite escleretária, 1 (1,8%) caso de hemorragia vítrea e 3 casos de alterações oftalmológicas prévias ao trauma (5,4% - glaucoma, estafiloma e retinopatia diabética). Já em relação à PIO, 42 (76,3%) casos foram avaliados e não tiveram nenhuma alteração, com média de PIO de 12,6 (V.R.:10-20 mmHg). Treze (23,6%) casos não foram avaliados através de aplanção por motivo de ordem técnica. A incidência de enoftalmo na fratura de assoalho orbitário foi de 2 (3,6%) casos. **Discussão:** O trauma orbitário e ocular são entidades distintas e não estão necessariamente relacionados. Áreas de menor resistência da cavidade orbitária podem constituir fator de proteção do globo ocular e do conteúdo orbitário, pois permitem seu alojamento nos seios maxilar e etmoidal, evitando compressão dessas estruturas em ossos mais rígidos da órbita, justificando a baixa incidência de perfuração ocular nesses casos. Com exceção do caso de FPAF, os pacientes com baixa visual importante (20/60 ou menos) apresentavam patologia ocular prévia (ametropias e/ou cataratas). É importante ressaltar que alterações agudas transitórias não significativas da acuidade visual podem ocorrer por dificuldade de realização do exame oftalmológico, devido a estresse pós-traumático do paciente, blefaro-hematoma, sensibilidade ocular aumentada (fotofobia), dentre outros. **Conclusão:** A avaliação inicial e o seguimento pós-operatório multidisciplinar desses pacientes são imperativos para diminuição das seqüelas do trauma orbitário.

ANÁLISE PROSPECTIVA DAS FRATURAS FACIAIS NO PERÍODO DE UM ANO DO HOSPITAL DA PUC-CAMPINAS

BRUNO CARVALHO MOREIRA, ROGÉRIO ALEXANDRE MODESTO DE ABREU, WILSON CINTRA JÚNIOR, JOSÉ CARLOS MARQUES DE FARIA

Trabalho realizado na PUC-Campinas, Campinas, SP.

Objetivo: O objetivo da presente pesquisa é relatar a experiência dos autores traçando um perfil epidemiológico dos traumas de face, analisando os resultados obtidos por meio de um estudo prospectivo de 95 casos, dando ênfase a variáveis como gênero, faixa etária, etiologia e distribuição topográfica das fraturas, comparando os achados clínicos com outros estudos da literatura. **Método:** Por meio de análise prospectiva dos pacientes vítimas de traumatismo facial atendidos ou encaminhados à unidade de emergência do Hospital da PUC-CAMPINAS, foram analisados os dados de 95 pacientes com fratura de ossos da face constatada por meio de radiografia e/ou tomografia computadorizada (TC) de ossos da face, atendidos no período compreendido entre abril de 2007 a março de 2008, com base em um protocolo específico de atendimento do Serviço de Cirurgia Plástica – PUC-CAMPINAS. As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, etnia, mecanismo de trauma, co-morbidades (alcoolismo e tabagismo), uso de cinto de segurança e/ou capacete e localização da fraturas. Para classificação das fraturas, os ossos foram anatomicamente divididos em terço superior (osso frontal), terço médio (nariz, complexo naso-etmoido-orbitário e órbita-zigomático-maxilar) e terço inferior (mandíbula). Todos os pacientes foram submetidos a avaliação oftalmológica e/ou neurocirúrgica especializada quando necessário e realização de exame de imagem para diagnóstico e planejamento terapêutico. **Resultados:** O sexo masculino foi o mais acometido (70 casos – 73,6%). A faixa etária variou de 1 ano a 84 anos, com média de 34,8 anos. Quanto à etnia, maior incidência entre pardos (39 casos – 41%), seguida de brancos (34 casos – 35,7%),

negros (20 casos – 21%) e mestiços (2 casos – 2,1%). O mecanismo de trauma mais freqüente foi agressão física (30 casos – 31,5%), seguido pelas quedas (25 casos – 26,3%) e por acidente motociclístico (16 casos – 16,8%). Outros mecanismos encontrados foram: acidente automobilístico (11 casos – 11,5%), acidente biciclístico (8 casos – 8,4%), FPAF (3 casos – 3,1%) e mordedura de cão (2 caso – 2,1%). Entre as patologias associadas, destacou-se a prevalência de alcoolismo (29 casos – 30,5%) e de tabagismo (16 casos – 16,4%). Já 32,6% dos pacientes (31 casos) relataram que não faziam uso regular de cinto de segurança e/ou capacete. No terço superior da face, no que tange às fraturas do osso frontal, houve 6 casos, sendo 2 fraturas frontais isoladas e 4 casos associados a fraturas de outros ossos. A mais freqüente associação foi fratura frontal e orbitária (3 casos). No terço médio da face, em relação às fraturas dos ossos nasais, houve 43 casos, sendo 31 fraturas nasais isoladas e 12 casos associados a outras fraturas. A associação mais freqüente foi fratura nasal e orbitária (11 casos). As fraturas orbitárias foram as mais incidentes, com 49 pacientes, sendo que 6 apresentaram fratura de órbita bilateral. Portanto, houve 55 fraturas orbitárias, sendo 32 na órbita direita e 23 na órbita esquerda. Já terço inferior da face, considerando-se as fraturas mandibulares, houve 10 casos, sendo 5 fraturas mandibulares isoladas e 5 casos associados a outras fraturas. A associação mais freqüente foi fratura mandibular e orbitária (3 casos). As regiões mais acometidas da mandíbula foram: sínfise/parassínfise (7 casos), seguida pelo ângulo (4 casos) e ramo (4 casos). Discussão: Fatores como região geográfica, situação socioeconômica e época do ano podem influenciar diretamente o tipo e a freqüência das injúrias faciais, caracterizando a importância da realização de estudos epidemiológicos no serviço, em diferentes épocas, com base em protocolos próprios da disciplina, conduzidos sob supervisão da mesma equipe cirúrgica. Conclusão: Os estudos epidemiológicos são de fundamental importância para o conhecimento da dimensão socioeconômica e política do problema e adoção de medidas de prevenção e tratamento das injúrias faciais.

TL 15

FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA COM SISTEMA REABSORVÍVEL: RELATO DE 3 CASOS

BRUNO CARVALHO MOREIRA, ROGÉRIO ALEXANDRE MODESTO DE ABREU, FERNANDO GIOVANETTI MORANO, GILSON LUIS DUZ, JOSÉ CARLOS MARQUES DE FARIA

Trabalho realizado na PUC-Campinas, Campinas, SP.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é relatar a experiência dos autores em 3 casos de fixação interna rígida com sistema reabsorvível para tratamento cirúrgico de fraturas de ossos da face, discutindo sua importância e aplicabilidade clínica, comparando com dados da literatura. **Relato dos casos:** Caso 1 - Paciente DAMS, 1 ano e 4 meses, sexo masculino, pardo, vítima de ataque por mordedura de cão da raça Rotweiler, em 14/04/07. Após realização de tomografia de ossos da face com reconstrução 3D, constatou-se fratura nasal e de rebordo inferior e assoalho de órbita esquerda. A avaliação oftalmológica resultou normal. Após 4 dias da admissão, paciente foi submetido a redução e fixação de fratura de rebordo orbitário inferior com colocação de miniplaca de PLA/PGA (INION[®]) de 1,5 mm e colocação de outra miniplaca em assoalho de órbita esquerda, além do tratamento da fratura nasal. Paciente apresentou boa evolução clínica, com tomografia computadorizada de controle mostrando boa consolidação óssea. Caso 2 - Paciente LRSS, 1 ano e 2 meses, sexo masculino, branco, vítima de ataque por mordedura de cão da raça Pitbull, em 27/11/07, apresentando, na admissão, múltiplos ferimentos corto-contusos em face e couro cabeludo com lesão bilateral de nervo facial, envolvendo sua porção troncular à esquerda e os ramos zigomático e bucal à direita, além de fratura de ossos nasais, arco zigomático direito, ramo mandibular direito e rebordo inferior e assoalho de órbita esquerda, constatados após realização de tomografia de ossos da face com reconstrução 3D. A avaliação oftalmológica resultou normal. Após 8 dias da admissão, paciente foi submetido à redução e fixação de arco zigomático e rebordo orbitário com miniplaca de PLA/PGA (INION[®]) de 1,5 mm, colocação de outra miniplaca em assoalho de órbita esquerda e tratamento da fratura nasal. Optou-se por tratamento conservador da fratura mandibular. Possui programação cirúrgica para tratamento da lesão troncular do nervo facial esquerdo e a tomografia computadorizada de 3 meses de pós-operatório mostra sucesso na consolidação das fraturas. Caso 3 - Paciente PHCF, 18 anos, sexo masculino, pardo, vítima de acidente motociclístico em alta velocidade com colisão frontal em 15/11/07. A tomografia de ossos da face constatou fraturas de parede anterior de seio frontal (cominutiva), de rebordo superior e teto de órbitas e fratura nasal. A avaliação oftalmológica resultou normal. Foi submetido a tratamento cirúrgico no dia 21/11/07, com redução e fixação de fraturas de osso frontal com colocação de 7 miniplacas de PLA/PGA (INION[®]) de 1,5 mm (3 em Y e 4 em ponte) e tratamento da fratura nasal. Optou-se pelo tratamento conservador das fraturas orbitárias. Paciente em acompanhamento ambulatorial com TC de controle após 3 meses com boa consolidação das fraturas. **Discussão:** A estabilidade dos sistemas reabsorvíveis é comparável aos sistemas metálicos com a vantagem de evitar uma segunda cirurgia que, por vezes, é requerida para remoção da fixação metálica. A opção da reconstrução do assoalho da órbita com tal sistema em detrimento das telas de titânio impedem o fenômeno de blindagem do globo ocular. A documentação tomográfica pós-operatória corrobora a solidez da fixação interna com esse sistema de placas de material biodegradável. Os materiais reabsorvíveis funcionam como uma alternativa para tentar superar possíveis problemas encontrados com a osteossíntese metálica, como a liberação de íons de metal, o estímulo mecânico contínuo, a interferência em radiografia, a produção de artefatos em tomografia e exames de ressonância magnética e a necessidade de retirada da fixação metálica quando utilizada na população pediátrica, pois esta última dificulta a continuidade do crescimento ósseo. A opção pelo uso de miniplacas de PLA-PGA para fixação de fraturas cominutivas na região frontal impede que estas sejam palpáveis no pós-operatório tardio. Alguns fatores, como o alto custo para o sistema público e a maior dimensão das placas e parafusos, ainda previnem a adoção total de fixação com sistema absorvível. Deve-se, pois, destacar a existência de dois métodos de osteossíntese biológicos e mecanicamente compatíveis, podendo ser usados de acordo com a preferência do paciente e do cirurgião. **Conclusão:** As placas reabsorvíveis são comparáveis às placas metálicas, moldando-se fielmente à topografia óssea do leito da fratura, sendo, por isso, mais fáceis de manusear. O sistema reabsorvível mantém sua integridade estrutural durante o período de formação do calo ósseo e tende a desaparecer entre 12 e 24 meses no pós-operatório, possuindo grande indicação de emprego na faixa etária pediátrica. O alto custo, entretanto, limita sua utilização como rotina em hospitais públicos.

TL 16

BRAQUICEFALIA: EXPERIÊNCIA DE 12 CASOS OPERADOS

GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ, RENATO DA SILVA FREITAS, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO, PAULO CARBONI, PAULA GIORDANI COLPO

Trabalho realizado no Hospital Infantil Pequeno Príncipe e Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF), Curitiba, PR.

Objetivo: A braquicefalia, craniosinostose decorrente do fechamento precoce e bilateral das suturas coronais associado ao fechamento da sutura frontoesfenoidal, ocorre mais comumente na sua forma síndrômica, e mesmo nos casos não síndrômicos as alterações cromossômicas presentes sugerem similaridade etiológica com a forma síndrômica. Suas características de aplainamento da região caudal dos ossos frontais e dos rebordos orbitários e abaulamento da região cefálica dos ossos frontais (levando ao aspecto de bossa), são aspectos característicos ao diagnóstico. O exorbitismo pode estar presente devido ao retroposicionamento do rebordo orbital, além do hipertelorismo verdadeiro ou aparente (devido ao achatamento da raiz nasal). Devido à presença de hipertensão intracraniana, o tratamento cirúrgico deve ser precoce (preferencialmente antes de 1 ano de idade), impedindo o retardo de desenvolvimento psicomotor e o estabelecimento de cegueira. Apresentamos uma série de 12 pacientes com braquicefalia operados. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo de uma série de 12 pacientes, operados no período de 1995 a 2008. Apresentamos dados referentes a características dos pacientes operados e detalhes da técnica cirúrgica. **Resultados:** Foram estudados cinco pacientes do sexo masculino e sete pacientes do sexo feminino, todos com a forma de braquicefalia não síndrômica, com idade média ao procedimento cirúrgico de 15 meses. O princípio cirúrgico seguido é o de craniotomia com avanço fronto-orbital bilateral, de forma precoce, em torno de 3 a 8 meses de idade. **Conclusão:** A idade ideal para a correção cirúrgica, ou seja, entre 3 e 8 meses de idade, deve ser respeitada, a fim de serem evitadas as complicações neuropsicomotoras e oftalmológicas decorrentes da falta de tratamento.

TL 17

PLAGIOCEFALIA FRONTAL: EXPERIÊNCIA DE 17 CASOS OPERADOS

GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ, RENATO DA SILVA FREITAS, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO, PAULO CARBONI, PAULA GIORDANI COLPO

Trabalho realizado no Hospital Infantil Pequeno Príncipe e Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF), Curitiba, PR.

Objetivo: A plagiocefalia frontal pode ter como causas o fechamento prematuro unilateral da sutura coronal (plagiocefalia frontal sinostótica) ou pode ser causada por compressão externa intra-útero ou pós-natal (plagiocefalia frontal posicional). A forma posicional pode ter tratamento inicial conservador, com o uso de capacetes ou mudança de decúbito, porém a forma sinostótica exige tratamento cirúrgico precoce. O tratamento cirúrgico, preferencialmente ao redor de 3 a 8 meses, ou quando o paciente se apresenta, o que pode ocorrer mais tardiamente, visa à correção da deformidade fronto-orbital, prevenindo o aparecimento de deformidades de terço médio da face, nariz e órbitas (em arlequim), além de permitir um crescimento cerebral adequado e uma expansão da base do crânio (estreitada pela deformidade). Apresentamos um estudo retrospectivo de pacientes operados em nosso serviço, e um caso tratado aos 9 anos com técnica de distração óssea. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo de uma série de 17 pacientes, operados no período de 1995 a 2008. Apresentamos dados referentes a características dos pacientes operados e detalhes da técnica cirúrgica. **Resultados:** Nove pacientes do sexo masculino e oito pacientes do sexo feminino, todos com a forma de plagiocefalia frontal sinostótica não síndrômica, com mediana de idade ao procedimento cirúrgico de 12 meses. O princípio cirúrgico seguido é o de craniotomia com avanço e rotação fronto-orbital assimétricos. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico precoce é mandatório, evitando as seqüelas estético-funcionais e o retardo do desenvolvimento neuropsicomotor decorrentes da diminuição do fluxo sanguíneo cerebral do lado afetado pela compressão.

TL 18

TRAUMA DE FACE PEDIÁTRICO

GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO

Trabalho realizado no Hospital Universitário Cajuru e Hospital do Trabalhador, Curitiba, PR.

Objetivo: As fraturas de face em crianças são geralmente abordadas em capítulo à parte devido aos aspectos próprios de seu diagnóstico e tratamento. Sua incidência é de aproximadamente 15% do total das fraturas de face. Em crianças abaixo de cinco anos de idade, a incidência de fraturas é bem menor, sendo que 95% das fraturas ocorrem em crianças acima de 5 anos de idade, na literatura. Neste estudo retrospectivo, apresentamos a experiência do serviço de cirurgia craniomaxilofacial do Hospital Universitário Cajuru e Hospital do Trabalhador e detalhes no que concerne ao tratamento dos pacientes pediátricos com trauma de face. **Método:** Por meio de um estudo retrospectivo, realizamos uma análise descritiva das características da população estudada, incluindo os pacientes com idades entre 0 e 12 anos. Apresentamos detalhes da conduta adotada em nosso serviço e das técnicas cirúrgicas utilizadas (com fios de aço ou placas absorvíveis). **Resultados:** Compunham nossa casuística 369 crianças, com idade entre 9 meses e 12 anos. Duzentos e trinta e dois pacientes do sexo masculino e 137 do sexo feminino. Os tipos de fratura mais comuns são as fraturas nasal e de mandíbula, e o fator etiológico varia conforme a idade. **Conclusão:** As fraturas faciais na infância exigem diagnóstico e tratamento precisos e por profissionais experientes. O cirurgião craniomaxilofacial necessita manter-se a par de alguns princípios fundamentais no manejo do trauma craniofacial infantil: alto índice de suspeição, cuidadoso exame físico e radiológico, tratamento expectante para lesões mínimas e sem repercussões clínicas, métodos de fixação adequados, técnica cirúrgica precisa e atraumática evitando iatrogenias. O uso de material de síntese absorvível é indicado, porém de difícil aplicação pelo alto custo em nosso meio.

CLASSIFICAÇÃO E RESULTADO CIRÚRGICO NA DEFORMIDADE LABIAL SECUNDÁRIA DO PACIENTE FISSURADO

EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, DANIEL ROGGE CARONE, DOUGLAS MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: Relatar a experiência na abordagem e no tratamento cirúrgico da deformidade secundária do lábio fissurado segundo classificação simplificada e avaliação de resultados após procedimento cirúrgico. **Método:** Cinquenta pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico para correção de deformidade secundária do lábio fissurado. As deformidades labiais foram classificadas antes do procedimento cirúrgico em leve, moderada e grave, utilizando-se um sistema de pontuação baseado em alterações estéticas do lábio, o resultado estético da cirurgia foi avaliado por meio de fotos antes e após o procedimento. Os resultados foram avaliados, os pacientes que tiveram melhora de pelo menos uma das alterações estéticas após o procedimento foram classificados como resultado satisfatório e quando não houve melhora do resultado cirúrgico foram classificados como insatisfatório. O seguimento dos pacientes variou de 4 meses a 16 meses e o trabalho foi enviado para apreciação de comissão de ética médica do hospital. **Resultados:** A idade dos pacientes variou de 1 ano a 55 anos, com média de 15,12 anos. Vinte e quatro (48%) pacientes foram classificados como deformidade grave, 18 (36%) como deformidade moderada e 8 (16%) como deformidade leve. Trinta e oito (76%) pacientes tiveram resultado satisfatório segundo o critério de pontuação e 12 (24%), insatisfatório. Todos pacientes com deformidade leve segundo a classificação tiveram resultado satisfatório, 7 (58,3%) com deformidade moderada tiveram resultado insatisfatório e 5 (41,7%) com deformidade grave tiveram resultado insatisfatório. **Conclusão:** A classificação é simples e ajuda o cirurgião a estimar o resultado estético no pós-operatório. Os melhores resultados foram obtidos com deformidades leves e em cirurgias onde houve retalhos com grande mobilização de tecidos.

DISPLASIA CRANIOFACIAL: UM CASO DIFÍCIL

EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, DANIEL ROGGE CARONE, DOUGLAS MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: Relatar a conduta frente a um caso de displasia craniofacial de grande tamanho acometendo estruturas nobres da face e comprometendo visão e vias aéreas superiores. **Método:** Relato de caso clínico de uma displasia craniofacial e revisão da literatura. **Relato do caso:** RSJ, 11 anos, natural e procedente de São Miguel Arcanjo – SP, paciente compareceu ao ambulatório de Cirurgia Plástica em 24/04/2006, devido à extensa massa tumoral na região malar esquerda com crescimento progressivo. Ele já havia realizado duas cirurgias para ressecção tumoral em outro serviço, no momento apresentava recidiva tumoral. Ao exame físico, havia presença de extensa massa tumoral de consistência endurecida, aderida a plano profundo, deformando toda maxila, osso zigomático, arcabouço nasal, palato anterior e assoalho da órbita esquerda, apresentava distopia orbitária e compressão do globo ocular. Realizou exames complementares: o laudo anatomopatológico possibilitou o diagnóstico de displasia óssea, a eletroneuromiografia com quadro sugestivo de processo neurológico periférico comprometendo o território do nervo facial esquerdo, principalmente o ramo temporal e zigomático, a tomografia computadorizada e a angiografia evidenciaram extensa massa óssea com vascularização acentuada. Em procedimento cirúrgico no dia 10/01/2007, realizou-se a ressecção de massa óssea que comprometia maxila, arco zigomático, zigoma, nariz, palato anterior e todo assoalho orbitário; optou-se pela reconstrução do assoalho da órbita esquerda com enxerto ósseo de crista ilíaca e utilizou-se o retalho de pele excedente para reconstrução dos tecidos moles. No dia 21/05/2007, foi realizada suspensão do terço médio da hemiface esquerda e cantopexia medial esquerda e, em 15/08/2007, o paciente passou por novo procedimento cirúrgico para a correção de entropia. **Resultados:** O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial por equipe multidisciplinar aguardando tempo apropriado para novo procedimento cirúrgico, a patologia pode evoluir até a terceira década de vida. **Conclusão:** O objetivo mais importante da cirurgia é remover a maior quantidade possível de osso displásico, descomprimir o globo ocular e desobstruir as vias aéreas superiores. A reconstrução da face, órbita e o crânio devem ser realizada preferencialmente em único tempo cirúrgico, utilizando-se enxertos autólogos do crânio, crista ilíaca ou costela.

TL 21

CIRURGIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL DA ÓRBITA: REVISÃO DE 5 ANOS DE CASUÍSTICA, RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

LUCAS G. PATROCINIO, TOMAS G. PATROCINIO, JOSÉ ANTÔNIO PATROCÍNIO

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: A cirurgia da órbita recebeu um grande impulso nas últimas décadas com o advento da endoscopia. O acesso endonasal possibilitou o avanço principalmente na cirurgia da oftalmopatia de Graves e da neuropatia traumática do nervo óptico. **Objetivo:** Apresentar nossa experiência com a cirurgia endoscópica endonasal da órbita, avaliando a casuística, os resultados e as complicações nos últimos três anos. **Método:** Estudo retrospectivo, de janeiro de 2003 a janeiro de 2008, dos 12 pacientes (21 órbitas) submetidos a cirurgia endonasal endoscópica da órbita. Os resultados foram avaliados com relação a acuidade visual, melhora da proptose e complicações associadas. **Técnicas cirúrgicas utilizadas** são descritas. **Resultados:** No período, foi realizada descompressão do nervo óptico em uma paciente com pseudotumor cerebral com melhora, após seis meses, de toda a avaliação oftalmológica, e em dois pacientes com baixa de acuidade visual devido à neuropatia traumática do nervo óptico, com melhora importante em um deles. A descompressão orbitária foi realizada em 18 órbitas de 9 pacientes portadores de exoftalmia de Graves. A média de redução da proptose foi de 3,87 mm (variando de 3,09 a 4,57 mm). A acuidade visual melhorou nos dois pacientes que apresentavam déficit pré-operatório. Diplopia ocorreu em uma paciente. **Conclusões:** A cirurgia orbitária por acesso endoscópico endonasal demonstrou-se um tratamento cirúrgico útil para inverter e prevenir deterioração visual e melhorar a proptose, com baixo índice de complicações. Portanto, acreditamos que esta abordagem merece consideração dos cirurgiões craniofaciais quando frente a um paciente com estes problemas.

TL 22

OSSO DA MASTÓIDE COMO AUTO-ENXERTO PARA RECONSTRUÇÃO DO DORSO NASAL

LUCAS G. PATROCINIO¹, JOSÉ V. MANIGLIA, JOSÉ ANTÔNIO PATROCINIO

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, MG e Departamento de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.

Introdução: Vários enxertos e/ou implantes têm sido usados para reconstrução do dorso nasal. Em alguns casos, especialmente os narizes pós-cirurgia de câncer, traumático, acometidos por granulomatoses e multioperados, a quantidade de aumento é maior que o normalmente disponível em auto-enxerto de septo e concha auricular. **Objetivo:** Avaliar a segurança e a eficácia do osso de mastóide como auto-enxerto para reconstrução do dorso nasal. **Método:** Um estudo prospectivo de 20 pacientes consecutivos submetidos a reconstrução do dorso nasal com osso de mastóide, durante um período de 4 anos. O resultado foi avaliado principalmente por complicações e satisfação do paciente e cirurgião. **Resultados:** Os enxertos variaram de 5 a 12 mm em espessura. O período de seguimento variou de 6 meses a 4 anos. Dezesete (85%) pacientes apresentaram resultados satisfatórios para o cirurgião e o paciente. Um paciente mostrou aumento excessivo leve somente notado pelo cirurgião. Um paciente apresentou aumento deficiente, necessitando cirurgia revisional. Um paciente precisou de cirurgia de revisão devido a deslocamento do enxerto no primeiro mês de pós-operatório. Nenhum caso apresentou infecção ou absorção de enxerto. **Conclusões:** O osso de mastóide se apresentou como um material efetivo como auto-enxerto para reconstrução do dorso nasal. A taxa de complicação foi baixa. O seguimento a longo prazo mostrou que não ocorre absorção clinicamente significativa.

TL 23, TL 24, TL 25

TEMAS LIVRES NÃO APRESENTADOS

TL 26

SCHWANOMA DE ASA NASAL

TOMAS G. PATROCINIO, MARCELO VIVIANI, LUCAS G. PATROCINIO, JOSÉ ANTÔNIO PATROCÍNIO

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: Os schwannomas benignos são tumores comuns das bainhas dos nervos periféricos, nervos autonômicos e, particularmente, pares cranianos, de crescimento lento com abundante vascularização. De 25% a 45% desses tumores estão localizados na região de cabeça e pescoço. Na cavidade nasal e seios paranasais são raros, não havendo casos descritos na região da asa nasal. **Objetivo:** O trabalho relata um caso de schwanoma de asa nasal tratado cirurgicamente com sucesso. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 23 anos, com queixa de obstrução nasal à direita há cerca de quatro anos, com surgimento de lesão obstrutiva de vestíbulo nasal. Apresentava obstrução total de vestíbulo nasal à direita e massa volumosa sob cartilagem lateral inferior do nariz. Foi realizada exérese de tumor via incisão marginal, cuja análise histopatológica diagnosticou schwanoma benigno. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial de lesões em fossas nasais e seios paranasais nem sempre é fácil, sendo o diagnóstico definitivo somente alcançado após exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Descrevemos o primeiro caso na literatura de um schwanoma de asa nasal.

TL 27

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA OCASIONADA POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

EDUARDO KAWATA SAKAE, MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO, PATRÍCIA YUKO HIRAKI, TATIANA DE MOURA, LÍDIA D'AGOSTINHO

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia Plástica da USP, São Paulo, SP.

Objetivo: Relatar um caso de fratura cominutiva de ramo e côndilo mandibular após lesão por arma de fogo ocorrido em nosso serviço, demonstrando um método simples e confiável de tratamento. **Método:** Estudo de caso de paciente do sexo feminino, 24 anos, branca, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo durante tentativa de assalto, com orifício de entrada em região mastóide à esquerda e orifício de saída em região submentoniana. Realizou tomografia computadorizada evidenciando fratura de ramo ascendente e côndilo de mandíbula esquerda. **Resultado:** Submetida a tratamento com bloqueio maxilo-mandibular com barra de Erich por quatro semanas. Após retirada do bloqueio realizou terapia miofuncional e tratamento com fonoaudióloga, evoluindo com boa amplitude de abertura bucal (maior que 40mm), desvio mínimo e recuperação completa das funções mastigatórias e de fala. **Conclusão:** A continuidade mandibular é a pedra angular para a integridade estética e funcional da face. Após uma fratura significativa, a estabilidade da articulação têmporo-mandibular, deglutição e fala podem estar gravemente comprometidas e; apesar do reparo cirúrgico ser freqüentemente necessário para que se evite assimetrias faciais, desvios mandibulares e dor crônica, não existe nenhum consenso quanto ao melhor tratamento. As fraturas cominutivas resultam de traumas importantes, caracterizando-se por uma múltipla fragmentação óssea em seu sítio. Seu tratamento deve ser individualizado, evitando-se a manipulação do foco de fratura com sua fixação interna devido ao grande risco de desvascularização óssea. O objetivo deste nosso trabalho foi justamente relatar uma forma simples e confiável de tratamento das fraturas cominutivas de mandíbula, de baixo custo e facilmente aplicável em regiões onde os recursos são escassos.

TL 28

RECONSTRUÇÃO TOTAL DE NARIZ: PODEMOS OFERECER ALGO MELHOR QUE A PRÓTESE?

MÔNICA LÚCIA RODRIGUES, HUGO FONTAN KÖHLER, OTÁVIO MACHADO DE ALMEIDA, ABNER JORGE JACOME BARROZO, MARCUS VINICIUS BONIFÁCIO BARANAUSKAS, JOSÉ CARLOS MARQUES FARIA, LUIZ PAULO KOWALSKI

Trabalho realizado no Hospital A C Camargo, São Paulo, SP.

Objetivo: Apresentar a solução encontrada para reconstrução total de nariz em dois pacientes submetidos a rinectomia total, associando enxerto de ulna e retalho microcirúrgico; e sua evolução. **Introdução:** A reconstrução total de nariz representa um desafio nos pacientes submetidos a rinectomia total por motivos oncológicos. A obtenção de resultados favoráveis inclui não somente a erradicação da doença, mas também aspectos funcionais e estéticos. O estigma da mutilação, bem como a confecção e a aquisição de prótese de boa qualidade e a necessidade de fixação e manutenção da mesma são fatores que comprometem a qualidade de vida do paciente de forma significativa. A opção de retalhos locais é limitada e não oferece possibilidades para adequada reparação. Muitas vezes, a utilização destes retalhos na tentativa de reconstrução após a rinectomia total leva a maior comprometimento estético da face. A associação de enxerto ósseo da crista ulnar e retalho autólogo microvascular representa uma solução para este problema, oferecendo um resultado favorável, tanto do ponto de vista estético quanto funcional. **Método:** Caso 1 - paciente do sexo masculino, 68 anos, caucasiano, foi diagnosticado com recidiva de tumor de fossa nasal, tratado previamente com radioterapia exclusiva. Realizada ressecção com controle intra-operatório de margens por biópsia de congelação, havendo necessidade de rinectomia total. Optou-se pela reconstrução com retalho antebraquial microvascular, associado com enxerto de ulna. Tal enxerto foi fixado com parafusos ao remanescente do osso nasal. O retalho microvascular foi confeccionado baseado na artéria radial e, no leito receptor, foram utilizadas a artéria tireóidea superior e a veia facial. O retalho foi suturado inicialmente para reconstrução do lado mucoso, sendo suturado à mucosa nasal remanescente e, foi dobrado sobre si mesmo e suturado à pele da face após cobertura do enxerto ósseo. Este, por sua vez, promoveu a sustentação do retalho e forneceu o contorno do dorso nasal. Apresentou evolução pós-operatória adequada, sem intercorrências. Foi submetido a retoques tanto para melhora estética quanto funcional. Após 22 meses de seguimento, o paciente não apresenta sinais de recidiva da neoplasia. Sua respiração é por via nasal exclusiva. Caso 2 - paciente do sexo masculino, 69 anos, caucasiano, com carcinoma basocelular de pele nasal. O paciente já havia sido submetido previamente à ressecção e à reconstrução com retalho frontal e radioterapia adjuvante. Optou-se pela realização de rinectomia total e reconstrução em tempo único com enxerto ósseo de crista ulnar e retalho microvascular. O enxerto foi fixado tanto ao remanescente do osso nasal quanto à espinha nasal por meio de miniplacas e parafusos, formando um desenho em "L". O retalho microvascular foi utilizado para cobertura, sendo suturado na pele facial e na mucosa nasal semelhante ao caso anterior. O paciente apresenta tempo de seguimento de 12 meses, sem sinais de recidiva. Realizado retoque para melhora funcional, atualmente apresenta respiração predominante nasal. **Conclusão:** Nos dois pacientes, o uso de um único retalho microvascular associado ao enxerto de ulna propiciou uma reconstrução capaz de atingir os objetivos da reconstrução total de nariz, tanto estético como funcional. Ambos apresentaram retorno às atividades sociais, caracterizando o resgate da auto-imagem e da auto-estima.

TL 29

RETALHO ANTERIOR DE BUCINADOR PARA FÍSTULA ORO-NASAL COM ACESSO INTRA-ORAL

RODRIGO G. ROSIQUE, MARINA J. F. ROSIQUE, PAULO ROBERTO M. GOMES, JOSE MARCOS A. MÉLEGA

Trabalho realizado no Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz, São Paulo, SP.

Introdução: O cirurgião plástico se depara com muitas situações de carência de tecido para o fechamento de falhas intra-orais. A busca pelo tratamento de escolha para o fechamento de fístulas oro-nasais na história vem desde Ambroise Parrè. O retalho miomucoso do bucinador é uma forma plausível de manipular grande quantidade de mucosa vascularizada dentro da cavidade oral, apesar de deixar uma cicatriz externa, devido ao duplo acesso. **Objetivo:** Visando diminuir este estigma, foi utilizado o retalho miomucoso em ilha do músculo bucinador (RMBI) com base no pedículo anterior usando apenas acesso intra-oral. **Métodos:** Duas pacientes, adultas (14 e 18 anos), do sexo feminino, apresentando fístula oro-nasal anterior de 2 x 2,5cm e 2 x 3cm, seqüela de fenda labial e palatina completa, foram operadas sob anestesia geral. Previamente, foram realizadas disseções em cadáveres para aperfeiçoar a técnica. **Resultados:** A indicação do RMBI foi devido à vascularização abundante, à sua extensão, largura e, principalmente, ao seu arco de rotação possível de 180 graus, possibilitando a transferência para o palato duro. **Conclusões:** Encontramos no retalho miomucoso de pedículo anterior a melhor alternativa para as grandes reconstruções de seqüelas na região anterior do palato, este retalho pode ser utilizado bilateralmente, além de se prestar para reconstruções de outros segmentos intra e extracavitários, como reconstrução de lábio, sem seqüelas funcionais ou estéticas importantes.

TL 30

GORDURA CENTRIFUGADA NAS DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS

EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, DANIEL ROGGE CARONE, DOUGLAS MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: Relatar experiência com gordura centrifugada para correção de deformidades craniofaciais por deformidade óssea ou defeitos de partes moles. **Método:** Trinta e dois pacientes com deformidades craniofaciais realizaram enxertia de gordura em face nos anos de 2006 e 2007, utilizando-se o método da centrifugação como coleta. Os resultados foram avaliados por meio de foto pré e pós-procedimento cirúrgico e os resultados classificados como satisfatório ou insatisfatório. Os pacientes classificados como resultado satisfatório foram aqueles que não necessitaram de novo procedimento e insatisfatórios aqueles que necessitaram de novo procedimento. O seguimento dos pacientes variou de 6 meses a 30 meses e o trabalho foi enviado para apreciação de comissão de ética do hospital. **Resultados:** Trinta e dois pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico para correção de deformidades faciais, 8 (25%) pacientes com depressões em face pós-trauma, 6 (18,7%) pacientes com síndrome de Parry-Rombeg, 7 (21,9%) com fissura labial, 2 (6,2%) com fissuras raras de face, 3 (9,4%) com síndrome de Treacher-Collins, 2 (6,2%) com assimetria facial congênita, 2 (6,2%) com esclerodermia e 2 (6,2%) com seqüela de tumor em face. Quatorze (43,75%) pacientes tiveram resultado satisfatório no primeiro procedimento cirúrgico e 18 (56,25%) necessitaram de novo procedimento. Dos pacientes que foram para um segundo procedimento, 61,11% tiveram resultado satisfatório, 38,89% necessitaram de um terceiro procedimento. Todos os pacientes com seqüela de fissura labiopalatal tiveram resultado satisfatório no primeiro procedimento, a maioria com deficiência de volume em lábio. A maioria dos pacientes com deformidades de grau acentuado teve que realizar mais de um procedimento. **Conclusão:** O método da centrifugação é aplicável a deformidades craniofaciais com bons resultados estéticos, o enxerto autógeno de gordura é um ótimo tecido para correção de deformidades do contorno facial e o resultado é dependente do grau da deformidade.

TL 31

OPÇÕES CIRÚRGICAS PARA DEFORMIDADES SECUNDÁRIAS DO LÁBIO FISSURADO

EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, DANIEL ROGGE CARONE, DOUGLAS MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: O objetivo do trabalho é propor opções cirúrgicas para correção da deformidade secundária do lábio fissurado baseado na experiência do serviço. **Método:** Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de uma série de cinquenta pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico para correção de deformidade secundária do lábio fissurado no ano de 2007, com seguimento de 4 meses a 16 meses. Foram descritos e discutidos os principais procedimentos cirúrgicos utilizados no serviço para correção das alterações estéticas encontradas. **Resultados:** Propostas cirúrgicas para desalinhamento da transição cutâneo-mucosa: ressecção vertical em fuso de transição cutâneo-mucosa com quebra cutânea, zetaplastia de transição cutâneo-mucosa, ressecção em triângulo de pele e avanço de vermelhão. Para alterações de vermelhão: ressecção vertical e horizontal em fuso de vermelhão, aumento de vermelhão com retalho v-y de mucosa, aumento de vermelhão com retalho v-y de mucosa invertido, enxerto de gordura, ressecção em cruz de vermelhão, retalho de kaptansky, retalho de Abbé, retalho de rotação e avanço (Millard modificado – Técnica de Gotenborg). Para as alterações resultantes de cicatrizes inestéticas: ressecção em fuso de cicatriz, ressecção em diamante de cicatriz e zetaplastias. **Conclusão:** O lábio fissurado continua a ser um desafio para o cirurgião, o melhor resultado depende do correto diagnóstico da deformidade e da escolha da melhor opção cirúrgica para a patologia encontrada.

TL 32

LIPOMATOSE CONGÊNITA INFILTRATIVA NA FACE: RELATO DE CASO

MELLO DF, FRAGA MF, JORGE D, HELENE JR A

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, SP.

Introdução: A lipomatose congênita infiltrativa caracteriza-se pela apresentação de tumores benignos não-encapsulados, que infiltram musculatura e partes moles adjacentes. O diagnóstico está baseado em aspectos clínicos, radiológicos e histológicos. Persistem controvérsias na literatura a respeito da história natural e tratamento desta condição, que apresenta elevadas taxas de recidiva. **Relato do caso:** Apresentamos o caso de um paciente masculino, 2 anos, submetido a ressecção parcial do tumor, realizada através de um acesso nasogeniano estendido, objetivando melhora estética. No acompanhamento posterior, havia sinais clínicos de crescimento já a partir do 3º mês pós-operatório.

TL 33

TRATAMENTO CIRÚRGICO E NÃO CIRÚRGICO DE FRATURAS DE CÔNDILO: REVISÃO DE 25 CASOS

ANA RITA DE LUNA F. PEIXOTO, ANA PAULA SANTIAGO, LIMA

Trabalho realizado no Hospital Ernesto Simões Filho, Salvador, BA.

Introdução: Dentre as fraturas da mandíbula, o côndilo, devido a sua localização, anatomia e exposição aos vetores de impacto, é uma estrutura vulnerável à injúria, sendo considerado por alguns autores o sítio isolado mais comum de fraturas mandibulares e o segundo sítio mais comum depois do ângulo mandibular por outros autores. Não raro está associado a outras fraturas da mandíbula e dos outros ossos da face. Devido à complexidade dessa estrutura anatômica, bem como sua função, a fratura do côndilo é assunto de grande interesse e controvérsia quanto ao manuseio e à conduta terapêutica, tendo os seus resultados mensurados por abertura de boca, desvios durante a abertura de boca, oclusão, alterações da articulação e dados de imagem. **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é expor os resultados obtidos no tratamento de 25 pacientes em hospital da rede pública em Salvador, com idade que variou de 7 a 60 anos, dos quais 13 foram submetidos a tratamento cirúrgico e 12 a tratamento conservador. **Método:** No universo de 89 fraturas de mandíbula, fez-se estudo retrospectivo de 25 pacientes com fratura condilar, sendo 18 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, com idade que variou de 8 a 60 anos e, conforme critérios de: desvio, deslocamento da fossa glenóide, perda de contato ósseo, foram submetidos a tratamento não cirúrgico ou tratamento cirúrgico, seguido de fisioterapia pós-operatória, sendo acompanhados no Hospital Geral do Estado e Hospital Ernesto Simões Filho pertencentes à rede pública de Salvador-Bahia desde setembro de 2001 a janeiro de 2007. **Resultados:** Dos 25 casos tratados, 16 casos se apresentaram como bilaterais e 9 casos com fratura unilateral; 21 casos sem associação com paralisia de nervo facial e 4 pacientes com paralisia prévia ao tratamento. Quinze pacientes apresentavam outras fraturas na mandíbula e/ou na face e 10 pacientes apresentavam-se com fratura isolada do côndilo. O tempo de fisioterapia no grupo submetido ao tratamento não cirúrgico variou de 45 a 60 dias e todos os casos mantiveram o resultado de oclusão conseguido, com abertura de boca que variou de 35 a 43mm. O grupo submetido ao tratamento cirúrgico teve de 45 a 90 dias como tempo de fisioterapia, abertura de boca final variou de 33 a 42mm, sendo que em 2 casos houve de perda da oclusão conseguida, 1 caso de infecção por stafilococos multirresistente e 1 caso de paresia facial pós-operatória. **Conclusão:** Diante dessa pequena casuística, observamos que o método cirúrgico apresenta maior morbidade, podendo acarretar complicações do nervo facial, infecção, entre outras, devendo este método ser reservado aos casos mais graves de deslocamento ou angulação do colo condílico.

TL 34

EPIDEMIOLOGIA DAS FRATURAS DE FACE NA BAIXADA SANTISTA

LEANDRO TUZUKI CAVALHEIRO, ALEXANDRE KATAOKA, ALLAN GADELHA CHAVES, ANDRÉ PEREIRA TORRES, ÉRIKA HIGASHIAMA, GUILHERME GUISSARD, JOSÉ CARLOS NAITZKE JÚNIOR, JOSUÉ MONTEDONIO NASCIMENTO, MARCUS THOMÉ GUIMARÃES, RENATO TIBURCIO DE MELLO JÚNIOR, RODRIGO FUZARO

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP.

Objetivo: Estudar, retrospectivamente, as características da população vítima de trauma facial através das variáveis sexo, idade e localização da fratura. **Métodos:** Estudo retrospectivo por consulta a prontuários de 55 pacientes que estiveram internados na Santa Casa de Santos, no ano de 2006, vítimas de trauma facial. **Resultados:** Com relação ao sexo, 72,7% dos pacientes eram do sexo masculino e 27,3% do sexo feminino. De acordo com a faixa etária, as fraturas foram assim distribuídas: 0-9 anos: 9,9%; 10-19 anos: 11%; 20-29 anos: 30,7%; 30-39 anos: 19,8%; 40-49 anos: 11%; 50-59 anos: 12,1% e maiores que 60 anos: 5,5%. Quanto à localização, a fratura nasal foi a mais comum, com 27,4%, não distante da fratura de zigomático, com 26,4%. A fratura de mandíbula correspondeu a 19,8%, a de maxila a 16,5%, enquanto que a de osso frontal 9,8%. **Conclusão:** Concluímos que, de acordo com o nosso levantamento, haja vista que a Santa Casa de Misericórdia é a referência para atendimento a politraumatizados da Baixada Santista, que o achado mais comum é o paciente masculino, a 3ª década de vida é a mais acometida e osso mais comumente fraturado é o osso nasal.

RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR EM FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

LEANDRO TUZUKI CAVALHEIRO, ALEXANDRE KATAOKA, ALLAN GADELHA CHAVES, ANDRÉ PEREIRA TORRES, ERIKA HIGASHIAMA, GUILHERME GUISSARD, JOSÉ CARLOS NAITZKE JÚNIOR, JOSUÉ MONTEDONIO NASCIMENTO, MARCUS THOMÉ GUIMARÃES, RENATO TIBURCIO DE MELLO JÚNIOR, RODRIGO FUZARO

Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP.

Introdução: A mandíbula é o único osso móvel da face e participa de funções básicas, como mastigação, fonação e deglutição, além de participar da manutenção da oclusão dentária, ocupando juntamente com a maxila a maior porção óssea do esqueleto facial. Devido a sua topografia, anatomia e projeção no terço inferior da face, é frequentemente atingida por traumas, podendo resultar em fraturas, principalmente em acidentes de trânsito, agressões, quedas ou acidentes. As fraturas mandibulares podem levar a deformidades, seja por deslocamentos ou perdas ósseas não-restauradas com alterações de oclusão dentária ou da articulação temporomandibular (ATM). Quando não identificadas ou tratadas adequadamente, estas lesões podem levar a seqüelas graves, tanto estéticas como funcionais. **Relato do caso:** JRP, 66 anos, sexo masculino, branco, natural de Itabaiana-BA, procedente de Santos-SP. Paciente vítima de agressão por arma de fogo em abril-07, atendido no pronto socorro da Santa Casa de Santos. No exame físico de entrada, o paciente encontrava-se com vias aéreas pervias, MV audível bilateralmente, diminuído à direita, taquidispnéico, estável hemodinamicamente, sem sinais de sangramento ativo, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreativas, orifícios em região dorsal de hemitórax direito e em mento, disocclusão com acavalgamento de mandíbula direita sobre esquerda, sem lesões de mucosa oral, hematoma em expansão em região cervical direita. Realizado drenagem de hemotórax à direita em sala de emergência e encaminhado paciente para o centro cirúrgico para exploração cervical que revelou lesões vasculares prontamente reparadas. Tomografia de face revelou fratura cominutiva de corpo de mandíbula à direita, sem outras lesões ósseas. Decidiu-se por postergar o tratamento cirúrgico a fim de que houvesse diminuição do edema. Foi submetido a procedimento cirúrgico no 19º dia de internação, após redução de edema local e alta por parte da cirurgia geral. A técnica cirúrgica consistiu em fixação do arco dentário inferior com barra de Erich, incisão de pele sob borda mandibular direita, com dissecação por planos. Evidenciada fratura cominutiva de corpo mandibular com presença fragmentos desvitalizados. Realizada retirada de fragmentos desvitalizados e fixação com miniplaca e parafusos. Devido à perda de substância, optou-se pela colocação de enxerto dicotomizado de costela, com fixação do tipo “alça de balde” do mesmo com fios de aço. O paciente evoluiu bem na enfermaria, recebendo alta após 4 dias, sendo sistematicamente reavaliado semanalmente. Após 2 semanas o paciente retornou ao ambulatório com queixas somente de parestesia em lábio inferior direito, sendo solicitada radiografia panorâmica de mandíbula para controle. **Discussão:** Devido à fisiopatologia variável dos ferimentos por projétil de arma de fogo na mandíbula, não se indica um único padrão de tratamento para as fraturas cominutivas, sendo a função primária do tratamento a fixação dos fragmentos ósseos até consolidação, controle da infecção para restabelecer a função mandibular, oclusão dentária e a eficiência mastigatória da dentição.

DISPLASIA FIBROSA ÓSSEA DA MAXILA: RELATO DE UM CASO

LEONARDO GABRIEL MÖLLER, DANIEL ZENI RISPOLI, DAVANI LATARULLO COSTA, PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY, TAISE DE FREITAS MARCELINO

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Crânio-maxilo-facial do Hospital Angelina Caron, Curitiba, PR.

Introdução: A displasia fibrosa óssea (DFO) é uma lesão pseudoneoplásica benigna de etiologia ainda desconhecida, que aparece sob três padrões clínicos característicos, ocasionalmente superpostos. Há a forma monostótica, que atinge um único osso, a poliostótica, acometendo vários ossos, mas nunca todos, e a poliostótica associada às pigmentações cutâneas tipo café com leite e anormalidades endócrinas, especialmente na puberdade precoce. **Relato do caso:** Paciente de quarenta anos de idade, sexo masculino, cor branca, natural do Estado de Santa Catarina, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial do Hospital Angelina Caron, em setembro de 2006, tendo como queixa principal, um aumento da hemiface direita, que iniciou aos doze anos de idade com evolução lenta, apresentando no momento dificuldade para adaptar a prótese dentária superior. O exame clínico nos mostrou um paciente hígido, sem patologia de base com aumento da hemiface direita na região de maxila e zigoma direitos. O exame tomográfico evidenciou aumento da densidade e volume ósseo envolvendo a hemimaxila, osso zigomático e seio maxilar direitos, com abaulamento superior de soalho orbitário direito justificando o diagnóstico de displasia fibrosa óssea monostótica. Em fevereiro de 2007, o paciente foi submetido a cirurgia para reparação funcional, onde foi realizada osteoplastia de rebordo alveolar de maxila direita por acesso intrabucal. O material removido foi enviado para exame histopatológico, confirmando o diagnóstico inicial de displasia fibrosa monostótica. Em março de 2008, o paciente foi novamente submetido a cirurgia para reparação estética, onde foram realizadas osteotomias e osteoplastias para devolver o contorno facial da maxila, zigoma e rebordo orbitário direitos através da incisão de Weber-Ferguson. Após a cirurgia, o paciente está sendo acompanhado, com avaliações clínica e tomográfica com bom resultado estético e funcional até o momento. **Discussão:** A DFO é uma patologia benigna que acarreta problemas estéticos nos pacientes portadores da lesão, constituindo-se geralmente a principal queixa, associada a distúrbios funcionais. Apresenta na literatura médica inúmeras sinônimas, e o seu acometimento nos ossos do crânio e da face é descrito como de ocorrência relativamente rara, constituindo-se, eventualmente, em um importante problema de diagnóstico e tratamento. Representa 2,5% dos tumores ósseos e 7,5% dos tumores ósseos benignos. Cerca de 70% dos casos se manifestam na primeira década de vida, de crescimento lento, inicialmente assintomáticos, se estabilizam após a puberdade, junto com

o esqueleto. É mais freqüente no sexo feminino, recidivante em 37% dos casos nos adultos. A DFO é classificada em dois tipos: monostótica, quando ocorre em um osso único ou ossos contíguos; poliostótica, quando em múltiplos ossos. A forma poliostótica, associada à presença de manchas cutâneas hiperpigmentadas e à puberdade precoce, corresponde à Síndrome de Albright. Com relação à etiopatogenia da DFO, existem inúmeras controvérsias na literatura médica, que vão desde a natureza congênita, alterações de desenvolvimento, distúrbios endócrinos, traumatismos ou apresentar um caráter hereditário, em virtude do aparecimento em vários membros de uma mesma família. A DFO geralmente é assintomática devido ao lento crescimento, e às vezes se manifesta com cefaléia e dor. O envolvimento crânio-facial é um sinal importante para que avaliemos o comprometimento das estruturas neurovasculares e intracraniano, sendo também relacionada com a má formação dos ossos. Geralmente, a DFO aparece na infância e, em alguns pacientes tratados, pode reaparecer na puberdade. Raramente esta doença se maligniza e, portanto, não há necessidade de radioterapia como complemento para tratamento. A tomografia computadorizada craniana tem mais utilidade para o diagnóstico da displasia dos seios paranasais e a ressonância magnética oferece melhor definição do canal óptico e do vértice orbitário. As queixas de ordem cosméticas e mudanças funcionais são consideradas de maior importância e prioritárias pelos cirurgiões especialistas, as quais também orientam o planejamento terapêutico. Comentários Finais: A displasia fibrosa é doença que acomete indivíduos jovens. Tem comportamento benigno, com crescimento geralmente lento e assintomático, mas, de acordo com sua localização, pode invadir e causar compressão de estruturas nobres na base do crânio e órbita. Essas características não devem ser esquecidas durante o planejamento cirúrgico. Por ser “tumor” sem limites precisos e recidivante, é importante que se remova o máximo de tecido possível, entretanto a cirurgia deve ser econômica para não causar mutilações e déficits funcionais.

TL 37

ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM): COMO TRATAMOS NO INSTITUTO SOBRAPAR

DANIEL ROGGE CARONE, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, CESAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, DOUGLAS NEUMAR MENON, MARCELO CAMPOS GUIDI, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Introdução: A anquilose da articulação têmporo-mandibular (ATM) é uma doença grave, que traz ao paciente dificuldades de alimentação, doenças ortodônticas e déficit do crescimento facial. Possui várias causas, desde congênitas até seqüelas de trauma. Seu diagnóstico e tratamentos são complexos, muitas vezes com recidivas e resultados não muito satisfatórios. O principal tratamento é o cirúrgico, apesar de ainda não existir consenso quanto ao procedimento e idade ideais. **Método:** Foram avaliados seis pacientes com anquilose de ATM submetidos a procedimento cirúrgico para correção da deformidade, sendo avaliados quanto a causas, tipo e número de procedimentos realizados e suas complicações. **Resultados:** Dos seis pacientes avaliados, quatro eram do sexo feminino e dois, do sexo masculino. Identificou-se causa congênita bilateral em dois pacientes com micrognatia associada. Dois pacientes tiveram infecção perinatal (otite e de mandíbula), um paciente relatou tocotrauma e uma paciente foi submetida a radioterapia por osteossarcoma na mandíbula. Um paciente havia sido submetido a nove cirurgias prévias e foi submetido a distração óssea de corpo de mandíbula bilateral com recidiva da anquilose. O procedimento cirúrgico realizado foi de artroplastia com interposição de músculo temporal. Uma paciente que foi submetida a interposição de silástico apresentou rejeição, sendo necessária sua retirada. Foi realizada cirurgia complementar de distração óssea em quatro pacientes, sendo dois pacientes em dois vetores (ramo e corpo da mandíbula). A cirurgia ortognática de mandíbula foi proposta em uma paciente. As complicações encontradas foram infecção, fístula artério-venosa e parestesia transitória. A abertura bucal final foi entre 10mm e 43mm. **Conclusão:** O tratamento do paciente com anquilose de ATM é difícil, sendo necessários inúmeros procedimentos cirúrgicos complexos para se obter resultado satisfatório e deve ser oferecido a pacientes selecionados.

TL 38

RETALHO DE ABBÉ NA QUEILOPLASTIA SECUNDÁRIA DO PACIENTE FISSURADO BILATERAL

DANIEL ROGGE CARONE, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, DOUGLAS NEUNAR MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA, MARCELO CAMPOS GUIDI, CELSO LUIZ BUZZO

Trabalho realizado no Instituto de Cirurgia Plástica Craniofacial SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: Avaliar a possibilidade de uso do retalho de Abbé na queiloplastia secundária do paciente fissurado bilateral. **Método:** Foram avaliados 10 pacientes com seqüela de fissura lábio-palatina bilateral, de janeiro 2001 a janeiro 2007, com queixas diversas quanto ao encurtamento do pró-lábio, sulco gengivo-labial curto, hipertrofia cicatricial, dificuldade para uso de aparelho ortodôntico, alteração da coluna filtral e do arco do cupido. Os pacientes apresentavam seguimento mínimo de 3 meses, sendo avaliados quanto a sexo, idade, tempo de autonomização do retalho, complicações, número de intervenções, comprimento e largura do retalho. A qualidade dos resultados foi avaliada conforme a presença ou não de complicações. **Técnica cirúrgica:** Marcação linha média do lábio inferior com limitação equilateral para largura de filtro de 8-10 mm e comprimento variável, relacionando com o defeito individual, tanto em “V”, “W” ou “Lambda”. Retalho baseado no pedículo vascular da artéria labial inferior, ramo da artéria facial, que se mostra constante, e um retalho composto (pele, musculatura e mucosa). A liberação do pedículo vascular é realizada após a autonomização do retalho entre 10-21 dias. **Resultados:** Foram realizados 10 retalhos de Abbé, em 9 pacientes do sexo masculino e 1 do feminino, sendo necessárias 28 cirurgias para correção final dos lábios, média de 2,8 procedimentos por paciente, todos com resultados bons quanto à função e à estética, tendo poucas complicações. **Conclusão:** O uso do retalho de Abbé é recomendado na reconstrução secundária do lábio em pacientes fissurados bilaterais selecionados com bons resultados e poucas complicações.

TL 39

TEMA LIVRE NÃO APRESENTADO

TL 40

FISSURA 0-14 TESSIER: RELATO DE ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UM CASO ATÍPICO

RENATO ROCHA LAGE, GNANA KEITH MARQUES DE ARAÚJO, BRUNO SPINI HEITOR, LUIZ GUSTAVO LEITE DE OLIVEIRA

Trabalho realizado na Fundação Benjamin Guimarães – Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG.

Introdução: Tessier, em 1976, considerou os aspectos clínicos e a anatomia cirúrgica das fissuras faciais e propôs uma classificação. O correto diagnóstico é fundamental para abordagem cirúrgica. A fissura 0-14 é rara e de apresentação múltipla e seu tratamento torna-se um desafio. A fissura envolve tanto tecidos moles e ossos e resulta em crescimento craniofacial alterado. Relato do caso: Criança do gênero feminino, apresentando nariz bífido com quatro orifícios narinários, hiperteorbitismo, telecanto, fissura labiopalatal mediana completa, apêndice mediano em língua e alteração na forma da região frontonasal. Hígida, com avaliação pediátrica e anestesiológica. Submetida a procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral associada à infiltração de solução de lidocaína e bupivacaína. Objetivou-se a correção da cinta labial e reconstrução nasal sem ressecção tecidual. O planejamento cirúrgico visou à preservação da “pré-maxila hipoplásica” desviada ântero-lateralmente à direita. O tecido dermo-gorduroso da ponta nasal, entre as cartilagens alares afastadas e hipotróficas, foi utilizado na reconstrução labial. Os dois orifícios narinários mediais terminavam em fundo cego e foram desepidermizados para reconstrução nasal. Estes procedimentos resultaram em boa resolução da anomalia apresentada. Outros procedimentos cirúrgicos devem ser programados, tais como palatoplastia, rinoplastia, enxerto ósseo e implante dentário. Atendimentos multidisciplinares são fundamentais para o sucesso terapêutico.

TL 41

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FISSURAS RARAS DA FACE

ALCIR TADEU GIGLIO, ARISTIDES PALHARES, ROBERTO GABARRA, ADRIANO YACUBIAN, GUSTAVO DUCATI, MATEUS VIOLIN, GIMOL PEROSA, FELIPE RUSCHEL, ROBERTO CHEM, SILVIO ANTONIO ZANINI

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Craniofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru/SP e Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS.

Introdução: O presente trabalho consiste na apresentação da técnica de tratamento cirúrgico para as fissuras raras da face, predominantemente oro-oculares (3 e 4 de Tessier), porém com abrangência ao tratamento de fissuras atípicas e de diagnóstico mais difícil. O fundamento da mesma baseia-se na proposição de Van der Meulen, que consiste na medialização de um grande retalho de bochecha semelhante ao de Mustarde para reconstrução total de pálpebra inferior, bem como da utilização de incisão sobre o nariz em “back cut” na região de unidade anatômica nasal, e na extremidade inferior do retalho para permitir a adaptação do mesmo ao nariz e no lábio. Objetivo: O objetivo do trabalho é apresentar a solução que nos pareceu mais adequada do ponto de vista estético e funcional para o tratamento das fissuras raras, cuja frequência escassa impede uma padronização resolutive. A centralização de malformados de face possibilitou a aplicação da técnica de Van der Meulen em uma seqüência de pacientes cujos resultados nos permitiu adotar esta orientação de tratamento como rotina para as malformações em questão com relativo sucesso. Método: São apresentados exemplos das fissuras alvo do tratamento proposto, para familiarização diagnóstica: descrição de um caso para demonstração da técnica e apresentação de outros casos de pré e pós-operatórios com mais de um ano de evolução. Resultados: Dos casos operados, todos tiveram uma melhora acentuada tanto do ponto de vista estético quanto funcional, sobretudo no que diz respeito à proteção ocular e à regurgitação alimentar oral. Tivemos complicações em casos que exigiram reposicionamento mais alto do retalho para prevenir o ectrópio, mas cuja reintervenção não ofereceu maiores problemas para solução da intercorrência.

FRATURAS DE OSSOS DA FACE NA POPULAÇÃO IDOSA: ETIOLOGIA E TRATAMENTO

WILSON CINTRA JR., MARIA CAROLINA COUTINHO, RODRIGO ITOCAZO ROCHA, LUIZ CLÁUDIO MASSAROLO

Trabalho realizado pelo Serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo, SP.

Introdução: O aumento da longevidade e o estilo de vida mais ativo da população idosa têm levado ao aumento dos casos de trauma na população geriátrica. Apesar do trauma estar geralmente associado à faixa etária de adultos jovens, é a quinta causa de morte em pacientes com idade superior a 65 anos. Fatores como piora da propriocepção, tremores e lentidão de reflexos são apontados como responsáveis pela ocorrência de lesões maxilofaciais em idosos. **Objetivo:** Avaliação estatística, etiológica e do tratamento cirúrgico dos pacientes vítimas de trauma de ossos da face na faixa etária acima de 60 anos. **Método:** No período de 42 meses, entre junho de 2004 e dezembro de 2007, foram atendidos 30 pacientes portadores de fraturas dos ossos da face, excetuando-se os casos de fraturas exclusivas dos ossos próprios do nariz. Dezenove (63,3%) pacientes tinham idade superior a 60 anos e foram submetidos a tratamento cirúrgico. Realizamos levantamento retrospectivo dos dados contidos nos prontuários médicos, focando principalmente etiologia, tempo cirúrgico e de internação, localização dos traços de fraturas, tratamento cirúrgico realizado, antibioticoterapia utilizada e complicações. **Resultados:** Dezenove pacientes com idade superior a 60 anos foram submetidos a tratamento cirúrgico das fraturas de ossos da face, tendo média de 77,8 anos, variando entre 63 e 92 anos. A etiologia predominante foi a queda da própria altura em 15 (79%) pacientes, seguido de acidentes de trânsito em 2 (10,5%), agressão em 1 (5,25%) e queda de altura em 1 (5,25%). O principal sítio de fratura foi o complexo órbito-zigomático (31,5%), seguido de naso-órbito-etmóide (26,5%), naso-etmóide (21%), mandíbula (16%) e maxila (5%). Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral, objetivando-se a reconstrução anatômica com síntese rígida dos fragmentos ósseos. O tempo cirúrgico médio foi de 2h40min (160 min), variando entre 50min e 4h30min. O tempo de internação médio foi de 5 dias, variando entre 12 horas e 16 dias. Antibioticoterapia utilizada foi a cefalosporina de primeira geração, representada pela cefalotina e cefazolina (53% dos casos). **Discussão:** Atualmente, a agressão é a principal causa de fratura de ossos da face na população geral. As quedas, por sua vez, aparecem como principal etiologia em crianças e idosos. Isso, em grande parte, está relacionado à diminuição dos mecanismos de defesa da face durante as quedas, ocasionada pela lentificação dos reflexos e tremores que ocorrem com o processo de envelhecimento. A osteoporose é outro fator que contribui para o aumento dos casos de fraturas faciais relacionadas a quedas. Em nossa casuística, as quedas destacam-se na etiologia das fraturas faciais, seguidas pelos acidentes de trânsito. **Conclusões:** Atualmente, o aumento da expectativa de vida e as atividades exercidas por indivíduos com idade acima de 60 anos, associados às alterações inerentes à idade avançada, são os principais responsáveis pelo aumento relativo dos casos de fraturas de face nessa faixa etária. Nossa análise estatística, coincidente com a literatura, apontou a queda da própria altura como principal etiologia e o complexo órbito-zigomático como principal sítio afetado.

OPÇÕES CIRÚRGICAS NAS MALFORMAÇÕES ARTÉRIO-VENOSAS (MAV) DE ORELHA COM COMPROMETIMENTO CARTILAGINOSO: RELATO DE CASOS

DANIEL FERRAZ RODRIGUES BRANCO, DOV CHARLES GOLDENBERG, BRUNO SPINE HEITOR, ENDRIGO OLIVEIRA BASTOS, NIVALDO ALONSO

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Objetivo: As malformações artério-venosas (MAV) são anomalias congênitas resultantes do desenvolvimento anômalo dos vasos sanguíneos. Estas podem ser de alto ou baixo fluxo, dependendo do vaso nutridor da lesão. Ao considerar MAVs de orelha, no entanto, algumas características particulares estimulam abordagem cirúrgica. Durante a fase de crescimento, obstrução do meato acústico externo, sangramentos, ulceração ou dor podem coexistir com deformidades anatômica e transtornos psicológicos. Após a fase de crescimento pode haver estabilização, e as deformidades anatômicas cartilaginosas podem ocorrer em decorrência de deficiência de desenvolvimento por alteração na vascularização do local, por efeito de massa tumoral com compressão direta na cartilagem provocando desde deformidades leves até erosões e destruição do arcabouço cartilaginoso. Serão relatados quatro casos de MAV de orelha e suas diferentes opções terapêuticas. **Relato dos casos:** Caso 1 - OBS, 33 anos, sexo masculino, MAV extensa de orelha com episódios frequentes de ulceração e sangramentos, tendo sido submetido a dois procedimentos de escleroterapia sem sucesso. Submetido a embolização local no dia anterior à cirurgia, com opção cirúrgica de exérese de toda MAV com preservação cutânea e transtornos psicológicos. Após a fase de crescimento pode haver estabilização, e as deformidades anatômicas cartilaginosas podem ocorrer em decorrência de deficiência de desenvolvimento por alteração na vascularização do local, por efeito de massa tumoral com compressão direta na cartilagem provocando desde deformidades leves até erosões e destruição do arcabouço cartilaginoso. Para reconstrução foi feito um retalho em “cambalhota” da fásia temporal para propiciar leito viável para então proceder à enxertia cutânea com pele parcial de face anterior de coxa. Caso 2 - CA, 22 anos, sexo masculino, MAV de orelha com comprometimento parcial de orelha com destruição de cartilagem. Procedimento cirúrgico realizado incluiu ressecção parcial e reconstrução com Medpor®. Caso 3 - JV, 8 anos, sexo masculino, MAV de pólo superior de orelha. Procedimento cirúrgico realizado incluiu ressecção local com fechamento local primário com princípio cirúrgico em “estrela”. Caso 4 - CSPS, 31 anos, sexo feminino, MAV extensa de orelha com história de ulcerações e sangramentos, sendo submetida a múltiplas embolizações, tendo evoluído com infecção e necrose de partes moles. Procedimento cirúrgico realizado incluiu amputação total de orelha.

RESSECÇÃO CIRÚRGICA PRECOCE DE HEMANGIOMAS NASAIS: INDICAÇÕES E RESULTADOS

DANIEL FERRAZ RODRIGUES BRANCO, DOV CHARLES GOLDENBERG, BRUNO SPINE HEITOR, ENDRIGO OLIVEIRA BASTOS, NIVALDO ALONSO

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Objetivo: Hemangioma é o tumor vascular mais comum e a neoplasia benigna mais freqüente da infância. O potencial de involução espontânea torna o tratamento ativo das lesões controverso. Os efeitos colaterais do tratamento clínico e as deformidades causadas pelo procedimento cirúrgico devem ser analisados criticamente quando indicado como um método terapêutico. Ao considerar hemangioma nasal, no entanto, algumas características particulares estimulam abordagem cirúrgica precoce. Durante a fase proliferativa, obstrução das vias aéreas, sangramentos, ulceração ou dor podem coexistir com deformidades anatômicas e transtornos psicológicos. Após a fase proliferativa, hemangiomas nasais são particularmente lentos a regredir, em comparação com os hemangiomas de outros sítios; e mesmo durante ou após a involução, depósitos fibrogordurosos que permanecem podem causar deformidades de contorno no local da lesão. O objetivo do presente estudo foi realizar uma avaliação crítica da abordagem cirúrgica precoce definitiva para hemangioma nasal, baseado num questionário objetivo. Método: De abril de 1997 a março de 2008, 16 pacientes com idades entre 6 meses e 13 anos de idade no momento da cirurgia (média de 45 meses de idade) foram submetidos a ressecção cirúrgica do hemangioma nasal, realizada pelo mesmo cirurgião. Apenas 2 doentes eram do sexo masculino. Quanto à localização do hemangioma nasal, observou-se a seguinte distribuição: 3 acometendo todo o nariz, 8 em ponta nasal, 2 no dorso nasal, 2 paranasal e 1 caso em região de asa nasal. A via de acesso cirúrgica foi a aberta, através de acesso semelhante ao utilizado em rinoplastia a céu aberto (exorino) ou transtumoral com igual percentual de casos (8 em cada). Procedimentos cirúrgicos foram realizados durante a fase proliferativa em 11 pacientes, durante a involução (involutiva) em 2 casos e em lesões involuídas em 3 casos. Planejamento cirúrgico foi concebido para o tratamento definitivo. Ressecção cirúrgica foi total em 11 casos e parcial em 5 pacientes, objetivando como resultado final a forma de um nariz normal. Para avaliar os resultados e validar a indicação de abordagem cirúrgica, complicações e necessidade procedimentos adicionais foram considerados. A avaliação do resultado seguiu uma escala de pontuação que varia de 1 a 4 (1 - piora; 2 - melhora com indicação de novo procedimento cirúrgico; 3 - melhora com necessidade de retoque e 4 - melhora completa). Resultados: A média de procedimentos cirúrgicos por paciente foi de 1,31 + 0,6. Apenas 1 paciente foi submetida a mais de 2 procedimentos anteriores à avaliação. O tempo de seguimento médio foi 41,8 meses (intervalo de 3 meses a 8 anos). Observamos apenas 1 caso de hematoma e 1 caso com indicação de novo procedimento cirúrgico. Resultados globais foram considerados insuficientes (escore 2) em 3 casos (em dois destes existiram as intercorrências citadas). Melhora com necessidade de retoque foi observada em 4 casos e melhora completa foi verificada em 9 pacientes. Conclusões: No manuseio dos hemangiomas nasais, o tratamento definitivo cirúrgico precoce pode ser considerado como uma alternativa segura e eficaz, com baixos índices de complicação.

ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES NA TRANSLOCAÇÃO MÉDIO-FACIAL PARA O ACESSO À BASE DO CRÂNIO: ANÁLISE DE 12 CASOS

FRANCISCO VERÍSSIMO DE MELLO-FILHO, JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO, MOANA CAVALCANTE, JULIANO BORGES MANO, RODRIGO RIBEIRO BRIGATO, BENEDICTO OSCAR COLLI

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Objetivo: Propor uma alternativa cirúrgica ao acesso do terço médio da face incluindo a rinofaringe, seio esfenoidal, fossa pterigopalatina, processo odontóide e clivus. Expor como a técnica apresentada oferece exposição ampla da região e mínimas complicações que são avaliadas neste trabalho. Método: Os registros médicos de doze pacientes submetidos a translocação médio-facial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, de 1995 a 2008, foram analisados quanto a doença tratada, localização das lesões, técnica cirúrgica e complicações. Resultados: Seis pacientes eram portadores de cordoma do clivus, neste grupo três pacientes não apresentaram complicações, um desenvolveu ectrópio, um apresentou hipostesia do nervo infra-orbitário e um evoluiu com insuficiência velo-palatina leve. Um paciente com diagnóstico de estesonoblastoma apresentou granuloma nasal. Os outros cinco pacientes tinham compressão vértebro-basilar e, no pós-operatório, três deles não apresentaram complicações. Dentre os que apresentaram complicações, um evoluiu com deiscência parcial do palato mole e outro apresentou pequenos granulomas em uma cavidade nasal, parestesia do ramo oftálmico e leve insuficiência velo-palatina. Conclusão: A técnica de translocação médio-facial fornece uma ampla abordagem à base do crânio com poucas seqüelas e de baixa morbidade para o paciente no pós-operatório.

TUMOR MARROM GIGANTE DE MANDÍBULA EM REGRESSÃO ESPONTÂNEA NO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO PÓS-PARATIREOIDECTOMIA

JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO, FRANCISCO VERÍSSIMO DE MELLO-FILHO, RUI CELSO MARTINS MAMEDE, HILTON MARCOS ALVES RICZ, GUSTAVO CAVALCANTE DUTRA EICHENBERGER, LUIZ CARLOS CONTI-FREITAS

Trabalho realizado na Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto, SP.

Introdução: O tumor marrom é uma lesão erosiva óssea causada por uma rápida atividade osteoclástica e fibrose peritrabecular. Esse tumor é conhecido por estar associado ao estado de hiperparatireoidismo, sendo considerado a alteração esquelética patognomônica que acompanha esta doença. Embora apresente uma evolução insidiosa, com tendência à involução após a paratireoidectomia, alguns pacientes podem ter uma apresentação atípica, com crescimento rápido e desfigurante. Este trabalho tem o objetivo de apresentar um tumor marrom de mandíbula de rápida evolução associado ao hiperparatireoidismo secundário, complicado pela presença de uma glândula paratireóide supranumerária não identificada. **Relato do caso:** JFT, 21 anos, sexo masculino, em hemodiálise há 2 anos, encaminhado ao Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, apresentando tumor marrom desfigurante na mandíbula há 2 meses. O paciente foi submetido a uma paratireoidectomia, sendo ressecadas quatro paratireóides aumentadas, identificadas em localização habitual por cintilografia e confirmadas por exame anatomopatológico. Foi realizado autotransplante de tecido paratireóideo no músculo braquiorrádial direito. O paciente evoluiu com aumento da lesão mandibular, disfagia, hemorragia da mucosa oral e persistência dos níveis séricos elevados de paratormônio. Uma nova cintilografia de paratireóide revelou uma área focal, não existente na primeira cintilografia, de radioconcentração persistente em topografia retroesternal. O paciente foi submetido a reexploração cervical e do mediastino superior, sendo realizada timentomia e ressecção de paratireóide supranumerária. O paciente foi submetido, ainda, a ressecção parcial da tumoração facial devido ao enorme volume e repercussões clínicas. Feito o remodelamento do contorno mandibular e reconstrução da mucosa bucal com parada do crescimento tumoral e restabelecimento funcional e estético da boca. **Conclusão:** As glândulas paratireóides supranumerárias são frequentemente responsáveis pelos casos de persistência do hiperparatireoidismo secundário, podendo, nesta situação, comprometer o tratamento do tumor marrom de características mais agressivas. Estudos de imagem são essenciais para a localização precisa da glândula remanescente. A remodelação cirúrgica da mandíbula nestes tumores ósseos algumas vezes é necessária para correção de deformidades graves da face.

AMELOBLASTOMA DE PARTES MOLES: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO, FRANCISCO VERÍSSIMO DE MELLO-FILHO, HILTON MARCOS ALVES RICZ, RUI CELSO MARTINS MAMEDE, RODRIGO RIBEIRO BRIGATO, SAMUEL PORFÍRIO XAVIER

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Introdução: O ameloblastoma extra-ósseo ou de partes moles é um tumor odontogênico, raro e benigno, idêntico ao ameloblastoma intra-ósseo, mas se desenvolve nos tecidos moles e exibe habitualmente um comportamento clínico brando. O ameloblastoma comumente é intra-ósseo e a maioria das recidivas ocorre no local do tumor primário. O índice de recidiva destes tumores varia de acordo com o tratamento aplicado, com uma taxa de 65% a 75% quando se procede à enucleação ou curetagem do tumor e 5% a 15% quando se realizam ressecções radicais, mas raramente envolvem tecidos moles adjacentes. Em alguns casos de recidiva óssea, o ameloblastoma pode também envolver tecidos moles. O ameloblastoma extra-ósseo tende a crescer no tecido mole sem envolvimento ósseo histologicamente comprovado, são geralmente assintomáticos e de crescimento muito lento, têm usualmente uma forma regular, sólida e endurecida com a superfície lisa. **Relato do caso:** Trata-se de uma paciente de 48 anos, sexo feminino, operada há 20 anos de um ameloblastoma intra-ósseo e que apresenta atualmente recidiva apenas em partes moles. A paciente apresentava uma tumoração submandibular e parafaríngea à esquerda associada a disfagia e dispnéia leve por estreitamento e deslocamento contralateral da coluna aérea da oro e hipofaringe. Feito estudo de imagem com tomografia computadorizada e biópsia que confirmaram o diagnóstico. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico para exérese da tumoração por acesso cervical. A lesão foi totalmente removida em bloco e confirmada ausência de lesão óssea. A paciente está sendo acompanhada, sem sinais de recidiva. **Discussão:** A etiologia do ameloblastoma extra-ósseo não está totalmente esclarecida. Pode ser decorrente de restos embrionários em tecidos moles ou implantação celular na remoção do tumor intra-ósseo. O ameloblastoma extra-ósseo ou de partes moles deve ser tratado com ressecção cirúrgica com margens de 2-3 mm. Recorrências são raras e estão mais bem relacionadas a uma excisão incompleta do que ao comportamento agressivo do tumor. É importante notar que associações com displasias e o aparecimento de ameloblastoma maligno em alguns casos já foram relatados, em tais casos não há cápsula e o tumor é infiltrativo e esta hipótese não deve ser nunca negligenciada. O ameloblastoma de partes moles deve ser incluso no diagnóstico diferencial de lesões gengivais e de mucosas que se assemelham a processos inflamatórios, como granuloma piogênico, granuloma de células gigantes e fibroma ossificante. Seu acompanhamento pós-operatório deve ser feito por tempo indeterminado.

TL 48**ABORDAGEM CIRÚRGICA EM OSTEOMA CRÂNIO-FACIAL UTILIZANDO ENXERTO ÓSSEO AUTÓLOGO E METACRILATO**

ALEXANDER FARINAS PINHEIRO, CELSO LUIZ BUZZO, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, CÁSSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, CÉSAR AUGUSTO ADAMI RAPOSO DO AMARAL, DANIEL ROGGE CARONE, DOUGLAS MENON, MICHEL PATRICK AMARAL SILVA

Trabalho realizado na SOBRAPAR, Campinas, SP.

Objetivo: Discutir um caso complexo de osteoma crânio-facial frontal gigante, onde se utilizou acesso bicoronal com enxerto ósseo autólogo da região parieto-temporal esquerda e metacrilato para cobrir a área doadora. **Método:** Relato de caso clínico de um osteoma frontal crânio-facial e revisão da literatura. **Relato de caso:** P.A.M.F., 25 anos, sexo feminino, admitida em nosso serviço aos 3 anos de idade, com abaulamento na região frontal, aparentemente sem crescimento e sem alterações neurológicas. Manteve acompanhamento ambulatorial evoluindo com progressão da doença e aparecimento de alguns critérios de gravidade, como cefaléia constante, crescimento progressivo com extensão dos seus limites para além do seio frontal, com ocupação maior que 50% do diâmetro do seio frontal. Optou-se pela cranioplastia com ressecção extensa do osteoma pelo acesso bicoronal, com reconstrução a partir do enxerto autólogo do crânio. **Resultados:** O resultado pós-operatório funcional, anatômico e estético foi considerado satisfatório pela equipe e pela paciente, não existindo desnível ósseo ou cicatrização inadequada. Não observamos complicações ou recidiva em nossa paciente após 2 anos de pós-operatório. **Conclusão:** Os osteomas dos seios paranasais são tumores histologicamente benignos. São lesões ósseas encapsuladas com potencial de crescimento ilimitado. Deslocam estruturas adjacentes e estão usualmente aderidos ao osso frontal do qual têm origem. A remoção cirúrgica nos osteomas frontais é indicada nos pacientes sintomáticos, independente da sua localização ou extensão. A abordagem cirúrgica nos osteomas frontais pode ser transfacial ou coronal. Os osteomas possuem pequena tendência de recidiva após ressecção adequada.

TL 49**TEMA LIVRE NÃO APRESENTADO****TL 50****TRANSNASAL ENDOSCOPIC APPROACH IN MEDIAL BLOW OUT ORBIT FRACTURES**

NOGUEIRA GF, BALLIN CR, SAVA LC, MAEDA CA, MARANHÃO ASA, BORTOLON L

Trabalho realizado no Hospital Universitário Cajuru PUC-PR, Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial, Curitiba, PR.

Objective: The purpose of this study is to present the team experience and the method efficacy in transnasal endoscopic approach of medial orbital blow out fracture using septum graft. **Method:** This approach was used in 14 patients with an isolated medial orbital wall fracture between June 2005 and June 2006. A computed tomographic scan was taken before and after surgery. The ocular motility and enophthalmos were checked before and after surgery. The endoscopic transnasal approach provided the appropriate surgical exposure in all cases. Patients were followed up for a mean of 8.2 months (range, 5–14 months) after repairing the orbital wall fracture. Hertel exophthalmometry was performed in all patients. **Results:** Hertel exophthalmometry showed that among 14 patients: 13 patients showed no enophthalmos. The enophthalmos ranged from 0.5–1 mm in 12 patients and 1.5 mm enphthalmos was noted in 2 patients. A clinically significant enophthalmos =2 mm was not found postoperatively. Preoperatively, 2 (15%) patients had a diplopia in the primary position of the gaze and 12 (75%) patients had a diplopia within 30° of the gaze. Postoperatively, all patients had an orthotropia in the primary position but 1 (7%) patient had a residual diplopia. **Conclusion:** The transnasal endoscopic approach using septal graft provides a minimally invasive, effective, and cosmetically pleasing surgical approach for managing an isolated medial wall fracture.

TL 51**MÉTODO CEFALOMÉTRICO PADRONIZADO PARA AVALIAÇÃO DO AVANÇO DO TERÇO MÉDIO DA FACE EM PORTADORES DE CRANIOSSINOSTOSE SINDRÔMICA**

DANIEL SANTOS CORRÊA LIMA, NIVALDO ALONSO, PAULO ROBERTO PELÚCIO CÂMARA, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado no Setor de Cirurgia Craniomaxilofacial da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.

Objetivo: Estabelecer um método de análise cefalométrica padronizado para a análise dos resultados obtidos no tratamento da hipoplasia esquelética do terço médio da face em portadores de craniossinostose síndrômica. **Método:** Telerradiografias de face em norma lateral de onze pacientes portadores de craniossinostose síndrômica, submetidos entre fevereiro de 2002 a janeiro de 2006 ao procedimento de distração do terço médio da face, foram avaliadas retrospectivamente. Foram utilizadas três telerradiografias de face em norma lateral de cada paciente (T1- pré-operatório; T2 – pós-operatório recente, logo após a remoção do distrator; T3 – pós-operatório tardio, obtida com um intervalo mínimo de 12 meses após cirurgia). Três cefalogramas foram obtidos de cada paciente, por meio da direta

sobreposição das três telerradiografias, tomando como referência reparos anatômicos do crânio e da porção anterior da fossa craniana. Desta forma, os três traçados cefalométricos foram obtidos no mesmo papel acetato, o qual foi digitalizado. Utilizando o programa de computação gráfica de domínio público Image J, várias mensurações foram realizadas com a intenção de determinar a extensão do avanço sofrido pelos segmentos ósseos na direção do vetor do movimento esquelético, assim como de seus componentes horizontal e vertical, e a estabilidade esquelética, tomando-se como referência os pontos A e orbitário. A confiabilidade do método foi aferida pela repetição dos traçados e das mensurações das variáveis. Resultados: Houve grande precisão nas mensurações. O processo de digitalização não resultou em distorções nas imagens. A repetição dos cefalogramas e das medidas das variáveis demonstrou a confiabilidade do método, com grande concordância entre as medidas e suas repetições ($p < 0,001$). Conclusão: O método se mostrou adequado ao propósito de avaliar os resultados obtidos com o tratamento da hipoplasia do terço médio da face de portadores de craniossinostose síndrômica.

TL 52

CRESCIMENTO FACIAL PÓS-DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DO TERÇO MÉDIO DA FACE EM PORTADORES DE CRANIOSSINOSTOSE SINDRÔMICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE AVALIAÇÃO ATRAVÉS DE CEFALOMETRIA

DANIEL SANTOS CORRÊA LIMA, NIVALDO ALONSO, PAULO ROBERTO PELÚCIO CÂMARA, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado no Setor de Cirurgia Craniomaxilofacial da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.

Objetivo: Avaliar o padrão de crescimento facial em portadores de craniossinostose síndrômica pós-alongamento ósseo do terço médio da face por meio de distração osteogênica. Método: Traçados cefalométricos foram obtidos através de método de superposição cefalométrica estrutural total, a partir de telerradiografias em norma lateral de onze pacientes portadores de craniossinostose síndrômica submetidos ao procedimento de alongamento ósseo do terço médio da face com o uso de dispositivo externo rígido. A média de idade dos componentes da amostra foi de 9 anos. O tempo médio de acompanhamento foi 17 meses (variando de 12 a 39 meses). Foram realizadas mensurações entre os traçados pós-operatório recente (obtidos a partir das telerradiografias obtidas logo após a retirada do distrator, ao final do período de consolidação), e pós-operatório tardio (obtidos a partir das telerradiografias obtidas com intervalo mínimo de 12 meses após a cirurgia). Utilizando o programa de computação gráfica de domínio público Image J, várias mensurações foram realizadas com a intenção de determinar as alterações tardias no posicionamento horizontal e vertical dos pontos de referência cefalométricos (pontos A e orbitário). Resultados: Não houve ganho anterior em sentido horizontal em nenhum dos onze pacientes componentes da amostra, entre o pós-operatório recente e o pós-operatório tardio, tanto para o ponto A quanto para o ponto orbitário, tendo havido um pequeno reposicionamento posterior (-0,96 mm + 0,72 mm para o ponto A; e -0,85 mm + 1,09 mm para o ponto O). Já para a alteração de posicionamento vertical entre o pós-operatório recente e tardio, os valores foram de 3,45 mm + 1,94 mm para o ponto A; e de 2,93 mm + 1,25 mm para o ponto O. Conclusão: Foi observada uma evidente alteração vertical no posicionamento dos pontos de referência no pós-operatório tardio, se comparado ao pós-operatório recente, evidenciando crescimento da face em sentido vertical; ao contrário do que ocorre na direção horizontal, onde não houve evidência de crescimento.

TL 53

ABORDAGEM VIA LE FORT I PARA NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: ESTUDO DE 32 CASOS

FRANCISCO VERÍSSIMO DE MELLO FILHO, RODRIGO BRIGATTO, JULIANO BORGES MANO, MOANA CAVALCANTI, JOSE RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP.

Introdução: O Nasoangiofibroma Juvenil (NJ) é um raro tumor benigno vascular, não encapsulado, com comportamento maligno, por causa do crescimento invasivo e extensão para regiões adjacentes, que acomete exclusivamente adolescentes do sexo masculino. Origina-se na fossa pterigopalatina, na margem superior do forame esfenopalatino e apresenta prevalência de 0,05% dos tumores de cabeça e pescoço. Sua etiologia é desconhecida e o principal tratamento é a ressecção cirúrgica completa. Entretanto, a via de acesso a este tumor tem sido motivo de debates. É descrito o acesso transantral, transpalatal, endoscópico, Le Fort I e outros. As taxas de recorrência após tratamento cirúrgico variam de 0 a 55%, a depender do estadiamento inicial, do tratamento escolhido, bem como da via de acesso. Objetivo: Avaliar pacientes portadores de NJ submetidos a ressecção cirúrgica via Le Fort I, analisando características demográficas, locais de acometimento, uso de embolização, recorrência e complicações do tratamento. Método: Análise retrospectiva de 32 prontuários de pacientes portadores de nasoangiofibroma submetidos a ressecção cirúrgica via Le Fort I, de março de 1983 a março de 2008, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP. Resultados: A idade do diagnóstico variou de 8 a 28 anos, com média de 16 anos. O sítio mais comum de acometimento foi a nasofaringe e fossa pterigopalatina em 100% dos casos, seguido da cavidade nasal (90%), seio esfenoidal (81%), seio etmoidal (68%), seio maxilar (46%), órbita (25%), fossa infratemporal e região intracranial (21%). Angiografia e embolização foram realizadas no pré-operatório em 75% dos pacientes. O período de seguimento variou de 0 a 25 anos, com média de 11 anos. A taxa de recidiva foi de 3%, ou seja, apenas um caso. Quanto às complicações, um paciente apresentou desoclusão após cirurgia, um paciente apresentou infecção no sítio operatório, dois pacientes apresentaram sangramento moderado e um grave no intra-operatório. Conclusão: Concluímos que a abordagem Le Fort I é uma técnica cirúrgica que permite a ressecção total do NJ, com pequena taxa de complicações e recidivas.

AVALIAÇÃO DAS RECONSTRUÇÕES MICROCIRÚRGICAS DA REGIÃO CRANIOFACIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS - UFBA

MARCELO SACRAMENTO CUNHA, DANIEL SANTOS CORRÊA LIMA, THIAGO VIAL COSTA, JORGE CABRAL DOS ANJOS, JOSÉ VÁLBER MENESES

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Objetivo: Avaliar a experiência do grupo de microcirurgia do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - UFBA na utilização da microcirurgia reconstrutiva em reconstruções da região craniofacial, analisando as complicações e resultados da casística. **Método:** No período de fevereiro de 2003 a abril de 2007, foram realizados 30 procedimentos de microcirurgia reconstrutiva na região craniofacial. A idade média dos pacientes foi 47,4 anos, 70% do sexo masculino, 83,3% brancos e 50% atendidos pelo SUS. Vinte e três pacientes eram portadores de câncer, seis de paralisia facial e uma vítima de trauma. A cavidade oral foi a mais acometida (33,3%), seguida da região malar (30%) e mandíbula (16,67%). As complicações foram divididas em imediatas (intra-operatórias), recentes (até 21 dias) e tardias (após 21 dias). Foram analisadas as complicações relacionadas às reconstruções divididas em menores (perda parcial do retalho e/ou satisfação parcial do plano operatório) e maiores (perda total do retalho e/ou não satisfação do plano pré-operatório). Em relação às áreas doadoras, foram divididas em menores (com necessidade de intervenção cirúrgica) e maiores (deformidade não satisfatória ao cirurgião ou não aceitável ao paciente). Os resultados relacionados à reconstrução foram classificados em bons (sem complicação no pós-operatório), satisfatórios (complicações menores) e ruins (complicações maiores). Para as áreas doadoras foram classificados em bons (sem necessidade de intervenção cirúrgica), satisfatórios (complicações menores) e ruins (complicações maiores). **Resultados:** Vinte e sete retalhos sobreviveram (90% de sucesso) e em três houve perda total. Foram encontradas, em relação à reconstrução, 6,7% de complicações imediatas, 10% de recentes e nenhuma tardia. Em relação à área doadora, foram observadas apenas complicações recentes (13,3%). Os resultados da reconstrução foram classificados em bons (90%), satisfatórios (0%) e ruins (10%). Os resultados das áreas doadoras foram bons (83,33%), satisfatórios (16,67%) e ruins (0%). **Conclusão:** A microcirurgia em reconstrução da região craniofacial tem altas taxas de resultados bons e satisfatórios com baixas taxas de complicações em áreas doadoras. A sua introdução permitiu melhores resultados estéticos e funcionais, além de tornar ressecável lesões sem possibilidades de reconstrução local.

DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DO TERÇO MÉDIO DA FACE EM PORTADORES DE CRANIOSSINOSTOSE SINDRÔMICA COM DISTRATOR EXTERNO RÍGIDO: AVALIAÇÃO CEFALOMÉTRICA DOS RESULTADOS

DANIEL SANTOS CORRÊA LIMA, NIVALDO ALONSO, PAULO ROBERTO PELÚCIO CÂMARA, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado no Setor de Cirurgia Craniomaxilofacial da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.

Objetivo: Avaliar os resultados obtidos com o avanço ósseo do terço médio da face após osteotomia tipo Le Fort III ou frontofacial em monobloco seguida da utilização de dispositivo rígido externo de distração (RED), em portadores de cranioossinostose síndrômica, em termos de quantidade de alongamento ósseo e estabilidade esquelética. **Método:** A amostra foi composta por onze pacientes foram submetidos ao procedimento de alongamento ósseo do terço médio da face através do uso de dispositivo externo rígido (RED), após osteotomias tipo Le Fort III (N = 4) ou frontofacial monobloco (N = 7), entre fevereiro de 2002 e janeiro de 2006. Seis pacientes eram portadores da síndrome de Crouzon, quatro da síndrome de Apert, e um da síndrome de Saethre-Chotzen. Foram avaliadas retrospectivamente três telerradiografias de face em norma lateral de cada paciente (pré-operatório; pós-operatório recente, logo após a remoção do distrator; pós-operatório tardio, obtida com um intervalo mínimo de 12 meses após cirurgia). Várias mensurações foram realizadas com a intenção de determinar a extensão do avanço sofrido pelos segmentos ósseos na direção do vetor do movimento esquelético, assim como de seus componentes horizontal e vertical, tomando como referência pontos A e orbitário. Pacientes foram ainda divididos em dois grupos (G 1 - pacientes submetidos a osteotomia tipo Le Fort III; G 2 - pacientes submetidos a osteotomia frontofacial em monobloco), e os dados obtidos a partir mensurações de ambos os grupos foram comparados. **Resultados:** Avanço significativo do terço médio da face foi obtido com os procedimentos. O componente horizontal do movimento esquelético predominou ao componente vertical. A taxa de reposicionamento posterior horizontal tardio (perda de resultado) foi mínima. Quando comparados os dois procedimentos, foi observada diferença significativa entre os grupos Le Fort III e monobloco. A quantidade de avanço obtido foi maior no grupo monobloco que no grupo Le Fort III (p = 0,005). Em termos perda de resultado, o grupo Le Fort III foi mais estável que o grupo monobloco (p = 0,0038). **Conclusão:** O procedimento de alongamento do terço médio da face com o uso de dispositivo externo rígido mostrou-se efetivo em promover o avanço do terço médio da face, com mínima perda de resultado. Diferenças significativas foram observadas entre os grupos submetidos a osteotomia fronto-facial em monobloco e Le Fort III, associados à distração osteogênica.

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO MAXILAR

ROSILENE DE MELO MENEZES, ANTONIO AUGUSTO L. SAMPAIO, CHRYSTIANO DE CAMPOS FERREIRA, CLAUDIO TREVISAN JUNIOR, TEREZA HIGINO

Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP.

Introdução: O carcinoma adenóide cístico foi descrito pela primeira vez por Billroth, em 1856, e denominado também de cilindroma, devido ao padrão histológico que a lesão apresenta. O carcinoma adenóide cístico (CAC) representa 1% das neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço e 10% das neoplasias de glândulas salivares. É mais prevalente em adultos de meia idade (entre 50 a 70 anos), sendo raro em pessoas com menos de 20 anos. Existe uma igual distribuição entre os sexos, embora alguns estudos mostrem predileção pelo gênero feminino. Apresenta crescimento lento, porém são comuns invasão neural, metástases à distância e recorrências múltiplas. Devido a este comportamento, pacientes com CAC têm prognóstico ruim, mesmo após cirurgia radical e radioterapia. **Relato do caso:** G.J.R., 54 anos, funcionária pública, procedente da Bahia, residente em São Paulo. Há dois anos evoluindo com dor em região malar esquerda progressiva. Procurou outros serviços médicos, sendo tratada empiricamente como sinusite sem sucesso, quando em dezembro 2007 apresentou-se no nosso serviço e ao exame físico não apresentava lesões nem abaulamento de mucosa, apenas discreto edema de face onde relatava que havia sido submetida a exérese de lesão de pele malar esquerda, cuja biópsia revelou ser nevus. Foi solicitada a tomografia computadorizada de seios da face, onde se evidenciou processo expansivo em seio maxilar esquerdo. A paciente foi submetida a biópsia da lesão por cirurgia endonasal, seu material foi enviado ao Serviço de Anatomia Patológica. O exame histopatológico revelou carcinoma adenóide cístico. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico: com maxilarectomia esquerda, com ressecção de meso e infra-estrutura e soalho de órbita com preservação do periósteo e reconstrução com tela de Marlex com margens livres peri operatórias. A paciente evoluiu bem, sendo alimentada por via oral já no 4º dia de pós-operatório (PO) e recebendo alta no 6º PO, sendo encaminhada para realização de prótese obturadora. **Discussão:** O carcinoma adenóide cístico tem como característica a dor local referida pela paciente, devida provavelmente à invasão neural. Como exposto acima, a queixa básica que motivou nossa paciente a procurar um serviço médico foi a dor em região malar esquerda. Portanto, sempre é prudente lembrar de um carcinoma adenóide cístico naqueles pacientes que referem dores em face refratárias ao tratamento convencional. Porém, como o tumor é de crescimento lento sem alteração de mucosa isso foi retardando o diagnóstico. O tratamento proposto foi adequado, sendo a paciente posteriormente encaminhada à radioterapia.

REPAIR OF MAJOR CRANIOFACIAL DEFECTS WITH PREFORMED ACRYLIC

E. A. SIOLO, A. MADAREE

Work performed at Nelson R. Mandela School of Medicine, University of Kwazulu Natal, Durban, Republic of South Africa.

One of the methods to repair craniofacial defects is preformed polymethymethacrylate implants. We developed a cost saving, comparing to stereolithography, method to obtain preformed implant. This will be a retrospective overview of 12 cases of large cranial defects repaired using this method and will include description of the planning, surgical procedure and outcome.

SÍNDROME DE EAGLE: RELATOS DE CASO

GUSTAVO MOTTA SIMPLÍCIO DO NASCIMENTO, TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, ROMUALDO SUZANO LOUZEIRO TIAGO, YURI OTANI, RAPHAEL ANTÔNIO GOMES DA SILVA

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) de São Paulo, São Paulo, SP.

Introdução: O processo estilóide do osso temporal é uma projeção óssea que corresponde à origem dos músculos estilo-faríngeo, estilo-hióideo e estiloglosso. A síndrome de Eagle se caracteriza pela presença de sintomas, como otalgia, disfagia, odinofagia e dor facial, associados ao aumento do processo estilóide maior que 30 mm. **Objetivo:** Apresentar três casos clínicos de pacientes com diagnóstico de síndrome de Eagle e discutir a apresentação clínica e o tratamento desta doença. **Relato dos casos:** São relatados três casos de pacientes com sintomas e sinais radiológicos compatíveis com o diagnóstico de síndrome de Eagle, que foram submetidos a tratamento cirúrgico a partir de cervicotomia e evoluíram com remissão completa dos sintomas. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico com ressecção de parte do processo estilóide está relacionado à remissão dos sintomas nos pacientes com diagnóstico de síndrome de Eagle. A abordagem a partir de cervicotomia alta determina boas condições de exposição do processo estilóide, com ressecção mais ampla e preservação de estruturas vasculonervosas.

TL 59

AVALIAÇÃO POLISSONOGRÁFICA E DE VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DA SEQUÊNCIA DE PIERRE-ROBIN

CARLOS DIÓGENES PINHEIRO NETO, NIVALDO ALONSO, LUIS UBIRAJARA SENNES, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado no Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; São Paulo, SP.

Introdução: A seqüência de Pierre Robin (PR) é caracterizada por micrognatia, glossoptose e fenda palatina. Pode estar associada a uma síndrome genética ou ocorrer de forma isolada, sendo esta última a forma mais comum de apresentação. A fenda palatina pode estar ausente em alguns casos. Clinicamente, o paciente apresenta dificuldade respiratória e alimentar. A gravidade dos sintomas apresenta grande heterogeneidade, o que torna o tratamento destes pacientes um desafio. **Objetivos:** Identificar a presença de apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono e avaliar a gravidade das alterações da deglutição de pacientes portadores da seqüência de PR. **Correlacionar** os resultados destes exames com a indicação de traqueostomia e gastrostomia. **Métodos:** Oito crianças diagnosticadas com a seqüência de PR foram avaliadas pelo grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do HC-FMUSP, entre janeiro de 2006 e abril de 2008. Seis crianças eram do sexo feminino. A videoendoscopia da deglutição (VED) foi realizada em todas as crianças, enquanto a polissonografia (PSG) foi realizada em sete das oito crianças acompanhadas. **Resultados:** Seis pacientes apresentaram PSG normal e apenas 1 paciente apresentou apnéia-hipopnéia leve de origem central ao exame polissonográfico. Um dos pacientes foi submetido a traqueostomia aos quatro dias de vida por insuficiência respiratória e não foi realizado PSG pré-operatória. A VED mostrou-se normal em cinco pacientes e disfagia moderada foi detectada em três pacientes, sendo submetidos a gastrostomia. A distração da mandíbula foi realizada em quatro pacientes que também foram submetidos a traqueostomia no mesmo tempo cirúrgico. Todos os pacientes apresentavam fenda palatina. **Conclusões:** Na ausência de disfagia moderada ou grave na VED, os pacientes evoluíram bem sem gastrostomia. A traqueostomia deve ser realizada em pacientes com distúrbios evidentes da respiração durante o sono, mesmo sem avaliação por polissonografia. Os pacientes que necessitaram de distração mandibular foram submetidos a traqueostomia, mesmo apresentando PSG normal devido ao risco de obstrução respiratória pelo edema decorrente da manipulação cirúrgica.

TL 60

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EM UM CENTRO DE TRAUMA TERCIÁRIO

BRUNO SPINI HEITOR, DOV CHARLES GOLDENBERG, ENDRIGO BASTOS, ALEXANDRE FONSECA, EDUARDO KANASHIRO, DANIEL F. R. BRANCO, NIVALDO ALONSO

Trabalho realizado pelo Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Objetivo: As fraturas de face na faixa etária pediátrica apresentam pequena incidência, sendo geralmente conduzidas com tratamento conservador. O objetivo do estudo é avaliar o padrão das fraturas de face, nesta faixa etária, nos casos que necessitaram de tratamento cirúrgico. **Método:** No período de janeiro de 2001 a dezembro de 2007, 43 pacientes com idades entre 0 a 17 anos foram submetidos a tratamento cirúrgico de fraturas de face. Foram avaliados os seguintes dados: mecanismo de trauma, idade, sexo, ossos acometidos, índice fraturas/paciente, intervalo de tempo trauma-tratamento cirúrgico, lesões associadas e métodos de osteossíntese. Para fins comparativos, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo A de 0 a 12 anos, e grupo B de 13 a 17 anos. **Resultados:** A média de idade foi de 12,4 anos (2 a 17 anos), sendo 18 (41,86%) pacientes pertencentes ao grupo A e 25 (58,14%), ao grupo B. Em relação ao sexo, 34 (79%) pacientes eram do sexo masculino (14 grupo A e 20 grupo B) e 9 (21%) do sexo feminino, sendo 4 do grupo A e 5 do grupo B. Traumas decorrentes de colisões de veículos foram os mais frequentes, perfazendo 18 pacientes, seguidos por quedas (11), agressões físicas (7), atropelamentos (5) e ferimentos por arma de fogo em 2 casos. Lesões associadas às fraturas de face foram diagnosticadas em 17 (40%) pacientes, sendo observados TCE grave e moderado, lesões em membros superiores e inferiores, tórax, pescoço e partes moles da face. Os ossos da face acometidos foram: mandíbula em 25 vítimas, maxila em 18, zigoma em 15, fraturas naso-etmoido-orbitárias em 7, órbita em 6, osso nasal e osso frontal em 5 vítimas, totalizando um índice fraturas/paciente de 3,9. O intervalo de tempo entre o trauma e o tratamento cirúrgico foi em média de 7,2 dias (1 a 35 dias). Os métodos de fixação incluíram bloqueio intermaxilar em 8 pacientes, osteossíntese exclusiva com fios de aço em 11 pacientes, osteossíntese com parafusos (lag screw) em 3 pacientes, sistemas de miniplaca absorvíveis em 3 pacientes, miniplacas de titânio em 29 pacientes. Utilização de enxerto ósseo ou cartilaginoso foi necessária em 11 pacientes. **Conclusões:** Apesar da conduta conservadora ser a escolha inicial no tratamento das fraturas de face em pacientes de faixa etária pediátrica, o tratamento cirúrgico dessas fraturas ocorre em uma frequência considerável quando tratamos de pacientes com traumas de maior complexidade em um centro de referência terciária.

TL 61

SÍNDROME DA APNÉIA-HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAHOS) GRAVE EM PACIENTE COM SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

CARLOS DIÓGENES PINHEIRO NETO, LUIS UBIRAJARA SENNES, NIVALDO ALONSO, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado pelo Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Introdução: A síndrome de Treacher Collins é também conhecida por disostose mandibulofacial. É caracterizada por alterações dos pavilhões auriculares, hipoplasia dos ossos da face, obliquidade antimongolóide das fendas palpebrais e fissura palatina. Em geral, os pacientes apresentam desenvolvimento e inteligência normais. Trata-se de uma malformação que envolve o primeiro e segundo arcos branquiais. É uma doença de origem genética autossômica dominante tendo expressão e gravidade variáveis. **Objetivos:** Descrever um caso de paciente com síndrome de Treacher-Collins com apnéia-hipopnéia obstrutiva grave. **Relato do caso:** Paciente com 1 ano e 1 mês de vida apresentando sonolência diurna excessiva, roncos e apnéias durante o sono. Foi submetida a glossopexia com 30 dias de vida. Fez polissonografia (PSG) que evidenciou índice de apnéia-hipopnéia (IAH) de 141,2/h com saturação média de O₂ de 82% e nadir de 44% (com bradicardia). Foi solicitado PSG com titulação de CPAP que evidenciou IAH = 44,4/h, saturação média de O₂ de 88% e nadir de 58%. A pressão de CPAP indicada foi de 11cmH₂O (máscara facial). A criança teve boa adaptação com o CPAP e evoluiu bem, com melhora cognitiva e ganho de peso. Após 1 ano de uso de CPAP, a criança fez nova PSG que evidenciou IAH de 0,4/h. Dois meses após o exame, foi realizada a liberação da glossopexia e a criança aguarda distração da mandíbula a ser realizada por volta dos 3 anos de idade. **Conclusões:** O CPAP mostrou ser uma opção terapêutica eficiente e pouco invasiva no tratamento de paciente sintomático com apnéia-hipopnéia obstrutiva grave. Vale ressaltar a importância da glossopexia. A anteriorização da língua permitiu o direcionamento da pressão positiva de ar para a região de orofaringe e hipofaringe, evitando que ocorresse glossoptose e dificuldade de adaptação do CPAP.

TL 62

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DO RETALHO NASOSEPTAL POSTERIOR PARA RECONSTRUÇÃO ENDOSCÓPICA DA BASE DE CRÂNIO ANTERIOR: ESTUDO COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E DISSECÇÃO DE CADÁVERES

CARLOS DIÓGENES PINHEIRO NETO, LUIS UBIRAJARA SENNES, NIVALDO ALONSO, DOV CHARLES GOLDENBERG

Trabalho realizado pelo Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Introdução: A reconstrução dos defeitos da base do crânio após acessos craniofaciais e/ou acessos endonasais endoscópicos tem objetivos semelhantes: isolamento da cavidade craniana para prevenir infecções intracranianas, fístula líquórica e pneumoencéfalo. A reconstrução craniofacial feita com retalhos pediculados apresenta taxas mínimas de fístula líquórica no pós-operatório. A taxa de fístula líquórica após acessos endoscópicos era extremamente elevada antes da utilização de retalhos. Em 2006, foi descrito pela primeira vez o retalho de mucosa septal baseado na artéria nasal posterior que poderia ser confeccionado por via endoscópica. Com a utilização deste retalho, a taxa de fístula líquórica após acessos endoscópicos tornou-se semelhante aos índices verificados com acessos craniofaciais. **Objetivos:** Avaliar se o comprimento e largura do retalho nasoseptal posterior são suficientes para recobrir um defeito transcribiforme máximo. **Métodos:** Por meio do estudo de tomografia computadorizada de quatro pacientes e da dissecação de quatro cadáveres, foram feitas medidas do retalho nasoseptal posterior e medidas do defeito transcribiforme máximo. **Resultados:** O comprimento médio do retalho no estudo tomográfico foi de 72mm e a largura de 38,5 mm. O comprimento médio do defeito transcribiforme máximo no estudo tomográfico foi de 30,4 mm e a largura foi de 29,2 mm. O comprimento médio do retalho no estudo de dissecação de cadáver foi de 52 mm e a largura foi de 26 mm. O comprimento médio do defeito transcribiforme máximo no estudo de dissecação de cadáver foi de 31,5 mm e a largura foi de 22,3 mm. **Conclusões:** Tanto o estudo tomográfico como o de dissecação de cadáver demonstrou que o retalho nasoseptal posterior é suficiente para recobrir todo o defeito da base do crânio resultante de um acesso transcribiforme máximo.

TL 63

APRESENTAÇÃO INCOMUM DA FENDA CRANIOFACIAL DA LINHA MÉDIA, TESSIER 0-14: RELATO DE CASO

JIMMY AYOUB, PATRÍCIA XAVIER, NIVALDO ALONSO

Serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP.

Introdução: Em 1976, Tessier propôs uma classificação das fendas craniofaciais, baseado em sua experiência pessoal, que incluía observação clínica, radiológica e cirúrgica de 336 pacientes. Tessier planejou um sistema de numeração ordenado para identificar o percurso anatômico das fendas nos tecidos moles e no esqueleto, com início no número 0 e término no número 30. A fenda número 0 de Tessier é uma fenda média labial verdadeira, com uma columela larga e ponta nasal bífida. A fenda alveolar ocorre entre os incisivos centrais. O septo nasal pode estar espessado, duplicado ou ausente. A ponte nasal é geralmente larga associada a hipertelorismo orbital. A fenda número 14 de Tessier é uma fenda craniana da linha média que geralmente ocorre com a fenda facial da linha média, formando uma disrafia craniofacial média. São características desta fenda, uma raiz nasal larga e nariz bífido que estão associados com hipertelorismo orbital e encefalocele médio frontal. A anormalidade do osso frontal pode variar desde um pequeno achatamento até um grande defeito da linha média. Há aumento da distância entre os bulbos olfatórios. A crista Gali pode apresentar-se alargada, duplicada ou ausente. **Relato do caso:** Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 2 anos de idade, com uma fenda craniofacial da linha média (Tessier 0-14) de apresentação incomum. Ao exame físico observou-se encurtamento do terço médio facial e presença de diástase dos incisivos centrais associada a um frênulo labial superior. Foi realizado estudo radiológico complementar com tomografia computadorizada de crânio e seios da face, utilizando-se cortes coronais, axiais e reconstrução tridimensional, em seguida, ressonância magnética de crânio e seios da face para confirmação diagnóstica, definição e classificação da fenda craniofacial congênita.

E.MAIL RECEBIDO EM 16 DE JUNHO DE 2008

CONGRATULATIONS AND THANKS

Dear Nivaldo,

Je voudrais te féliciter pour le niveau scientifique remarquable de ton congrès, de dire combien j'apprécie l'atmosphère détendue et sérieuse. L'organisation était parfaite.
toutes mes amitiés
et à bientôt

ERIC
DOCTEUR ERIC ARNAUD
UNITÉ DE CHIRURGIE CRÂNIO-FACIALE DU DEPARTEMENT DE NEUROCHIRURGIE
HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES
PARIS - FRANCE

E.MAIL RECEBIDO EM 17 DE JUNHO DE 2008

CONGRESSO BRASIL

Hi Nivaldo,

Thank you for inviting me to the congress and your fantastic hospitality. The quality of the meeting was superb and I have been telling all of my colleagues with plans to attend in 2 years at Natal already.

STEVEN WALL
PRESIDENT
INTERNATIONAL SOCIETY OF CRANIOFACIAL SURGERY

E.MAIL RECEBIDO EM 17 DE JUNHO DE 2008

FELICITAÇÕES

Dr. Nivaldo Alonso,

Meus cumprimentos,
Felicitemos! O senhor e toda equipe organizadora do X Congresso Brasileiro de Cirurgia Crânio Facial pelo alto nível e grandeza do evento, onde reuniu as mais diversas e brilhantes personalidades do mundo científico dos mais diversos países.
Felicitemos, também, pela qualidade do seu trabalho e apresentação no Painel VIII - Fissura unilateral técnica modificada e avaliação de resultados.
Agradeço a gentileza do cartão que forneceu com seu e-mail, e através desse, venho manifestar meu interesse em participar pelo Amazonas no projeto Operação Sorriso do Brasil. Tenho qualificação das técnicas cirúrgicas adquiridas em Bauru – São Paulo “Centrinho”.
Gostaria de ter mais informações sobre o projeto.
Obrigado por sua atenção.

RAIMUNDO BARRETO
MANAUS-AM

E.MAIL RECEBIDO EM 18 DE JUNHO DE 2008

DEAR RICARDO, NIVALDO, MARCUS E DOV

I want to thank the four of you and SBCC for hosting me so graciously at the recent congress. I thoroughly enjoyed the meeting and the socials. Academically, the standard of the meeting was very good. It is great to be part of such an active society. I look forward to meeting you all again.
Best regards

ANIL MADAREE
NELSON R. MANDELA SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF KWAZULU NATAL
DURBAN, REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

E.MAIL RECEBIDO EM 19 DE JUNHO DE 2008

SALUDOS

Apreciado Nivaldo

Como estas.

Quería agradecerte por la atención que tuviste con nosotros en Sao Paulo. El congreso es realmente bueno y creo que aparte de aportar en algo uno aprende muchas cosas nuevas. Muchas gracias.

Sobre el tema de Craneosinostosis Sindromatica para en libro de Cirugía Cráneo Maxilo Facial, el texto lo revisamos en edición en agosto así que me gustaría que me lo hagas llegar por tarde el 30 de Septiembre. Te agradezco que participes en este libro que va a ser muy importante. Te voy a enviar las instrucciones de autores.

Muchas gracias nuevamente por todo y hasta pronto.

ROLANDO PRADA

CENTRO DE REHABILITACION DE NIÑOS COM LÁBIO Y PALADAR FISURADO

COLOMBIA

E.MAIL RECEBIDO EM 20 DE JUNHO DE 2008

SAO PAULO 2008 CONGRESSO DR CHAVANNE

Dear Nivaldo;

It was a pleasure for me to assist to the X Congress of the Brazilian Society of Craniomaxillofacial Surgery.

It was a Superb Meeting with a very well organized scientific program.

Thank-you very much also for your kind invitation to the reception.

I'll send to you, as soon as possible, the papers for the SBCC journal.

Once again thank-you very much

Warm regards,

JUAN MARTIN CHAVANNE