

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

BRAZILIAN JOURNAL OF CRANIOMAXILLOFACIAL SURGERY

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

ISSN 1516-4187

Editor

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

Editor Associado

Sílvio Antônio Zanini
Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais
Universidade de São Paulo

Conselho Editorial Nacional

Antonio Richieri-Costa	José Carlos Ferreira
Carlos Alberto Balin	Luis Francisco Fontoura
Diógenes Laércio Rocha	Luís Paulo Kovalski
Edgard Alves Costa	Marcus Vinicius Martins Collares
Eduardo Grossmann	Omar Gabriel
Elisa Altmann	Paulo Hvenegaard
Fausto Viterbo	Ricardo Lopes da Cruz
Gilvani Azor de Oliveira e Cruz	Roberto Corrêa Chem
José Alberto Landeiro	Sérgio Moreira da Costa
	Vera Nocchi Cardim

Conselho Editorial Internacional

Flávio M. Sturla (Argentina)	Michael T. Longaker (EUA)
Ian Thomas Jackson (EUA)	Pedro Dogliotti (Argentina)
Luis Tesserra Llauradó (Espanha)	

Assessoria Editorial

Rosangela Monteiro

Revista da
Sociedade
Brasileira
de Cirurgia

Craniomaxilofacial

Brazilian Journal of
Craniomaxillofacial Surgery

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

Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery/Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial. - Vol.7, n.2 (Dez.2004). - São Paulo : SBCC, 1998 - .
v. : il. ; 30cm.

Dois números por ano.

ISSN 1516-4187

1. Cirurgia Bucal. I. Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery.

II. Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial.

CDD: 617.522

CDU: 616.31-089

Publicação Semestral – Tiragem 500 exemplares

Diagramação e Produção:

Sollo Comunicação e Design – (11) 5052-3298 – sollocom@terra.com.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial

Brazilian Society of Craniomaxillofacial Surgery

DIRETORIA SBCC – 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)



REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

BRAZILIAN JOURNAL OF CRANIOMAXILLOFACIAL SURGERY

INFORMAÇÕES AOS AUTORES

A Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cranio-maxilofacial é o órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial (SBCC), trata-se de publicação semestral, que vem sendo editada desde 1998.

Os trabalhos enviados para publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial devem versar sobre temas relacionados à cirurgia para correção de deformidades craniofaciais, tendo como objetivo registrar a produção científica na área, fomentar o estudo, aperfeiçoamento e atualização dos profissionais da especialidade. A revista publica as seguintes categorias de artigos: editorial, artigo original, artigo de revisão, relato de caso, comunicação breve, carta ao editor, artigo especial, debates, panorama internacional e imagem em Medicina.

A Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial adota as normas de Vancouver - *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, organizadas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em www.icmje.org, cuja última atualização foi realizada em fevereiro de 2006. O respeito às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

A abreviatura de seu título é Rev. Soc. Bras. Cir. Craniomaxilofac., a qual deve ser empregada em notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Editoriais – geralmente referem-se a artigos selecionados em cada número da Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial pela sua importância para a comunidade científica. São encomendados a profissionais de reconhecida experiência nas áreas em questão. O Conselho Editorial poderá, eventualmente, considerar a publicação de editoriais submetidos espontaneamente.

Artigos originais – incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação. Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente, Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, Resumo e Summary. Seu texto deve ter entre

2000 e 3000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder a 30.

Artigos de revisão – avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a um certo tema de importância clínica. Profissionais de reconhecida experiência em assuntos de interesse especial para os leitores são, em geral, convidados a escrever estas revisões. Além dos artigos encomendados, a Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial também aceita revisões enviadas espontaneamente pela comunidade científica, as quais devem limitar-se a 6000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Relatos de casos – descrição de pacientes ou situações singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos do relato do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso e os comentários no qual são abordados os aspectos relevantes, os quais são comparados com a literatura. O número de palavras deve ser inferior a 2000, excluindo referências e tabelas. O número máximo de referências é 15. Recomenda-se a inclusão de, no máximo, duas ilustrações.

Comunicação breve – pequenas experiências que tenham caráter de originalidade, não ultrapassando 1500 palavras e dez referências bibliográficas.

Cartas ao editor – são sempre altamente estimuladas. Em princípio, devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados na Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial, mas também podem versar sobre outros temas de interesse geral. Recomenda-se tamanho máximo 1000 palavras, incluindo referências bibliográficas, que não devem exceder a seis. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Artigos especiais – são textos não classificáveis nas categorias anteriores, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto ao número de referências bibliográficas.

Panorama internacional – resumos de artigos recentes e de relevância prática, seguidos de comentários.

Imagem em Medicina – material de interesse

ilustrativo, como fotos, ilustrações, exames, acrescidos de até 25 linhas explicativas sobre o assunto, além do nome do autor, serviço onde foi realizado e bibliografia obrigatória.

Debate – seção em que os cirurgiões experientes serão convidados pelo editor para discutirem um tema polêmico, emitindo suas opiniões em um formato padronizado, respondendo a perguntas realizadas pelo próprio editor ou por um convidado.

POLÍTICA EDITORIAL

Avaliação pelos pares

Todos os trabalhos enviados à Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial serão submetidos à avaliação dos pares (*peer review*) por pelo menos três revisores selecionados entre os membros do Conselho Editorial. A aceitação será feita com base na originalidade, significância e contribuição científica. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e informarão se o mesmo deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado definitivamente. De posse destes dados, o Editor tomará a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando forem sugeridas modificações, as mesmas serão encaminhadas ao autor principal e, em seguida, aos revisores para estes verificarem se as exigências foram satisfeitas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não faça parte do Conselho Editorial para fazer a avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento.

Pesquisa com seres humanos e animais

Os autores devem, na seção Método, informar se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição, em consoante à Declaração de Helsinki (Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>). Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no “*Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*” (*Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1996*) e os Princípios éticos na experimentação animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.

Direitos autorais

Os manuscritos deverão vir acompanhados de carta assinada por todos os autores transferindo os direitos autorais para a Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial e declarando que revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito que está sendo submetida.

Todos os artigos publicados tornam-se propriedade permanente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial e não podem ser publicados sem o consentimento por escrito de seu presidente.

Crítérios de Autoria

Sugerimos que sejam adotados os critérios de autoria dos artigos segundo as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors*. Assim, apenas aquelas pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do trabalho devem ser listadas como autores. Os autores devem satisfazer a todos os seguintes critérios, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e participado do processo de revisão;
3. ter aprovado a versão final.

Exercer posição de chefia administrativa, contribuir com pacientes e coletar e agrupar dados, embora importantes para a pesquisa, não são, por si só, critérios para autoria. Outras pessoas que tenham feito contribuições substanciais e diretas para o trabalho, mas que não possam ser consideradas autores, podem, com sua permissão, ser citadas na seção Agradecimentos; se possível, suas contribuições específicas devem ser descritas.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DE MATERIAL PARA PUBLICAÇÃO

A Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial dá preferência ao envio de material submetido à publicação por correio eletrônico (e-mail). Entretanto, na impossibilidade de envio pela Internet, três cópias do material, incluindo texto e ilustrações, bem como disquete e/ou CD identificado poderão ser enviadas por correio comum. Caso sejam submetidas figuras ou fotografias cuja resolução não permita uma impressão adequada, a secretaria editorial poderá solicitar o envio dos originais ou cópias com alta qualidade de impressão.

E-mail: revista@sbcc.org.br

Endereço para envio dos artigos:

Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial

Rua Urano, 213

CEP 01529-010

São Paulo – SP – Brasil

Os arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma Carta de Submissão, sugerindo a Seção em que o artigo deva ser incluído, declaração do autor e dos co-autores de que todos estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando presença ou não de conflito de interesse e a inexistência de problema ético relacionado.

PREPARAÇÃO DE ORIGINAIS

Primeira página - Identificação

Deve conter o título do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, o nome completo dos autores e o nome e endereço da instituição onde o trabalho foi elaborado. A seguir, deve ser informado o nome do autor correspondente, juntamente com o endereço, telefone, fax e e-mail. Se o trabalho foi apresentado em congresso, devem ser mencionados o nome do congresso, local e data da apresentação.

Segunda página – Resumo e Summary

O resumo deve ser estruturado em quatro seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusões. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto. Da mesma forma, deve ser preparado o Summary que represente uma versão literal do Resumo, seguindo a mesma estrutura: Purpose, Method, Results e Conclusions.

Também devem ser incluídos até 3 descritores (palavras chave), assim com a respectiva tradução para os Key words (Descriptors). Esses descritores podem ser consultados nos endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/> que contém termos em português, espanhol ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

Corpo do Artigo

Deve ser dividido em Introdução, Método, Resultados e Discussão. As Referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, sob a forma de potenciação.

Idioma

Os artigos devem ser redigidos em português obedecendo à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa. Artigos em inglês e espanhol serão aceitos se os autores forem estrangeiros ou, se brasileiros, estiverem radicados no exterior.

Agradecimentos

Se desejados, devem ser apresentados ao final do texto, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria, bem como, às agências de fomento que subsidiaram as pesquisas que resultaram no artigo publicado.

Referências

As referências devem ser citadas quando de fato consultadas, em algarismos arábicos em forma de potenciação e numeradas por ordem de citação no texto. Devem ser citados todos os autores, quando até seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado segundo o *Cummulated Index Medicus/ Medline*.

Artigo de Revista

Wolff KD, Kesting M, Thurmuller P, Bockmann R, Holzle F. The anterolateral thigh as a universal donor site for soft tissue reconstruction in maxillofacial surgery. *J Craniomaxillofac Surg*. 2006;34(6):323-31.

Instituição como Autor

American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Estimating future workforce and training requirements for oral and maxillofacial surgeons. Patient Service Needs Committee of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55(8):906-9.

Capítulo de Livro

Alonso N. Trauma de face. In: Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA, eds. *Otorrinolaringologia: princípios de prática*. 2ª ed. São Paulo:Artmed;2006. p.1094-101.

Livro

Ward-Booth P, Eppley B, Schmelzeisen R. *Maxillofacial trauma and esthetic facial reconstruction*. Londres: Churchill Livingstone;2003. 750p.

Melega JM. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2004. 784p.

Tese

Guion-Almeida ML. *Hipertelorismo e defeitos de linha média facial: estudo genético-clínico de uma amostra de pacientes [Tese de doutorado]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas;2000. 247p.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/>

Tabelas e Ilustrações

Devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto, conter um título e estar em páginas separadas, ordenadas após as Referências. As tabelas não devem conter dados redundantes já citados no texto. As ilustrações devem estar acompanhadas de suas respectivas legendas. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas.

SUMÁRIO

EDITORIAL

Iniciando um novo ciclo...

Beginning a new cycle...

NIVALDO ALONSO

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Cranioplastia com implante de metilmetacrilato

Cranioplasty with methylmethacrylate implant

CASSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL, CARLOS LEONARDO COSTA PEREIRA, JULIANA AJUB,

RENATA MARIOTTO, GUILHERME ABUD LAPIN, QUEILAN CHAGAS, MARCELO CAMPOS GUIDI 1

RELATOS DE CASO / CASE REPORTS

Hemiatrofia facial progressiva: síndrome de Romberg

Progressive hemifacial atrophy: Romberg syndrome

JOÃO JUSTINO ACCIOLI VASCONCELOS, ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE VASCONCELOS, LUIS GUSTAVO F. SILVA,

JORGE BINS ELY, RODRIGO D'EÇA NEVES, RODRIGO VIEIRA 5

Utilização técnica de Labbè para reanimação da região perioral no tratamento da
paralisia facial

Labbè's technique for reanimation of the perioral region in the treatment of facial paralysis

LUIS GUSTAVO F. SILVA, JOÃO JUSTINO ACCIOLI VASCONCELOS, ZULMAR A. VASCONCELOS ACCIOLI,

RODRIGO D'EÇA NEVES, JORGE BINS ELY, ANDRÉ DE MIRANDA GOMES 9

TEMAS LIVRES 15

Iniciando um novo ciclo... Beginning a new cycle...

A nossa Revista está agora sob nova orientação, assumi a partir julho de 2006 a responsabilidade de prosseguir com a produção da Revista Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial – SBCC, *Brazilian Journal of Craniomaxillofacial*, tarefa árdua que foi executada com esmero e dedicação, anteriormente, por nosso colega o Dr. Marcus Vinícius Collares, do Rio Grande do Sul, a quem agradeço em nome da SBCC.

Assumir a produção da Revista representa por si só um grande desafio. Amparado pelo suporte associativo, uma ampla reforma foi efetivada, desde uma nova preparação gráfica até a disposição dos artigos que aqui apresentamos, seguindo com a criação de Normas para Publicação e, em breve, da disponibilidade eletrônica para nossos associados, no site www.sbcc.org.br. O nosso principal objetivo será tornar a revista uma referência nacional e internacional em nossa área de atuação.

No entanto, o mais importante, o cerne de uma Revista Científica é a contribuição e o reconhecimento dos seus pares. Para que isto se efetive, para que os colegas busquem em nossa Revista o veículo de apresentação das suas pesquisas, devemos ser perseverantes, exigentes e inabaláveis, na incessante qualificação científica e editorial. Esta é uma tarefa, sem dúvida, difícil, mas não impossível. Nesta primeira etapa, compond o processo de renovação, fomos resgatar os principais trabalhos apresentados em nossos congressos. Após uma seleção inicial, foram escolhidos os melhores trabalhos de 2004 e 2006 para completar os exemplares ainda em atraso, para a seguir continuarmos no curso natural da revista. Os cirurgiões de maior renome em nossa área serão estimulados a enviarem seus trabalhos e a terem suas experiências compiladas em artigos de revisão e outras formas de publicação possíveis.

Nossos objetivos seguem os mesmos do primeiro exemplar, qualificação editorial que possibilite uma seqüência padronizada de publicações e que nos leve ao reconhecimento dos órgãos internacionais. Novamente, vemo-nos com a complexa tarefa de estimular os colegas a apresentarem suas contribuições originais à Revista. Se a despeito do trabalho acadêmico e assistencial árduo, mas necessário, dedicarmos uma parcela do tempo à transformação da experiência acumulada em relatos importantes para a melhora da prática da especialidade, poderíamos multiplicar a repercussão da nossa prática clínica diária. Além disso, não podemos deixar de ressaltar a excelente qualidade dos trabalhos que preenchem os programas dos congressos de nossa área de atuação realizados no Brasil, não seria a hora de transformar este importante conteúdo científico em artigos originais? Creio que sim, este é o nosso foco, fato este que proporcionaria uma divulgação mais ampla do investigador, além da abertura de um foro para debate e crescimento de todos.

Renovar compromissos, um estímulo inebriante, mas sem o resgate e a conquista dos objetivos traçados nossa tarefa pode ser apenas fugaz, e desejamos o oposto, que ela se complete, se renove e se perpetue. Para isto, a participação comprometida de todos é fundamental.

Convido a todos, a participarem da revista com suas casuísticas, experiências, cartas e opiniões. Somente desta forma, a revista refletirá, verdadeiramente, o maior legado de uma sociedade médica constituída: a manifestação intelectual de seus associados.

Esperamos sua contribuição, ela poderá ser encaminhada para revista@sbcc.org.br

Nivaldo Alonso
Editor

Cranioplastia com implante de metilmetacrilato

Cranioplasty with methylmethacrylate implant

CASSIO EDUARDO RAPOSO DO AMARAL¹, CARLOS LEONARDO COSTA PEREIRA¹, JULIANA AJUB¹,
RENATA MARIOTTO¹, GUILHERME ABUD LAPIN¹, QUEILAN CHAGAS¹, MARCELO CAMPOS GUIDI²

RESUMO

Os implantes de metilmetacrilato têm sido utilizados tanto na cirurgia estética, para harmonizar o contorno facial, como nas reconstruções craniofaciais em pacientes sindrômicos com Crouzon e Apert. Atualmente, reconhece-se que os materiais aloplásticos fazem parte do arsenal do cirurgião craniofacial, facilitando o procedimento cirúrgico, com baixo índice de complicações. Apresentaremos os resultados de cinco dos nossos pacientes, vítimas de seqüela de trauma craniano, submetidos a cranioplastia com metilmetacrilato.

Descritores: Metilmetacrilatos. Anormalidades craniofaciais, cirurgia.

SUMMARY

The methylmethacrylate implants has been used in aesthetic surgery, for obtaining a desirable upper facial contour, and in craniofacial surgery for correction Crouzon's and Apert's malformation. Currently, we admitted that this aloplastic material is an important instrument of the surgeon's armamentarium, helping these procedures, with few complications. We are going to present five of our trauma victim's patients, who have submitted a cranioplasty with methylmethacrylate showing surgical technique and results.

Descriptors: Methylmethacrylates. Craniofacial abnormalities, surgery.

1. Residente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, SP.

2. Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, SP.

Correspondência: Cássio Eduardo Raposo do Amaral
Av. Moraes Salles, 2655 - Nova Campinas - Campinas - SP
CEP 13095-120. Tel: (19) 3254-7378 - Cel: (19) 9193-8926.
E.mail: cassioraposo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os implantes aloplásticos começaram a surgir e a se desenvolverem quando os cirurgiões craniofaciais descobriram a necessidade de se realizar a correção dos defeitos da face de uma forma rápida, eficiente e com riscos cirúrgicos baixos.

Gonzalez-Ulloa e Stevens¹ foram os pioneiros a utilizar materiais aloplásticos para aumento da região frontal, determinando dois fatores importantes para a implantação destes materiais no organismo: as características químicas do material e o método cirúrgico realizado. Outros autores apontaram a necessidade de uma técnica extremamente estéril nestes procedimentos, evitando-se, assim, a infecção, que é considerada a principal responsável pelos potenciais problemas nesta cirurgia^{2,3}. Os implantes de metilmetacrilato têm sido utilizados na cirurgia cosmética para suavizar e harmonizar o contorno facial², como também nas correções de malformações craniofaciais, como Crouzon e Apert^{3,4}. A experiência de alguns autores com longo tempo de seguimento dos seus pacientes mostrou grande vantagem do uso do metilmetacrilato em comparação aos enxertos autógenos, com ausência de complicações em pequeno e longo prazo²⁻⁴. Por outro lado, a toxicidade celular destes materiais parece comprovada em estudos experimentais em cachorros, onde foi demonstrada alta incidência de complicações, como infecção e migração do implante. Estas complicações parecem piores quando há a presença do implante em contato com a medula óssea⁵. Outros autores demonstraram inúmeras complicações em estudos clínicos¹.

Os efeitos cardiovasculares e pulmonares decorrentes da injeção intravascular de metilmetacrilato também foram descritos em animais e podem variar desde pequenas a grandes descompensações cardíacas, hipotensão e morte⁶⁻⁹. Mesmo diante das inúmeras complicações possíveis com o uso destes implantes, alguns autores se mostram confiantes e seguros quanto à eficácia clínica destes implantes. O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados de cinco dos nossos pacientes com seqüela de trauma em região frontal e parietal, submetidos a cranioplastia com implante de metilmetacrilato, no período de 2000 a 2004.

MÉTODO

O metilmetacrilato é preparado por meio da mistura do solvente com o polímero em uma cuba cirúrgica com vaselina. A vaselina impede a aderência do material à cuba e facilita a sua manipulação. Com isto, obtém-se o material que deverá ser moldado de acordo com a região a ser

implantada. Esta etapa de escultura do metacrilato deve ser rápida e precisa, pois logo ocorrerá uma reação de polimerização exotérmica, produzindo temperaturas muito altas, de até 85°C, necessitando irrigação com soro fisiológico até completa finalização do processo bioquímico. Fixamos o implante ao osso da cúpula com fios de aço número 2. Utilizamos antibioticoterapia por sete dias.

Técnica cirúrgica

Sob anestesia geral, o paciente é submetido ao procedimento cirúrgico com incisão bicoronal e descolamento subgaleal até a região do afundamento ósseo, onde é realizada a elevação do retalho de periósteo para colocação do implante de metacrilato. O implante é manualmente moldado e fixado à região da falha óssea com fios de aço (Figura 1). Ao final da cirurgia, é introduzido dreno tubular que deverá ficar sob o escalpo por 48 horas. Ao término da cirurgia, é realizado curativo compressivo com chumaço e faixa para permitir a hemostasia.

Avaliação clínica e radiológica

Realizamos a documentação fotográfica e solicitamos tomografia computadorizada com reconstrução em três dimensões (Figuras 2 e 3), radiografia de face em AP, perfil e Waters. Todos os exames foram realizados no próprio Serviço.

RESULTADOS

Mostraremos os resultados de cinco pacientes com seqüelas de trauma em região frontal e temporal, submetidos a cranioplastia com implante de metilmetacrilato, no período de quatro anos. As Figuras 4 e 6 ilustram o pré-operatório e as Figuras 5 e 7, o pós-operatório.

Figura 1 – Fixação do implante de metilmetacrilato com fio de aço



Figura 2 – Tomografia computadorizada com reconstrução pré-operatória

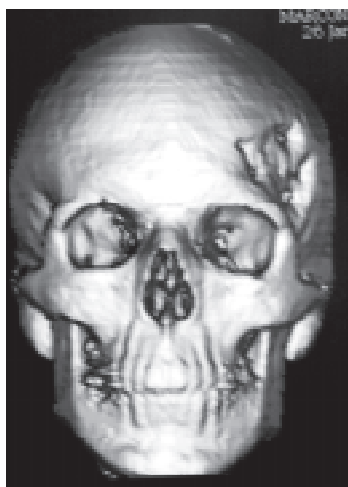


Figura 3 – Tomografia computadorizada com reconstrução pré-operatória



Figura 4 – Pré-operatório

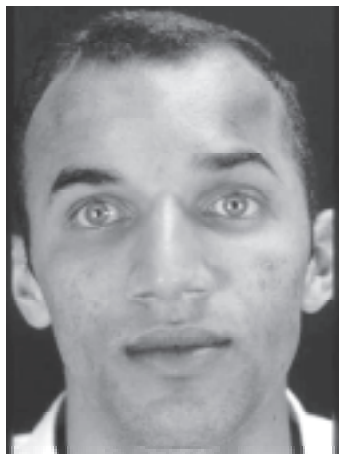


Figura 5 – Pós-operatório

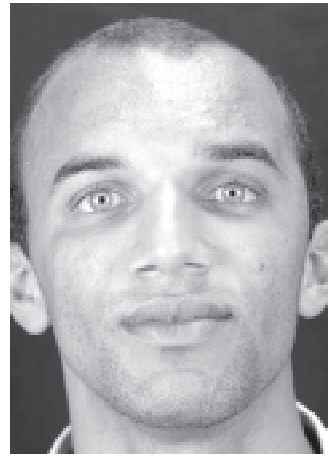


Figura 6 – Pré-operatório



Figura 7 – Pós-operatório



DISCUSSÃO

Como acesso cirúrgico para as cranioplastias, utilizamos a incisão bicoronal, permitindo uma distância adequada do implante, pois esta proximidade propicia a possibilidade de deiscência e infecção¹⁰. Fixamos o metilmetacrilato com fio de aço, evitando a migração do mesmo. A escultura do implante é feita manualmente, observando-se a falha óssea no crânio, desta forma, o resultado final dependerá da habilidade do cirurgião².

Gonzalez-Ulloa e Stevens¹, pioneiros a utilizarem estes implantes para correção da região frontal, apontaram algumas complicações, como infecção, migração e extrusão do implante. A experiência do nosso serviço mostra que a extrusão do implante pode ocorrer após 15 anos de cirurgia, sem nenhuma complicação anterior. Não é necessário hipercorrigir os defeitos ósseos, já que não há reabsorção do implante como ocorre nos enxertos ósseos¹¹.

CONCLUSÃO

Os implantes aloplásticos parecem facilitar as correções cirúrgicas craniofaciais, oferecendo bons resultados estéticos, mas devemos estar muito atentos às complicações sistêmicas e cirúrgicas em pequeno e, principalmente, em longo prazo da utilização destes implantes.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez-Ulloa M, Stevens E. Implants in the face: a review of our experience in the subcutaneous use of methylmethacrylate. *Plast Reconstr Surg.* 1964;33:532-42.
2. Ousterhout DK, Zlotolow IM. Aesthetic improvement of the forehead utilizing methylmethacrylate onlay implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14(4):281-5.
3. Shons AR, Press BH, Waite DE, Chou SN. The use of methylmethacrylate in a two-stage correction of Crouzon's/Apert's deformity. *Ann Plast Surg.* 1983;10(2):147-53.
4. Ousterhout DK, Baker S, Zlotolow I. Methylmethacrylate onlay implants in the treatment of forehead deformities secondary to craniosynostosis. *J Maxillofac Surg.* 1980;8(3):228-33.
5. Sorensen WG, Bloom JD, Kelly PJ. The effects of intramedullary methylmethacrylate and reaming on the circulation of the tibia after osteotomy and plate fixation in dogs. *J Bone Joint Surg Am.* 1979;61(3):417-24.
6. Berman AT, Price HL, Hahn JF. The cardiovascular effects of methylmethacrylate in dogs. *Clin Orthop Relat Res.* 1974;100:265-9.
7. Eftekhari NS, Kierman HA Jr, Stinchfield FE. Systemic and local complications following low-friction arthroplasty of the hip joint: a study of 800 consecutive operations. *Arch Surg.* 1976;111(2):150-5.
8. Ellis RH, Mulvein J. The cardiovascular effects of methylmethacrylate. *J Bone Joint Surg Br.* 1974;56(1):59-61.
9. McMaster WC, Bradley G, Waugh TR. Blood pressure lowering effect of methylmethacrylate monomer: potentiation by blood volume deficit. *Clin Orthop Relat Res.* 1974;98:254-7.
10. White JC. Late complications following cranioplasty with alloplastic plates. *Ann Surg.* 1948;128:743-55.
11. Ousterhout DK. Feminization of the forehead, contour changing to improve female aesthetics. *Plast Reconstr Surg.* 1987;79(5):701-13.

Hemiatrofia facial progressiva: síndrome de Romberg

Progressive hemifacial atrophy: Romberg syndrome

JOÃO JUSTINO ACCIOLI VASCONCELOS¹, ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE VASCONCELOS²,
LUIS GUSTAVO F. SILVA³, JORGE BINS ELY⁴, RODRIGO D'EÇA NEVES⁵, RODRIGO VIEIRA⁶

RESUMO

A hemiatrofia facial progressiva (Síndrome de Romberg) confere aspectos físicos característicos aos seus portadores, estes normalmente desenvolvem-se em adultos jovens e têm a sua evolução no curso de dois a 10 anos. Dentre as muitas formas de tratamento encontradas, destaca-se como sendo a mais efetiva e duradoura a técnica na qual se faz uso de um retalho livre microcirúrgico para correção de seu aspecto estético. Este relato tem como finalidade demonstrar o tratamento realizado em dois casos de pacientes portadores desta doença e atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Descritores: Assimetria facial, cirurgia. Hemiatrofia facial, cirurgia. Retalhos cirúrgicos.

SUMMARY

The progressive hemifacial atrophy (Romberg Syndrome) brings characteristic physical aspect to the patients. It is more common in young adults with evolution between two and 10 years. Among the several treatment options, the use of a micro-surgical free-flap to correct patient's physical aspect has been reported as the most effective technique. This report allows to demonstrate the treatment done in two patients with this disease, in the Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Descriptors: Facial asymmetry, surgery. Facial hemiatrophy, surgery. Surgical flaps.

1.Cirurgião Plástico e Crânio-facial, médico assistente do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica da UFSC e Médico Cirurgião Plástico do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

3.Médico residente de Cirurgia Plástica do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

4.Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica da UFSC e Médico Cirurgião Plástico do Núcleo de Cirurgia Plástica da UFSC.

5.Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da UFSC e Chefe do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

6.Médico residente de Cirurgia Plástica do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

Correspondência: João Justino Accioli Vasconcelos
Rodovia Admar Gonzaga, 1623, apto 201, bloco 1 – Florianópolis, SC
CEP 88034-000

E.mail: lugusf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hemiatrofia facial progressiva foi primariamente descrita por Parry, em 1825, e depois por Romberg, em 1846. A Síndrome de Parry – Romberg é uma desordem rara, caracterizada por lenta e progressiva atrofia inicial do tecido celular subcutâneo, seguida, algumas vezes, de pele e músculos em um lado da face. Ela comumente aparece nas primeiras e segundas décadas de vida.

Quando a patologia se instala na primeira década de vida, produz redução de crescimento dos ossos e cartilagens da região crânio-facial atingida, produzindo assim distorção do esqueleto crânio-facial.

A atrofia do tecido celular subcutâneo, inicialmente limitada, progride até atingir toda hemiface e leva de dois a 10 anos para estabilizar-se.

“Coup de Sabre” ou golpe de foice é uma maneira de designação, isto pela característica da doença, visto que, esta normalmente divide a face em duas áreas distintas em aspecto estético, sendo a linha média crânio-facial o ponto desta divisória.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no tratamento de dois pacientes portadores de Síndrome de Romberg, que foram tratados cirurgicamente com a confecção de retalhos livres microcirúrgicos diferentes para cada paciente, como descrito adiante.

RELATO DOS CASOS

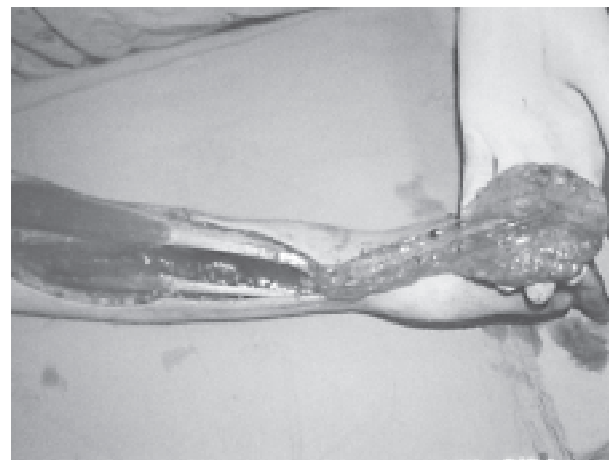
Caso 1

CM, 33 anos, branco, sexo masculino, solteiro, eletricitista.

Há aproximadamente 30 meses, percebeu “afundamento” da região paranasal direita, sem história de trauma recente, este aspecto evoluiu para região hemifacial direita, tendo havido então estabilização da lesão. Não apresentava alteração da mímica facial (mantinha musculatura e funções preservadas) e também não apresentava deformidade óssea.

Após discussão do caso em reunião do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o paciente foi levado a cirurgia, com intuito de preenchimento de defeito facial com retalho microcirúrgico antebraquial baseado na artéria e veia radial (Figura 1).

Figura 1 – Retalho microcirúrgico antebraquial



Através de incisão pré-auricular direita e descolamento do tecido celular subcutâneo remanescente e após decorticação do retalho acima citado, realizou-se a anastomose término-terminal da artéria radial com a artéria facial, previamente dissecada ao nível do ângulo da mandíbula direita, bem como da veia radial com a veia jugular. O leito doador do retalho foi enxertado com pele total da região inguinal.

No 7º dia de pós-operatório, o paciente recebeu alta hospitalar em uso de ácido acetilsalisílico (AAS) por 45 dias. No 15º dia de pós-operatório, observamos um pequeno hematoma no ângulo da mandíbula, sem maiores complicações.

Ao longo da evolução, no 8º mês de pós-operatório, o paciente apresentou área deprimida em região malar direita em virtude de desinserção do retalho a este nível.

Um ano após o procedimento inicial, o paciente foi submetido a cirurgia com incisão a nível do sulco nasogeniano, com anestesia local para reinserção do retalho a este nível, tendo um bom resultado cirúrgico.

Caso 2

MBAS, 33 anos, sexo feminino, branca, casada, do lar.

Paciente apresentava hemiatrofia facial esquerda com aproximadamente três anos de evolução, sendo que, aproximadamente seis meses antes da operação, houve uma lentificação na progressão da doença.

Segundo informação da própria paciente, o ponto inicial de percepção do defeito facial foi ao nível da região mentoniana esquerda, com progressão hemifacial subsequente.

A paciente apresentava esqueleto crânio-facial sem alterações, com mímica facial preservada (Figuras 2A e 2B).

Este caso também foi discutido em reunião clínica do Serviço de Cirurgia Plástica, sendo que a decisão tomada foi pertinente, com tratamento cirúrgico incluindo a confecção de um retalho microcirúrgico para-escapular esquerdo.

O ato cirúrgico desenvolveu-se com o isolamento de retalho para-escapular baseado na artéria circunflexa da

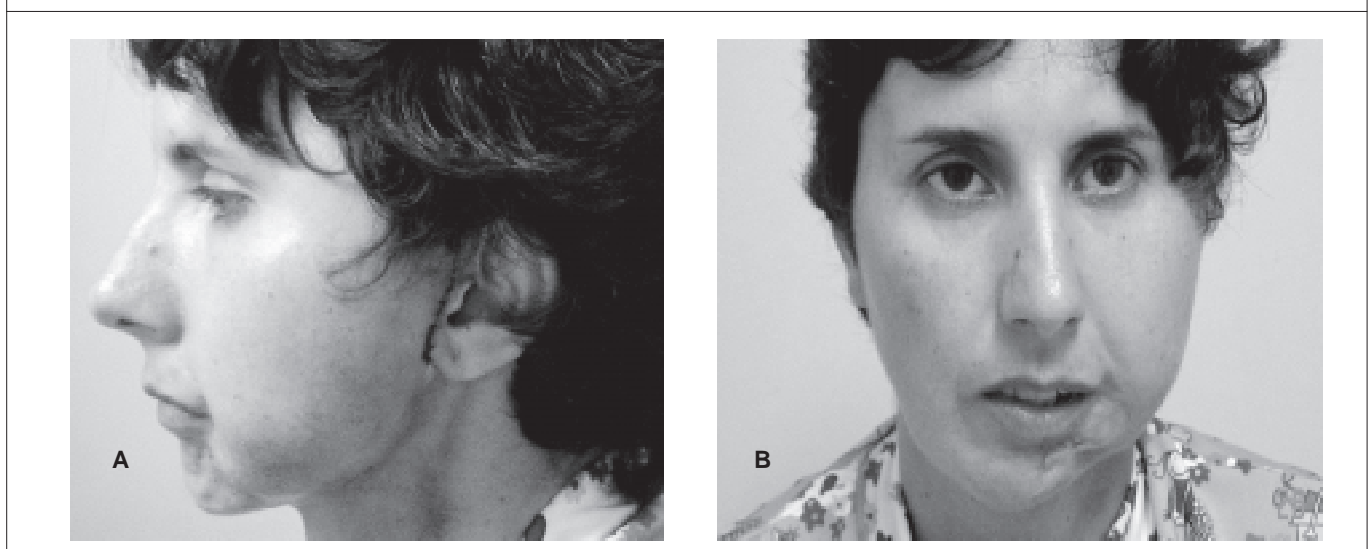
escápula e posterior decorticação deste. Através de incisão pré-auricular e lábio inferior, com descolamento do tecido celular subcutâneo à esquerda, fez-se o posicionamento do retalho e anastomose término-terminal da artéria facial dissecada ao nível do ângulo da mandíbula com a artéria circunflexa da escápula.

No 7º dia de pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar em uso de AAS por 45 dias. No 15º dia de pós-operatório, a paciente encontrava-se com boa evolução, sendo mantido o AAS (Figuras 3A e 3B).

Figura 2 – Aspecto pré-operatório de paciente portadora de hemiatrofia facial esquerda



Figura 3 – Aspecto pós-operatório da paciente



DISCUSSÃO

As deformidades faciais decorrentes da atrofia do tecido celular subcutâneo, músculos e estruturas subjacentes podem ser classificadas¹ em:

- Hemiatrofia Facial Progressiva (Doença de Romberg) - caracterizada pela atrofia progressiva, lenta, unilateral da face, principiando por tecido celular subcutâneo e músculos, podendo provocar alterações osteo-cartilaginosas. Acomete principalmente mulheres jovens. Não possui etiopatogenia definida, acredita-se que decorra da lesão do sistema nervoso simpático cervical. Apresenta evolução de, às vezes, 10 anos, cessando subitamente sem explicação definida², habitualmente a lesão tende a estabilizar-se com dois anos de evolução.
- Lipodistrofia Facial Progressiva (Doença de Barraquer-Simons) - é muito rara e possui aspectos clínicos semelhantes à Doença de Romberg, com a diferença de acometer a face de maneira bilateral.

Histologicamente, na atrofia facial progressiva, há um acréscimo de tecido conectivo endoneural, desaparecimento quase que completo das fibras de mielina e microangiopatia³, isto sugere que lesões da inervação simpática cervical acabam por determinar a atrofia facial ipsilateral.

Normalmente, o tratamento é cirúrgico. A reconstrução microcirúrgica, focando a correção da assimetria facial e restauração do seu contorno, tem sido considerada o padrão-ouro para a Doença de Romberg⁴.

Várias técnicas cirúrgicas são relatadas, entre elas, transplante de gordura, próteses siliconadas ou injeção de silicone, próteses acrílicas e retalhos gordurosos avasculares, porém todos estes têm sido abandonados por mostrarem um resultado pouco natural ou somente por determinado tempo, devido também a grande área a ser preenchida. Técnicas mistas com retalhos microvasculares associados com implante de polietileno e correção com remodelação ou re-suspensão do retalho têm sido relatadas. Retalhos pediculados como a transposição do músculo temporal ou de um retalho desepitelizado músculo-cutâneo do peitoral maior obtêm um relativo resultado estético, mas têm sua limitação pela extensão

da liberação e atrofia muscular subsequente. Contudo, percebe-se que, para que se obtenha um resultado satisfatório e permanente, um retalho livre microcirúrgico deve ser obrigatório⁵. Além dos exemplos usados neste relato, existem outros retalhos livres como, por exemplo, o ântero-lateral da coxa⁶. Dentre todas é, sem dúvida, aquela que usa o retalho livre através da microcirurgia a modalidade terapêutica que oferece melhores e mais duradouros resultados estético-funcionais.

CONCLUSÃO

Com o relato destes dois casos de hemiatrofia facial progressiva (Doença de Romberg), tratados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, pode-se perceber que a modalidade de tratamento aqui assumida para esta doença mostrou-se eficaz no que condiz ao resultado estético e funcional almejado. Não houve complicações relativas e inerentes ao tratamento efetuado. Desde que feito por pessoal qualificado, a realização do retalho livre microvascular é talvez a melhor escolha para a reparação das seqüelas impostas pela Síndrome de Romberg.

REFERÊNCIAS

1. Mazzeo N, Fischer JG, Mayer MH, Mathieu GP. Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg Syndrome). Case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995;79(1):30-5.
2. Rigotti G, Cristofoli C, Marchi A, Bruti M, Pignatti M. Treatment of Romberg's disease with parascapular free flap and polyethylene porous implants. *Facial Plast Surg.* 1999;15(4):317-25.
3. Malandrini A, Dotti MT, Federico A. Selective ipsilateral neuromuscular involvement in a case of facial and somatic hemiatrophy. *Muscle Nerve.* 1997;20(7):890-2.
4. Cooper TM, Lewis N, Baldwin MA. Free groin flap revisited. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(3):918-24.
5. Longaker MT, Siebert JW. Microvascular free-flap correction of severe hemifacial atrophy. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96(4):800-9.
6. Guelinckx PJ, Sinsel NK. Facial contour restoration in Barraquer-Simons syndrome using two free anterolateral thigh flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(5):1730-6.

Utilização técnica de Labbè para reanimação da região perioral no tratamento da paralisia facial

Labbè's technique for reanimation of the perioral region in the treatment of facial paralysis

LUIS GUSTAVO F. SILVA¹, JOÃO JUSTINO ACCIOLI VASCONCELOS²,
ZULMAR A. VASCONCELOS ACCIOLI³, RODRIGO D'EÇA NEVES⁴, JORGE BINS ELY⁵, ANDRÉ DE MIRANDA GOMES⁶

RESUMO

A paralisia facial permanente traz uma das seqüelas estéticas e funcionais mais graves encontradas na cirurgia plástica. Com o passar do tempo, o processo de atrofia muscular se instala, sendo necessária a utilização de transplantes musculares ou a reanimação dinâmica com músculos regionais. Em 2000, Labbè² descreveu sua técnica, onde faz a reanimação dinâmica com o músculo temporal, sem a necessidade de utilizar enxertos fasciais, como nas técnicas descritas anteriormente. O Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Dr. Polidoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina utilizou esta técnica no tratamento de uma paciente vítima de paralisia facial, o qual será relatado, assim como os detalhes da técnica.

Descritores: Paralisia facial, cirurgia. Retalhos cirúrgicos. Músculo temporal, transplante.

SUMMARY

Permanent facial paralysis is one of the most important functional and aesthetic handicaps among the sequelae observed in plastic surgery. After a few months, the muscular atrophy process has been installed, turning necessary the utilization of microsurgery techniques or a dynamic reanimation procedure. In 2000, Labbé described his technique where he makes a dynamic reanimation utilizing the temporal muscle with out the addition of fascial grafts avoiding the problems described with other muscular techniques. The Núcleo de Cirurgia Plástica of Hospital Universitário Dr. Polidoro Ernani de São Thiago of Santa Catarina Federal University has used this procedure in the treatment of one patient with facial paralysis. It will be related and the technical details discussed.

Descriptors: Facial paralysis, surgery. Surgical flaps. Temporal muscle, transplantation.

1.Médico residente de Cirurgia Plástica do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.Cirurgião Plástico e Crânio-facial, médico assistente do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

3.Professor da Disciplina de Técnica Cirúrgica da Universidade Federal de Santa Catarina. Médico cirurgião plástico e microcirurgião do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

4.Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Santa Catarina. Chefe do Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFSC.

5.Professor da Disciplina de Técnica Cirúrgica da UFSC.

6.Cirurgião Plástico.

Correspondência: Luis Gustavo F. Silva
Rodovia Admar Gonzaga, 1623, apto 201, bloco 1 – Florianópolis,
SC - CEP 88034-000
E-mail: lugusf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A paralisia facial permanente é uma das maiores incapacitações funcionais e estéticas observadas na cirurgia plástica.

Os objetivos do tratamento são: fornecer simetria com a face em repouso; simetria com movimentos voluntários; controle dos esfíncteres orais, nasais e ocular; restabelecimento da mímica facial e ausência de déficits funcionais secundários ao tratamento. Infelizmente, ainda não existe uma técnica ideal que cumpra todos os objetivos, sendo ainda necessário múltiplas cirurgias e a participação de uma equipe multidisciplinar para a obtenção dos melhores resultados¹.

A adequada avaliação do paciente nos permite utilizar a técnica mais indicada para cada caso. Quando a lesão ocorreu há mais de um ano, a atrofia muscular instalada faz com que as técnicas exclusivas de reconstrução neural sejam ineficazes, sendo necessário empregar técnicas de reanimação estática ou dinâmica. A reanimação dinâmica oferece os melhores resultados, porém, a necessidade da realização de microcirurgia ou da utilização de enxertos fasciais faz com que o tempo cirúrgico e para o início do aparecimento dos resultados sejam longos, assim como a complexidade do método. A utilização de enxertos fasciais leva a um pobre resultado a longo prazo.

Em abril de 2000, foi publicado por Labbè e Huault², na França, uma técnica onde se faz a mioplastia do músculo temporal, com o objetivo de reanimar o lábio. Sua técnica baseia-se na idéia de McLaughlin³, porém sem a utilização de enxertos de fascia lata.

O Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Dr. Polidoro Ernani de São Thiago utilizou esta

técnica no tratamento de um paciente portador de paralisia facial periférica com evolução de longa data.

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente submetida a tratamento de paralisia facial com utilização da técnica descrita por Labbè e Huault², assim como discutir os aspectos técnicos referentes a mesma.

RELATO DO CASO

Foi realizada pesquisa em prontuário médico obtido junto ao SAME para obtenção dos dados e realizada entrevista com a paciente.

O levantamento bibliográfico foi realizado no Medline com acesso pela Internet.

Identificação: ES, 28 anos, sexo feminino, natural e procedente de Morro Grande-SC, doméstica, com uma internação anterior.

Queixa principal: assimetria e falta de movimento dos lábios.

HDA: Há 23 anos, refere trauma na região temporal, evoluindo com perda dos movimentos da região perioral, assimetria labial e hipoacusia à esquerda. Nega doenças associadas, fumo ou uso de medicações. Nega alergias.

Exame físico: Assimetria da região perioral, ausência de função da musculatura do lado esquerdo da face. Ausência de movimentos palpebrais e presença do reflexo de Bell. Atrofia da musculatura facial (Figuras 1A e 1B).

Conduta: Submetida a reanimação da região perioral, utilizando a técnica descrita por Labbè e Huault².

O tempo cirúrgico foi de 210 minutos, a paciente recebeu alta no 3º dia de pós-operatório, com orientação

Figura 1 – Aspecto pré-operatório, demonstrando ausência de movimentos palpebrais e atrofia da musculatura facial

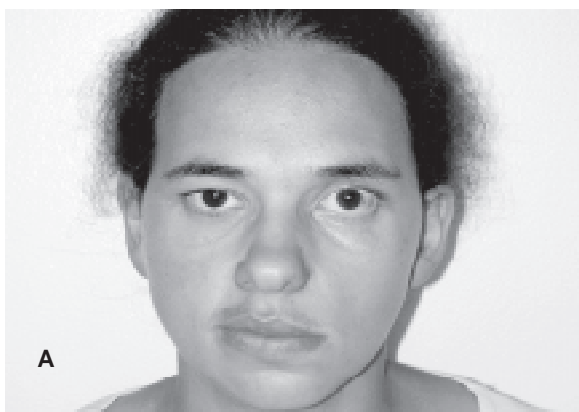
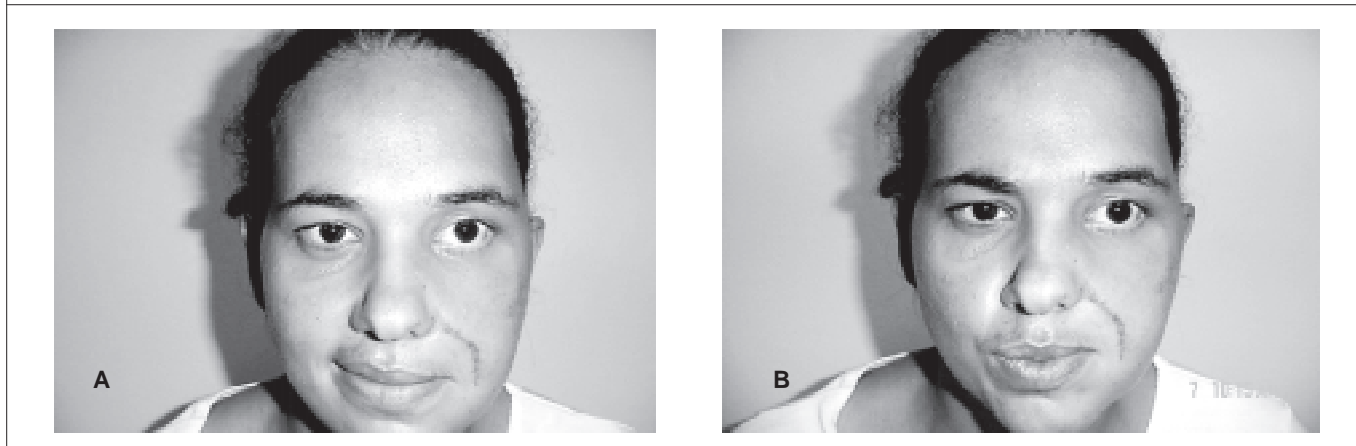


Figura 2 – Aspecto pós-operatório, demonstrando melhora da simetria facial



de permanecer com dieta pastosa por uma semana, não houve nenhuma complicação mediata.

A paciente encontra-se no 30º dia de pós-operatório e nota-se a melhora da simetria facial, assim como o início dos movimentos da região perioral (Figuras 2A e 2B).

DISCUSSÃO

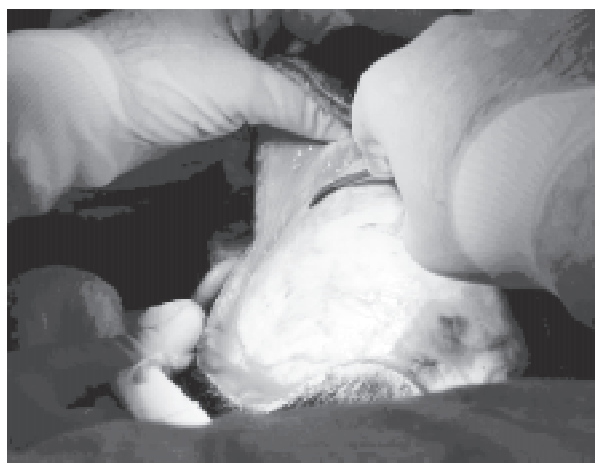
A paralisia facial é classificada em três grandes grupos: intracranial, intratemporal e extracranial¹. Podemos citar como exemplo de causas intracraniais as alterações vasculares; como causas de lesões intratemporais, as infecções virais ou bacterianas e, como causa das lesões extracraniais, as lesões iatrogênicas.

Sempre que possível, a sutura do nervo lesionado é o melhor tratamento. Quando temos perda de tecido nervoso, optamos pela realização de enxerto, normalmente, usando como doador o nervo sural. Porém, com a instalação da atrofia muscular, estas técnicas tornam-se ineficazes, sendo necessária a realização de transplantes musculares ou a reanimação dinâmica, com a utilização de músculos como o temporal.

Em 1934, Gillies⁴ teve a idéia de alongar o terço médio do músculo temporal e rodá-lo sobre o arco zigomático usando uma faixa de fascia lata. Em 1949, McLaughlin³ descreveu técnica semelhante, só que utilizando todo músculo após seccionar o processo coronóide através de um acesso intra-oral. Novamente, a fascia lata era necessária.

Em 2000, Labbè e Huault² desenvolveram uma técnica para reanimação dos lábios, baseada na idéia de McLaughlin³, com a diferença de realizar a osteotomia do arco zigomático e, após a realização da mioplastia,

Figura 3 – Aspecto intra-operatório, demonstrando o descolamento do retalho frontal



transferir a extremidade fixada no processo coronóide para o lábio, sem a necessidade de utilizar enxerto de fascia lata, preservando um ponto fixo na região temporal.

Técnica cirúrgica

O paciente é posicionado em decúbito dorsal com um leve anti-Trendelenburg, a entubação nasotraqueal é preferida por permitir uma melhor avaliação transoperatória da simetria dos lábios.

É realizada incisão coronal, posicionada atrás e acima da inserção da hélix. A incisão é realizada bilateralmente, neste momento, deve-se ter o cuidado para não lesar a fascia temporal.

O retalho frontal é descolado até aproximadamente 1 a 2cm acima da órbita (Figura 3). Na região temporal, a

elevação do retalho se faz posteriormente ao longo da inserção do músculo temporal. A dissecação é feita entre o fascia temporal superficial e a aponeurose temporal até aproximadamente 2 cm acima do arco zigomático.

Após a exposição completa da região temporal e do arco zigomático, é feita a osteotomia do zigomático, deixando-o preso no masseter, em sua região inferior. A secção deve ser bem anterior para facilitar a exposição do processo coronóide (Figura 4).

Deve-se visualizar bem o tendão temporal e, então, realizar a osteotomia do processo coronóide. A permanência do tendão preso ao osso facilita a transferência do tendão para o lábio através de um túnel subcutâneo (Figura 5).

A incisão na fáscia temporal é feita 1cm abaixo da crista temporal e na sua metade anterior, deixando uma faixa de aponeurose na crista para a sutura final da musculatura. O músculo é completamente liberado de suas inserções, tendo o cuidado de preservar os vasos temporais profundos que correm na sua superfície posterior.

Uma incisão de 4cm é realizada no sulco nasogeniano e um túnel subcutâneo é dissecado. O processo coronóide é pego por um fórceps e tracionado através do túnel até a comissura oral. É, então, liberado do processo coronóide e suturado nos músculos periorais, numa faixa de 3cm de largura.

O músculo é suturado na faixa de aponeurose e a osteossíntese do arco zigomático é realizada. A tração do músculo previamente a sua sutura causa uma supercorreção, o que é desejado. A sutura da pele e o curativo são realizados sem particularidades.

Após o 20º dia de pós-operatório, a paciente é orientada para realizar alguns pequenos exercícios em casa, com o objetivo de desenvolver melhor a mobilidade labial, simetria do sorriso e facial, deglutição e a articulação das palavras.

As vantagens do método são a realização da suspensão dinâmica da região perioral sem a necessidade da utilização de enxertos fasciais, não deixa nenhuma seqüela estética significativa, utiliza todo o músculo e não somente uma faixa muscular, além de ser de fácil execução para um cirurgião bem treinado².

Com a passagem do tendão por baixo do arco zigomático evita-se a deformidade da região zigomática, um dos grandes inconvenientes da reanimação com o músculo temporal⁵.

As incisões ficam posicionadas em locais de dobras cutâneas naturais, tornando-as bem discretas.

A utilização de pequenas tiras musculares faz que, com o passar do tempo, a atrofia destas fibras transformem a suspensão dinâmica em simplesmente uma suspensão estática². Com a técnica descrita, é utilizado todo o corpo muscular e há a preservação de um ponto fixo, evitando-se este problema.

A passagem do tendão abaixo do tecido celular subcutâneo permite o livre deslizamento da estrutura, prevenindo aderências como quando posicionado sobre a pele.

As desvantagens da técnica seriam a impossibilidade de utilização da mesma em casos de lesões da região temporal ou de seu pedículo vâsculo-nervoso; a presença de tecido irradiado pode dificultar o deslizamento das

Figura 4 – Aspecto intra-operatório, demonstrando exposição completa da região temporal



Figura 5 – Aspecto intra-operatório, onde observa-se detalhe do tendão temporal



estruturas; a mímica não é espontânea, necessitando cooperação do paciente e o fato de ser uma técnica nova, necessitando de avaliação a longo prazo².

CONCLUSÕES

Concluímos que a técnica utilizada, apesar de nova e da necessidade de avaliação a longo prazo, apresenta resultados promissores, é de execução relativamente fácil, o tempo cirúrgico é menor quando comparado às técnicas microcirúrgicas, assim como o aparecimento dos resultados, tornando-se uma boa opção para o tratamento da paralisia facial da região perioral.

REFERÊNCIAS

1. Graab WC, Smith JW. Plastic and reconstructive surgery. Philadelphia:Lippincott-Raven Publishers;1997.
2. Labbè D, Huault M. Lengthening temporalis myoplasty and lip reanimation. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(4):1289-98.
3. McLaughlin CR. Surgical support in permanent facial paralysis. *Plast Reconstr Surg.* 1953;11(4):302-14.
4. Gillies H. Experiences with fascia lata grafts in the operative treatment of facial paralysis. *Proc R Soc Med.* 1934; 27:1372.
5. May M, Drucker C. Temporalis muscle for facial reanimation: a 13 year experience with 224 procedures. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993;119(4):378-84.

Trabalho realizado no Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, SC.



VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA
CRANIOMAXILOFACIAL

10 a 12 de Junho 2004
Rio de Janeiro, RJ

TRATAMENTO DE MACROSTOMIA

XAVIER SM, SANTIAGO MFL, MATSUNAGA WY, GUAZZELLI UF, GUAZZELLI UF, NASCIMENTO LG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SÃO PAULO - SP

A macrostomia é uma anomalia congênita rara, que deve ser tratada o mais precocemente possível para a obtenção de bons resultados, sem comprometimento do desenvolvimento facial. O estudo tem como objetivo demonstrar que a técnica utilizada proporciona ótimos resultados estético-funcionais a curto e longo prazos. Os autores relatam três casos operados pela mesma técnica cirúrgica, acrescentando um retalho mucoso de pedículo superior na comissuroplastia, com a finalidade de evitar uma sutura na comissura, modificando, assim, a técnica descrita por Boo-Chai. Uma zetaplastia é realizada em toda a linha de sutura da pele. Um paciente apresentava macrostomia bilateral, enquanto os outros dois apresentavam macrostomia unilateral. Todos foram operados no primeiro ano de vida. Os pacientes evoluíram com ótimos resultados estético-funcionais no pós-operatório. Conclui-se que a combinação da comissuroplastia (com retalho superior do vermelhão), associada à zetaplastia em toda linha de sutura, é um procedimento cirúrgico efetivo que provê bons resultados mesmo a longo prazo.

PRESERVING THE FRONTAL BRANCH OF THE FACIAL NERVE DURING ZYGOMATIC ARCH DISSECTIONS

CRUZ AAV

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP - SP

The scalp can be defined as the soft tissue covering the cranium and thus extending over the frontal, temporal parietal and occipital regions. Traditionally the scalp is described as comprised of five layers reflected in the well know mnemonic SCALP (S = skin, C = subCutaneous tissue, A = aponeurosis, L = loose areolar tissue, P = pericranium). This basic structure of five layers is appropriate to describe only the scalp of the frontal region. In the temporal region, the anatomy is more complex due to the presence of the temporalis muscle and of the cranial extension of the bucal fat pad. In the surgical literature the anatomical nomenclature used to describe the layers of the scalp is extremely confusing. The same layer may receive different names and conversely the same name is sometimes used to describe different structures. This variation can be purely semantic or conceptual. We believe that the terminology of the frontal and temporo-parietal region is simplified if the reader understands that, similarly to what happen in the face, in both frontal and temporal regions there is a continuous layer that lies immediately beneath the skin and the fat subcutaneous tissue. This layer represents the cephalic portion of the superficial muscle aponeurotic system or SMAS. In the present work we discuss the possibilities of surgical exposure of the zygomatic arch with emphasis in the relationship between the SMAS and the frontal branch of the facial nerve.

LIPOMATOSE ENCEFALOCRANIOCUTÂNEA (SÍNDROME DE HABERLAND): RELATO DE CASO

GUAZZELLI UF, RUFATTO LA, TAVARES AJ, GEHRKE R, GUAZZELLI UF, COELHO SP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SÃO PAULO - SP

A lipomatose encefalocraniocutânea (Síndrome de Haberland) é uma doença rara, caracterizada pela presença de neoplasias cutâneas lipomatosas acometendo principalmente o couro cabeludo, acompanhadas de outras malformações, predominantemente neurológicas e oculares. Devido à raridade da doença e variável acometimento clínico, o seu tratamento pode ser desafiador, dependendo principalmente da extensão das manifestações encontradas. O presente relato tem como objetivo demonstrar as táticas utilizadas para reparação das lesões tegumentares ocasionadas pela doença, dentre elas o uso de expansor de tecidos e ressecção parcelada de lesões. Os autores relatam um caso de uma criança do sexo feminino, 3 anos, portadora da Síndrome de Haberland. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico da lipomatose acometendo o couro cabeludo mediante uso de expansor de tecidos, bem como exérese parcial das lipomatoses em face. Houve excelente evolução do caso com a tática cirúrgica empregada com evidente melhora do aspecto estético. Conclui-se que o uso de expansores de tecidos permanece um método bastante útil para a reparação de defeitos nos quais necessitamos de avanço local de retalhos em áreas de tecidos escassos. A ressecção parcelada de áreas tegumentares acometidas também constitui um bom método de correção de defeitos na face, podendo ser realizada em intervalos de tempo pré determinados, sem distorção da anatomia normal.

BLINDNESS AFTER LE FORT I OSTEOTOMY: A POSSIBILITY IN THE SPECTRUM OF SKULL BASE COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH SEPARATION OF THE PTERYGOMAXILLARY JUNCTION

CRUZ AAV, SANTOS AC

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP - SP

Introduction: Visual loss after Le Fort I osteotomy is an unexpected and devastating complication whose mechanisms are not always clear. **Methods:** A case report of blindness after a Le Fort I osteotomy is presented. The literature of the skull base complications associated with Le Fort I osteotomies was reviewed and the mechanisms of these complications commented. **Conclusion:** The radiological findings of our case are similar to previously reported cases and strongly support the hypothesis that an adverse transmission of forces through the sphenoid bone to the intra- and extracranial portions of the skull base is the main reason for optical nerve injury and other vascular and cranial nerve palsies associated with surgery for disjunction of the pterygomaxillary junction.

RECONSTRUÇÕES MICROCIRÚRGICAS APÓS EXTENSAS RESSECÇÕES DE TUMORES INVADINDO A FOSSA CRANIANA ANTERIOR

GREGÓRIO TCR, ANLICOAR R, SBALCHIERO JC, GALVÃO MSL, LEAL PRA
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – RIO DE JANEIRO – RJ

Objetivos: Apresentação de uma série de pacientes submetidos a ressecções de tumores invadindo a fossa craniana anterior e reconstruídos com retalhos microcirúrgicos. **Método:** Avaliação retrospectiva de 47 pacientes operados entre março de 1990 e julho de 2002, no Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia do INCA. **Resultados:** As estruturas mais envolvidas na ressecção foram a órbita (76,5%), seio maxilar (76,5%), seio esfenoidal (63,8%), paredes da cavidade nasal (59,5%), palato (42,5%), com invasão da dura-máter em 32% dos casos. A reparação da dura-máter foi realizada empregando-se enxertos e retalhos locais. A reconstrução microcirúrgica utilizou o retalho do músculo reto abdominal em 93,6% dos casos. A taxa de complicações foi de 57,4%, sendo as mais freqüentes as infecções locais (31,9%), fístulas liquóricas (15%), meningite (6,5%) e hematoma (6,5%). A perda total do retalho ocorreu em um caso (2%) e houve uma revisão de anastomose com salvamento do retalho. A taxa de sucesso dos transplantes livres foi de 98%. **Conclusão:** A reconstrução microcirúrgica permitiu que se realizassem ressecções alargadas dos tumores de base do crânio com limites seguros e índices de complicações aceitáveis, possibilitando o tratamento de tumores antes fora de possibilidade cirúrgica e melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

ESTUDO COMPARATIVO PARA EXTRAÇÃO ÓSSEA EM ENXERTO ALVEOLAR

SILVA JR. WL, BUZZO CL, MODOLO JH, BASSO RCF, REDA ALP, LOPES RG, MENDES FD, NOVAES T
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL = HOSPITAL DA SOBRAPAR, CAMPINAS - SP

Objetivo: Avaliar duas técnicas cirúrgicas para retirada de tecido ósseo de crista ilíaca, comparando a evolução clínica do paciente, a praticidade da realização da técnica e os resultados estéticos e funcionais. **Método:** Os pacientes selecionados foram atendidos e operados no Hospital da SOBRAPAR no período de maio de 2002 a fevereiro de 2004, seguindo-se protocolo preestabelecido. Foram selecionados 22 pacientes, tendo sido divididos em 2 grupos: Grupo I: submetidos à retirada de osso com utilização de osteótomo; Grupo II: submetidos à retirada de osso com utilização de extrator ósseo, desenvolvido em nossa Instituição. Para melhor avaliação da área com parestesia, padronizamos modelo gráfico, onde a face lateral da coxa foi dividida em 4 partes iguais a partir do trocanter maior do fêmur até o epicôndilo lateral. Foram subdivididas em zona I, iniciada no trocanter, e o restante (zona 2, 3 e 4) em direção ao epicôndilo lateral. **Resultados:** No Grupo I, 72% dos pacientes apresentaram parestesia até zona III. No Grupo II, 36% dos pacientes não apresentaram parestesia na coxa, 28% apenas na zona I e 36% referiram parestesia em zona II. O tempo médio de parestesia foi de 19 dias no Grupo I e de 4,6 dias no Grupo II. O tempo de algia foi de 10,4 dias no Grupo I e de 3,5 dias no Grupo II. Em relação à cicatriz, o tamanho médio foi de 4,0 cm no Grupo I e de 2,0 cm no Grupo II. **Conclusão:** A crista ilíaca mostrou-se uma excelente área doadora de tecido ósseo esponjoso no que se refere a quantidade e qualidade. A utilização do extrator ósseo mostrou-se prática, eficaz, segura e associada a resultados estéticos e funcionais superiores a técnica cirúrgica usual, com osteótomo.

ACESSO AO 1/3 MÉDIO DA FACE: ENTUBAÇÃO SUBMANDIBULAR E "DEGLOVING FLAP"

SOUZA GMC, COSTA SM
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADOS DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO – MG

O planejamento cirúrgico adequado contribui para o sucesso do tratamento. Esta afirmação constitui-se em um dos princípios da cirurgia craniomaxilofacial, especificamente no tratamento do terço médio da face e base do crânio, onde pesa a escolha da melhor via aérea, da melhor exposição e da menor seqüela. Este trabalho visa a apresentação e a discussão de técnicas empregadas em cirurgia do terço médio da face, como a entubação submandibular e o "degloving flap", através de revisão da literatura e relato de série de seis casos clínicos do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital Felício Rocho no período de janeiro de 2001 a abril de 2004. Obteve-se a entubação submandibular sem intercorrências em todos os casos, garantido-se a manutenção da oclusão dental, maior segurança para o doente e maior liberdade de trabalho para a equipe cirúrgica. A técnica do "degloving flap" propiciou ampla exposição do 1/3 médio da face, envolvendo margem orbital bilateralmente e segmento naso-frontoetmoidal. Associou-se ainda a dracriocistorrinostomia em dois casos, sem novas incisões cutâneas. Todos os casos evoluíram com boa cicatrização, sem seqüelas adicionais determinadas pelo tipo de acesso empregado. A entubação submandibular e o "degloving flap" são técnicas de acesso simples, eficientes e seguras no tratamento cirúrgico do terço médio da face.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO DO PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

MONTEIRO FC, KIMURA MC, LIMA RA, CARDIM VLN
INSTITUIÇÃO: NPA – NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA - HOSPITAL SÃO JOAQUIM REAL E BENE MERITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA - SP

Objetivo: Padronizar o atendimento fonoaudiológico do paciente com disfunção temporomandibular, dentro de uma equipe interdisciplinar. **Material e Método:** O paciente é avaliado pelo cirurgião craniofacial e após o diagnóstico de disfunção temporomandibular é encaminhado às demais especialidades para os procedimentos inerentes a cada área, sendo avaliado pelo ortodontista, psicólogo e fonoaudiólogo. Este último atuará baseado na avaliação do sistema estomatognático oral e sintomatologia apresentada pelo paciente, trabalhando para modificar o comportamento muscular através de relaxamento e alongamento, a fim de adequar tônus e funções, sempre respeitando as limitações do paciente. **Conclusão:** A mioterapia orofacial cervical em conjunto com o cirurgião craniofacial, ortodontista e psicólogo tem demonstrado ser efetiva para a melhora e estabilização do quadro de disfunção temporomandibular.

CRANIOPLASTIA COM IMPLANTE DE METILMETACRILATO

AMARAL CER, PEREIRA CLC, AJUB J, MARIOTTO R, LAPIN GA, CHAGAS O,
GUIDI MC
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS-UNICAMP, SP

Os implantes de metilmetacrilato têm sido utilizados tanto na cirurgia estética, para harmonizar o contorno facial, como nas reconstruções craniofaciais em pacientes síndrômicos com Crouzon e Apert. Atualmente, reconhece-se que os materiais aloplásticos fazem parte do arsenal do cirurgião craniofacial, facilitando o procedimento cirúrgico, com baixo índice de complicações. Apresentaremos os resultados de cinco dos nossos pacientes, vítimas de seqüela de trauma craniano, submetidos a cranioplastia com metilmetacrilato.

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS FRATURAS FACIAIS ATENDIDAS PELA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FCM-UNICAMP, NO PERÍODO DE MAIO DE 2001 A MAIO DE 2003

AMARAL CER, GUIDI MC, AMARAL CMR
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS-UNICAMP, SP

A epidemiologia dos traumas faciais tem sido objeto de estudo de muitos autores e varia conforme a região geográfica, situação econômica e época do ano em que estes estão sendo estudados, daí a importância de analisá-la em um mesmo serviço, em diferentes épocas. Foram estudados 107 pacientes, vítimas de fraturas faciais, atendidos no Hospital das Clínicas da UNICAMP, no período de maio de 2001 a maio de 2003. Os resultados obtidos foram comparados aos da literatura. Estudando as características epidemiológicas dos pacientes oriundos do nosso serviço, poderemos traçar metas e programas para prevenção, controle e melhor atendimento dos pacientes vítimas de traumatismos faciais.

DISJUNÇÃO ENDOSCÓPICA DA MAXILA ATRESIADA VIA ENDO-NASAL. TRABALHO ORIGINAL (TÉCNICA DR. NELSON E. P. COLOMBINI)

COLOMBINI NEP, MACEDO MMC
INSTITUIÇÃO: CLÍNICA MÉDICA REABILITA FACE – DR. NELSON E. P.
COLOMBINI - SP

Introdução: A maxila atresiada transversalmente está diretamente relacionada à obstrução nasal crônica. As principais patologias da obstrução nasal referem-se ao desvio septal e/ou hipertrofia dos cornetos nasais. É importante ressaltar que o tratamento da obstrução nasal é imperativo para a adequação da fisiologia naso-buco-facial e conseqüente desenvolvimento dos maxilares. O presente trabalho propõe tratar endoscopicamente a maxila atresiada com a disjunção da sutura palatina mediana, no mesmo tempo cirúrgico da septoplastia e turbinectomia. **Método:** Descreveremos um caso clínico com ilustração da técnica, bem como o seguimento ortodôntico-cirúrgico do caso. **Técnica cirúrgica:** Incisão transfixante no septo membranoso, Abordagem do mucopericôndrio e confecção dos Túneis de Cottle, Septoplastia clássica, Osteotomia do assoalho nasal com contato íntimo oral, Ativação do disjuntor: no ato cirúrgico, ele é ativado até obter-se aproximadamente 3 mm de distância entre os incisivos centrais. A partir do sétimo dia, ativar o disjuntor diariamente na proporção de 0,5 mm até se obter a abertura desejada. **Resultados:** A vantagem da técnica cirúrgica aplicada é a sua menor invasibilidade e a não descon-tinuidade da mucosa bucal, com maior conforto ao doente, que em um só tempo cirúrgico tem a resolução da obstrução nasal e cumpre o primeiro tempo de preparo ortodôntico-cirúrgico. **Conclusão:** A técnica endoscópica da disjunção palatina associada à septoplastia e turbinectomia representa uma proposta menos invasiva para a resolução do caso em somente um tempo cirúrgico.

USO DA PLATAFORMA DE ERICKSON NA CIRURGIA ORTOGNÁTICA

MACEDO MMC, SANOMIYA EK, GOLDENBERG F
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE METODISTA DE ENSINO SUPERIOR – MESTRADO EM ORTODONTIA

Introdução: O presente trabalho visa a utilidade da Plataforma de Erickson em relação ao correto posicionamento dos maxilares, minimizando, assim, assimetrias indesejáveis. **Método:** A Plataforma de Erickson é constituída de uma base retangular lisa (granito, mármore ou madeira sem irregularidades) e de um paquímetro digital fixado à base com uma angulação de 90° para o registro milimétrico das medidas. O ramo móvel do paquímetro se move no sentido vertical e sua ponta aguda é utilizada para marcar os traços de referência no modelo de gesso. As medidas são lidas no visor eletrônico do calibrador. O dispositivo é utilizado da seguinte maneira: leva-se sua ponta móvel até a superfície da Plataforma e se aciona o interruptor do dispositivo eletrônico que coloca o visor em zero. Levanta-se a ponta móvel até o ponto a ser medido e se faz a leitura no visor digital. O modelo superior previamente montado em articulador deverá estar fixo em uma base quadrangular. O registro da posição do modelo superior é feito em vários planos, a fim de que as modificações se dêem apenas nas direções desejadas. São feitas mensurações no sentido vertical, transversal, ântero-posterior e linha mediana, no pré e pós- cirurgia de modelos, podendo assim, ser avaliado a fidelidade das mensurações e traçados predictivos. **Resultados:** O uso da Plataforma de Erickson é um meio valioso para se avaliar o correto posicionamento espacial da maxila, bem como de se garantir, com a maior fidelidade possível, os deslocamentos necessários para a correção da deformidade esquelética. **Conclusão:** Durante a cirurgia não é possível respeitar com absoluta exatidão as medidas obtidas na previsão laboratorial. Contudo, deve-se saber que, quanto mais rigorosa for a previsão e sua aplicação em um ato cirúrgico, mais próximo estará o resultado obtido do objetivo fixado. Além disso, a previsão impõe uma forma de racionalização e um rigor na execução que, por si só, aumentam a possibilidade de êxito cirúrgico.

AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO DE FRATURAS MANDIBULARES POR VIA INTRA-ORAL E EXTRA-ORAL

HORIBE EK, GODOY JR. CA, FERNANDES A, PEREIRA MD, FERREIRA LM, FURIA J
INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP-EPM, SP

Em vista de opiniões controversas na literatura sobre a melhor forma de abordagem (intra ou extra-oral) das fraturas mandibulares, o objetivo deste trabalho foi analisar os pacientes com fraturas mandibulares tratados com miniplaca, a via de acesso utilizada e a incidência de complicações pós-operatórias. Foram avaliados 84 pacientes cujas fraturas de mandíbula foram fixadas com miniplaca e parafusos, operados pelo Setor de Cirurgia Craniofacial da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM, de junho de 1999 a junho de 2003. Foram analisados o sexo, idade, etiologia da fratura, tipo de tratamento realizado, tipo de abordagem à fratura (intra-oral ou extra-oral), tempo decorrido entre acidente e operação, presença de cáries e incidência de complicações. Um mesmo cirurgião esteve presente em todos atos operatórios e acompanhamentos dos pacientes. A abordagem intra-oral foi a mais utilizada e a diferença entre o número de complicações pós-operatórias não foi estatisticamente significativa entre pacientes tratados por via intra ou extra-oral. Apesar destes resultados, a preferência da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM ainda recaí sobre a abordagem intra-oral, pela rapidez do acesso, ausência de cicatriz visível na face e risco mínimo de lesão de nervo facial.

RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA COM OBJETIVO ESTÉTICO-FUNCIONAL APÓS MANDIBULECTOMIA POR FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE: RELATO DE CASOS

PRADOS RZ, BRITO AA, LEMOS VP, MOURA MTM, MENDONÇA A, SIMAN SV, CASTRO YS, SANTOS EP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BEJAMIN GUIMARÃES - BELO HORIZONTE - MG

Objetivos: Relato de casos de fibroma cimento-ossificante de mandíbula, em pacientes jovens, submetidos à ressecção e reconstrução imediata microcirúrgica com fíbula vascularizada (2 casos) e enxertia com crista ilíaca (1 caso), a fim de promover melhor reabilitação funcional. **Materiais e métodos:** Caso 1 - paciente sexo masculino, 16 anos, pardo, natural e residente em Belo Horizonte- MG, apresentou, em 6 meses, crescimento tumoral de corpo mandibular esquerdo com assimetria facial. Submetido à exérese e reconstrução com fíbula vascularizada. Caso 2 - paciente sexo feminino, 16 anos, natural e residente em Belo Horizonte-MG, apresentou lesão de corpo e ramo mandibular esquerdo de crescimento rápido. Submetida à ressecção e reconstrução com fíbula vascularizada. Caso 3 - paciente sexo masculino, 16 anos, natural e residente em Belo Horizonte -MG, portador de lesão tumoral de sínfise mandibular. Realizada exérese e enxertia com crista ilíaca. **Resultados:** Pós-operatório imediato sem intercorrências. Os pacientes mantiveram-se com bloqueio intermaxilar por 7 dias e dieta líquida pastosa por 30 dias. Apresentaram bom resultado estético. **Conclusões:** O fibroma cimento-ossificante é uma neoplasia benigna, com incidência maior em pacientes jovens, muitas vezes, levando a grandes deformidades faciais. A ressecção se faz necessária com reconstrução imediata. A utilização de fíbula vascularizada e de enxerto ósseo possibilita a estes pacientes uma boa reabilitação funcional e estética.

ALTERAÇÃO NA EPIDEMIOLOGIA DE FRATURAS MANDIBULARES EM REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

HORIBE EK, GODOY JR. CA, PEREIRA MD, FERREIRA LM, ANDRADE F^o EF, NOGUEIRA A

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP-EPM, SP

Estudos epidemiológicos são importantes para que se possam tomar medidas preventivas adequadas. Fraturas mandibulares podem levar a grandes prejuízos estéticos, funcionais e financeiros. Esta afecção tem mudado suas características epidemiológicas em diversas localidades. Este estudo teve como objetivo avaliar dados de pacientes com fraturas mandibulares atendidos no Hospital São Paulo (UNIFESP-EPM), no período de junho de 1999 a março de 2002, e compará-los aos dados de pacientes com a mesma afecção, atendidos pelo mesmo Serviço, no período de janeiro de 1991 a março de 1996. Foram avaliados 98 pacientes consecutivos com diagnóstico de fratura de mandíbula, atendidos pelo Setor de Cirurgia Craniofacial da Disciplina de Cirurgia Plástica UNIFESP-EPM, no período de junho de 1999 a março de 2002, e os dados foram comparados aos de 166 pacientes com fraturas mandibulares atendidos por nosso serviço, no período de janeiro de 1991 a março de 1996. Comparamos os dados segundo o sexo, faixa etária, locais mais fraturados do osso, lesões associadas, tratamento e complicações, com o teste de hipóteses para uma proporção. O sexo e a faixa etária mais acometidos continuam sendo os mesmos. A principal causa de fraturas mandibulares já não são mais os acidentes de trânsito, e sim as agressões. Houve diminuição de lesões associadas e de fraturas múltiplas na mandíbula, provavelmente associadas à mudança etiológica. O local mais acometido continua sendo o corpo. O tratamento mais utilizado nos dois grupos foi a fixação com miniplaca e parafuso, porém com mudança do acesso ao foco de fratura (predomínio de transcutâneo para intra-oral). Houve diminuição no número de complicações, provavelmente devido à melhora do padrão de atendimento.

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE COMUNICAÇÃO ORONASAL PÓS-TRAUMÁTICA COM RETALHO MICROVASCULAR ANTEBRAQUIAL BASEADO NA ARTÉRIA RADIAL

PRADOS RZ, BRITO AA, LEMOS VP, MOURA MTM, MEDEIROS CMO, CASTRO YS

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BEJAMIN GUIMARÃES - BELO HORIZONTE - MG

Objetivo: Relato de caso de comunicação oronasal, devido ao trauma com arma de fogo, corrigida com retalho microvascular de antebraço baseado na artéria radial. **Material e método:** Paciente do sexo masculino, 42 anos, pardo, natural e residente em Belo Horizonte-MG, referido por apresentar comunicação oronasal após tentativa de auto-extermínio com arma de fogo há 6 anos, que provocou extensa lesão intra-oral (processos palatinos e vômer). Apresentava tela de titânio obturando o palato, coberta com cimento cirúrgico; as condições dentárias e aparelho ortodôntico eram precários. Realizado procedimento cirúrgico, com duas equipes trabalhando simultaneamente, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. Procedeu-se à dissecação do retalho fasciocutâneo antebraquial baseado na artéria radial. Os vasos faciais receptores foram preparados para anastomose microcirúrgica e posterior posicionamento do retalho sobre a área a ser reparada. **Resultado:** Pós-operatório imediato sem intercorrências. Os cuidados restringiram-se à higiene bucal com enxaguatório e dieta líquida pastosa por 30 dias. O paciente apresentou boa função mastigatória e fonação sem alterações. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico de palatos difíceis é o grande desafio dos cirurgiões que se habilitam nesta área, por apresentarem poucas opções seguras de reconstrução. A opção do retalho microcirúrgico, em mãos experientes, atinge excelentes percentuais de sucesso, devolvendo, com qualidade, a função mastigatória e de fonação.

FRATURA FACIAL: INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E EXPERIÊNCIA EM 513 CASOS

GOMES MA, CAMPOS LMP, MORAES VRS, LIMA NETO A, FERREIRA FD, NOGUEIRA EA, MONTOVANI JC
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, SP

Introdução: Os autores realizaram estudo retrospectivo não randomizado de 513 pacientes com trauma facial, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-SP (UNESP), no período de janeiro de 1991 a março de 2004. Foram estudadas as variáveis populacionais: sexo, raça, idade, profissão, procedência, etiologia do trauma, local(ais) da(s) fratura(s) e tipo de fratura. **Objetivo:** Analisar estatisticamente a epidemiologia dos traumas faciais. **Método:** Análise retrospectiva, através de prontuários, das variáveis estudadas segundo programa EPI-INFO 6.04. **Resultados:** A maior incidência foi encontrada em pacientes do sexo masculino, brancos e com idade média entre 25 e 35 anos. Quanto à profissão, os estudantes foram os mais acometidos. Os locais de fratura mais comuns em ordem decrescente de frequência foram: mandíbula, nariz e zigomático, com predomínio de um único local afetado na face. Os acidentes automobilísticos responderam por mais de um terço dos casos, seguidos pelas agressões físicas e pelas quedas acidentais. **Conclusão:** Os acidentes automobilísticos continuam sendo a principal causa das fraturas de face, especialmente naqueles com múltiplas fraturas. Os homens em idade produtiva também continuam sendo as maiores vítimas desse tipo de trauma. A mandíbula foi o local de fratura mais comum, seja como único local de fratura ou não.

CRANIOESTENOSES: ASPECTOS TÉCNICOS CIRÚRGICOS E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

TURRER CL, VAL FILHO JAC, HERVAL LM, OLIVEIRA AL, WOLFF F
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA INFANTIL – BIOCOR INSTITUTO - NOVA LIMA – MG

O tratamento do paciente portador de cranioestenose deve ser conduzido por equipe transdisciplinar, sendo coordenada pelo neurocirurgião pediátrico experiente e pelo cirurgião craniofacial, capazes de diagnosticar a deformidade existente, realizar propedêutica adequada para identificar problemas funcionais causados pelo fechamento precoce das suturas cranianas como: alterações visuais, hipertensão intracraniana, limitação ao crescimento do cérebro e distúrbios neuropsiquiátricos, além de indicar a cirurgia e estabelecer qual o melhor momento para realizá-la. O acompanhamento do neuropediatra, dos intensivistas especializados e de equipe de anesthesiologia treinada, além do suporte hospitalar e do CTI infantil com estrutura para receber este paciente, são de extrema importância na diminuição da morbidade dessas cirurgias. O presente estudo faz uma análise da casuística do nosso serviço, no período de 1997 a 2004, 120 pacientes operados, e alguns temas importantes são ressaltados: tempo do ato cirúrgico, permanência na unidade de terapia intensiva no pós-operatório, transfusões sanguíneas, tempo de internação hospitalar e intercorrências mais frequentes durante a permanência no hospital, comparando com dados da literatura.

FRATURA DO OSSO FRONTAL: INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA, TRATAMENTO E EXPERIÊNCIA EM 20 CASOS

MORAES VRS, GOMES MA, CAMPOS LMP, LIMA NETO A, FERREIRA FD, NOGUEIRA EA, MONTOVANI JC
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, SP

Introdução: Foi realizado estudo retrospectivo não randomizado de 20 pacientes com trauma de osso frontal, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, num período de 12 anos (1991 – 2003). **Objetivos:** Estudar as características epidemiológicas dos traumas de osso frontal incluindo dados populacionais (idade, sexo, profissão, etiologia, tipo de fratura e tratamento empregado). **Método:** Os dados foram analisados pelo programa EPI-INFO 6.04. **Resultados:** A maioria dos pacientes era homem, com idade média entre 30 e 39 anos e a causa mais comum do trauma foi o acidente automobilístico. Em um terço dos casos, a vítima fez uso de bebidas alcoólicas previamente. A grande maioria das fraturas foi da tábua externa do osso frontal e unilateral. Em cerca de um quarto dos casos, a fratura foi cominutiva. Em relação ao ducto nasofrontal, em apenas um caso foi necessária cateterização. O tratamento mais empregado foi a redução cruenta seguida de fixação com fios. Em dois casos, houve necessidade de reconstrução da tábua externa com teflon e polietileno poroso. **Conclusão:** O trauma do osso frontal, assim como todos os demais traumas de face, ocorre em pacientes na idade produtiva do sexo masculino e são causados na maioria das vezes por acidentes automobilísticos. A tábua externa do osso frontal é o local mais acometido e o tratamento mais comumente realizado foi a redução seguida de fixação com fios.

RETINOBLASTOMA: DIFICULDADES NA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SEQUELAS DA ENUCLEAÇÃO E RADIOTERAPIA

TURRER CL, FIGUEIREDO ARP
INSTITUIÇÃO: PLÁSTICA OCULAR DO IOBH E SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO BIOCOR INSTITUTO BELO HORIZONTE - MG

O diagnóstico precoce do retinoblastoma, seguido de tratamento local (laserterapia, braquiterapia e aceleradores lineares) e quimioterapia, contribui para a preservação do globo ocular com certa acuidade visual e minimiza a hipoplasia orbitária e atrofia de partes moles. Enucleação e radioterapia externa precoces são extremamente danosas aos tecidos ósseos e partes moles orbitárias, especialmente se não são consideradas as medidas de prevenção da retração de cavidade. As sequelas para a órbita e hemiface ipsilateral são de difícil abordagem e apresentam resultados cirúrgicos insatisfatórios. Embora não tão incidentes na atualidade, são casos que devem ser tratados em uma abordagem de maior magnitude com ênfase à reconstrução craniofacial e não apenas visando somente a cavidade retraída. Este estudo tem como objetivo discutir, através de um caso documentado, as dificuldades de planejamento e abordagem cirúrgica de uma seqüela de enucleação e radioterapia em uma paciente adulta submetida ao referido tratamento aos 3 anos de idade. O objetivo é proporcionar projeção da região zigomático-orbitária, simetrizando a unidade estética comprometida pela hipoplasia da órbita e tecidos adjacentes com a hemiface contralateral. Materiais aloplásticos apresentam risco de extrusão devido à falta de elasticidade local da pele. Enxertos ósseos autógenos, especialmente de calota craniana, são utilizados como recurso para o preenchimento da região malar pela sua forma, boa integração e pouca absorção. Os resultados após os procedimentos cirúrgicos ficam, muitas vezes, aquém do desejado pelo paciente. A abordagem multidisciplinar, inclusive com profissionais de outras áreas, ortodontistas, próteses, fonoterapeutas, é fundamental na reabilitação desses pacientes, além de contribuir muito para um resultado estético mais harmonioso e simétrico.

CRANIOESTENOSES: DIAGNÓSTICO, INDICAÇÃO CIRÚRGICA E IDADE DO PACIENTE

TURRER CL, VAL FILHO JAC, HERVAL LM, OLIVEIRA AL

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE NEUROCIQUIRGIA INFANTIL – BIOCOR INSTITUTO - NOVA LIMA – MG

Durante algum tempo acreditava-se que o tratamento cirúrgico da cranioestenose, que consistia apenas nas suturectomias, deveria ser realizado o mais precocemente possível. Tal fato baseava-se na seguinte teoria: liberadas as suturas precocemente fechadas, o encéfalo se desenvolveria normalmente, levando, assim, o crânio para uma forma considerada normal e adequada. O alto índice de recidivas e necessidade de reintervenções nestes casos fizeram com que neurocirurgiões pediátricos e cirurgiões craniofaciais em conjunto realizassem estudos e protocolos relacionando o diagnóstico à idade em que se deveria operar cada caso. O presente estudo faz uma análise da casuística de nosso serviço através dos registros de pacientes operados no período de 1997 a 2004, um total de 120 pacientes, correlacionando o tipo de cranioestenose com a idade em que o paciente foi submetido ao avanço fronto-orbitário, comparando com revisão bibliográfica sobre o tema e ressaltando importantes aspectos do aumento da morbidade nos casos operados fora da idade ideal.

PROTOCOLO NO TRATAMENTO DO RESPIRADOR BUCAL

LIMA E SILVA A, OLIVEIRA MS, SILVA AS, ALENCAR JÚNIOR JE, DORNELLES RFV, SALOMONS RL, CARDIM VLN

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA DO HOSPITAL SÃO JOAQUIM DA REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, SÃO PAULO, SP

Objetivo e Método: Apresentar o protocolo de tratamento do paciente respirador bucal realizado no Núcleo de Plástica Avançada (SP), detalhando as alterações anatômicas no crescimento facial, exames pré-operatórios, indicações, tratamento cirúrgico e acompanhamento multidisciplinar (ortodontia e fonoaudiologia). **Resultados:** Todos pacientes tratados apresentaram grande melhora subjetiva do fluxo aéreo nasal, melhora da qualidade do sono e da disposição para atividades diárias, oclusões labial e dentária satisfatórias e adequado resultado estético do perfil facial. **Conclusão:** O tratamento multidisciplinar (cirurgião craniofacial, ortodontista e fonoaudiólogo) do paciente respirador bucal é eficaz. A base do tratamento é a correção das alterações do crescimento facial provocadas pela respiração bucal, o que proporciona um adequado resultado funcional e estético, além da melhora da qualidade de vida desses pacientes.

UTILIZAÇÃO DA VIA EXTRACRANIANA NO TRATAMENTO DOS HIPERTELEORBITISMOS

ALENCAR JÚNIOR JE, LIMA E SILVA A, SILVA AS, OLIVEIRA MS, DORNELLES RFV, SALOMONS RL, CARDIM VLN

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA DO HOSPITAL SÃO JOAQUIM DA REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, SÃO PAULO, SP

Objetivo: Trabalho desenvolvido no Núcleo de Plástica Avançada (NPA) e Curso de Pós-graduação do Hospital São Joaquim da Real e Benemérita Sociedade de Beneficência de São Paulo (SP), sendo apresentados os resultados da experiência no diagnóstico, classificação, avaliação pré-operatória e manejo de pacientes portadores de hiperteleorbitismo, operados pela via extra-craniana. **Método:** Análise retrospectiva de 13 pacientes (9 do sexo masculino e 4 do sexo feminino), portadores de hiperteleorbitismo, classificados em graus II /III, operados no período de 1995 /2004. Técnica cirúrgica para correção utilizada foi a de Van Der Meulen, através da via extracraniana de acesso. **Resultados e Conclusão:** Na utilização da via extracraniana para a correção cirúrgica de pacientes portadores de hiperteleorbitismo, classificados em grau II ou III, que não apresentavam encurtamento central da face, bem como sem deformidade frontal com indicação de remodelação, a largura de ressecção óssea da linha sagital do palato foi inversamente proporcional ao colapso das arcadas alveolares superiores. A técnica mostrou-se segura, permitindo a obtenção de resultados funcionais e estéticos satisfatórios e duradouros, com menor tempo cirúrgico, baixa morbidade e manutenção dos resultados em seguimento de até cinco anos.

EXPANSÃO ORBITÁRIA NO EXOFTALMO

DORNELLES RFV, SALOMONS RL, LIMA E SILVA A, OLIVEIRA MS, SILVA AS, ALENCAR JÚNIOR JE, CARDIM VLN

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA DO HOSPITAL SÃO JOAQUIM DA REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, SÃO PAULO, SP

Objetivo: Apresentação da técnica de tratamento do exoftalmo com utilização da expansão orbitária, através da casuística de dez casos, no período de 1996 a 2003. **Método:** Estudo retrospectivo de dez casos de exoftalmo operados no serviço, no período de 1996 a 2003. Os autores avaliam apresentação pré-operatória dos casos pelos sinais, sintomas clínicos e pelas imagens tomográficas. É realizada a descrição da técnica operatória, onde utilizam o tratamento com ressecção da gôrdura periorbital, osteotomia da parede etmoidal da órbita, juntamente com a osteotomia em monobloco do osso zigomático e mobilização látero-anterior do mesmo para promover a decompressão da órbita, com acomodação das estruturas restantes. **Resultados:** Os pacientes obtiveram melhora estética já no pós-operatório imediato, com queixa de diplopia variável, porém regressiva até trinta dias. Houve melhora clínica em todos os casos, com remissão dos sintomas. **Conclusão:** A expansão conjunta das paredes ósseas e o extravasamento do conteúdo pela liberação do septo orbitário são alcançados eficazmente por essa técnica, corrigindo a exoftalmia e, conseqüentemente, os sintomas desencadeados pela mesma nos casos apresentados.

A RINOPLASTIA AMPLIADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERTELEORBITISMO

SALOMONS RL, CARDIM VLN, DORNELLES RFV, LIMA E SILVA A, OLIVEIRA MS, SILVA AS, ALENCAR JUNIOR JE

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA DO HOSPITAL SÃO JOAQUIM DA REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, SÃO PAULO, SP

Objetivo: Revisar os casos de hiperteleorbitismo tratados através da rinoplastia ampliada (ou maxilorbital) nos últimos dez anos. Estabelecer critérios de inclusão do paciente para o tipo de abordagem proposto e descrição da técnica cirúrgica. **Método:** Análise retrospectiva de 5 pacientes operados pela técnica estudada, no período de 1994 a 2004. **Resultados:** Todos os pacientes foram abordados por via transnasal longitudinal com posterior zetaplastia na altura dos ligamentos cantais internos, não havendo necessidade de abordagem por via intracraniana. Em 1 paciente, o procedimento foi cirurgia complementar à abordagem prévia por via intracraniana pela técnica de Van der Meulen. Não foram observadas complicações trans ou pós-operatórias. **Conclusões:** A rinoplastia ampliada é procedimento de execução relativamente simples, indicado nos casos leves de hiperteleorbitismo que apresentam distância interorbital variando de 30 a 34 mm (Grau I pela classificação de Tessier), onde podemos promover a medialização das paredes orbitais mediais, sem aumentar com isto o volume intra-orbital a ponto de causar enoftalmo.

EFEITO DA MOVIMENTAÇÃO DO ENXERTO AUTÓGENO DE CARTILAGEM DA ORELHA: ESTUDO EXPERIMENTAL EM COELHOS

PEREIRA MD

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP-EPM, SP

A viabilidade do enxerto de cartilagem pode estar diminuída quando colocado em região de movimentação. Para determinar o efeito da movimentação na viabilidade do enxerto autógeno de cartilagem da orelha, foram operados 30 coelhos, Nova Zelândia, machos, adultos. Os animais foram distribuídos em dois grupos com 15 animais cada um: grupo com movimentação do ápice do nariz (GCM) e grupo sem movimentação do ápice do nariz (GSM), onde foi seccionado e removido o tronco dos nervos faciais bilateralmente. Segmentos de 5 x 5 mm da cartilagem com pericôndrio foram retirados das conchas das orelhas direita e esquerda, colocados na ponta nasal homolateral e observados por um período de 16 semanas. Foram avaliados em ambos os grupos, de forma quantitativa, alterações histológicas como calcificação / ossificação e neoformação de cartilagem. As alterações histológicas – porcentagem dos condrocitos, espessura da cartilagem, espessura do tecido conjuntivo denso, bem como o peso dos enxertos, foram analisados de forma quantitativa. Os enxertos do grupo GCM mostraram aumento estatisticamente significativo de peso, de calcificação / ossificação, da neocartilagem, da espessura da cartilagem e da espessura da cápsula de tecido conjuntivo denso em relação ao grupo GSM. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à porcentagem dos condrocitos, quando foram comparados os grupos GCM e GSM. A movimentação não diminuiu a viabilidade do enxerto de cartilagem.

TRATAMENTO ORTODÔNTICO / ORTOPÉDICO FACIAL EM PACIENTES PORTADORES DE MICROSSOMIA HEMIFACIAL SUBMETIDOS A DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DA MANDÍBULA

BARDELLA FILHO N, BARDELLA AL, LOPES LD, PEREIRA MD, FERREIRA LM

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP, SP

Objetivo: O objetivo desse trabalho é avaliar a eficiência dos dispositivos ortodônticos / ortopédicos faciais na manutenção do plano oclusal da mandíbula, após a distração osteogênica nos pacientes portadores de microssomia hemifacial. **Método:** Nesse estudo, foram avaliados oito pacientes provenientes do ambulatório de cirurgia craniomaxilofacial do Hospital São Paulo – UNIFESP, pacientes portadores de microssomia hemifacial de ambos os sexos, com idades variando entre 7 e 13 anos. Os pacientes foram submetidos ao alongamento ósseo unilateral da mandíbula utilizando distratores externos e o tratamento ortodôntico / ortopédico facial foi realizado pré, trans e pós-distração osteogênica. **Resultados:** Os resultados clínicos, radiográficos (telerradiografia frontal) e estéticos obtidos antes e após o tratamento foram comparados e se mostraram positivos no que se refere à manutenção do plano oclusal mandibular pós-distração osteogênica associado ao tratamento ortodôntico / ortopédico facial.

SENSIBILIDADE DO LÁBIO INFERIOR E DO MENTO APÓS OSTEOTOMIA SAGITAL BILATERAL DA MANDÍBULA: UM ESTUDO CLÍNICO PROSPECTIVO

GODOY CA, PEREIRA MD, FERREIRA LM, ANDRADE EF, ZANATA F, KRENISKI TM

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP-EPM), SP

Uma das desvantagens da osteotomia sagital bilateral da mandíbula (OSBM) é a disfunção do nervo alveolar inferior representado por vários graus de insensibilidade do lábio inferior e mento. O objetivo desse estudo foi avaliar, prospectivamente, a resposta neurosensorial do nervo alveolar inferior após esse tipo de cirurgia. Foram investigados 26 pacientes submetidos ao recuo de mandíbula, todos submetidos a OSBM, segundo Obwegeser modificada por DalPont. A fixação dos fragmentos ósseos foi feita com três parafusos bicorticais não compressivos bilaterais, no ângulo mandibular por via intra-oral. Quatro diferentes testes neurosensoriais foram utilizados para avaliar a sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e discriminação estática de dois pontos. Estes testes foram realizados no pré-operatório, assim como, com 1 dia, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano de pós-operatório. A porcentagem de alteração sensorial no pós-operatório em relação ao pré-operatório foi de 73% com um dia, 49,5% com 1 mês, 22% após 3 meses, 8% após seis meses e 8% após um ano. Dos pacientes que continuaram a apresentar alterações de sensibilidade, todos tinham lesões parciais ou totais do nervo. Concluindo, a OSBM, quando adequadamente realizada, pode ser considerada um procedimento seguro do ponto de vista neurosensorial.

ALONGAMENTO ÓSSEO BIDIRECIONAL DE MANDÍBULA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE TREACHER COLLINS: RELATO DE CASO

ZANATA F, PEREIRA MD, FERREIRA LM, ANDRADE EF, GODOY CA, KRENISKI TM
INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP-EPM), SP

Paciente, RGB, 17 anos, masculino, pardo, portador de Síndrome de Treacher Collins. Quadro Clínico de hipoplasia de região zigomática bilateral, perfil facial convexo, maloclusão classe II, deficiência de projeção ântero-posterior da mandíbula grave e mordida aberta anterior. Submetido a avaliação clínica, genética e através de exames complementares (documentação ortodôntica completa, Tomografia axial computadorizada da face com reconstrução 3D). Tratamento cirúrgico realizado em duas etapas, sendo a primeira cirurgia um alongamento ósseo bidirecional bilateral, utilizando aparelho externo (disjuntor palatino tipo Hyrax) e a segunda cirurgia realizada um ano após com expansão rápida de maxila assistida cirurgicamente e osteotomia basilar para avanço do mento. Boa evolução do caso, com melhora do perfil facial, melhora respiratória (aumento do espaço da via aérea) e oclusão classe I.

DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA, ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NOS PORTADORES DE MICROSSOMIA HEMIFACIAL E SÍNDROME DE GOLDENHAR

BUENO DF, VACCARI-MAZZETTI MP, BARDELLA AL, BARDELLA F^o N, LOPES LD
INSTITUIÇÃO: CENTRO DE REABILITAÇÃO DAS DEFORMIDADES FACIAIS - SP, HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SP

Introdução: A Microssomia Hemifacial (MHF) é uma patologia que se caracteriza por apresentar deformidades nas estruturas faciais derivadas do 1^{os} e 2^{os} arcos branquiais e suas características clínicas mais marcantes são: Hipoplasia mandibular unilateral, agenesia ou mal formação do pavilhão auricular, agenesia ou mal formação do globo ocular, presença de coloboma dermóides ou lipodermóides epibulbares. Objetivo: Demonstrar a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar na reabilitação dos pacientes portadores de MHF, através da associação da ortodontia e ortopedia facial pré e pós-distração osteogênica. Método: Foram avaliados 18 pacientes que foram tratados com ortopedia e ortodontia pré e pós-distração osteogênica. No pré-operatório, foram empregados aparelhos ortopédicos funcionais complementados por ortodônticos e, durante e após a distração, foram utilizados guias ortopédicos e no período de consolidação óssea foram acompanhados com ortodontia. Resultados e Conclusão: O tratamento ortopédico proporcionou uma melhor oclusão, diminuindo a necessidade de distração combinada maxilomandibular e proporcionou um melhor resultado estético e funcional.

RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CARTILAGEM ALAR MAIOR UTILIZANDO CARTILAGEM REMOVIDA EM BLOCO ÚNICO DA ORELHA NOS DEFEITOS CONGÊNITOS DO NARIZ

ZANATA F, PEREIRA MD, FERREIRA LM, GODOY CA, KRENISKI TM, OLIVEIRA AF, ANDRADE FILHO EF
INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP-EPM), SP

As fissuras craniofaciais que acometem o nariz, segundo a classificação de Tessier, são as de número 0, 1, 2 e 3. Elas são raras e a sua etiologia e exata incidência são desconhecidas, dificultando um consenso na apresentação dos casos. Este estudo relata cinco casos, nos quais foi utilizada uma alternativa de tratamento cirúrgico para reconstrução do terço inferior do nariz fissurado, com cartilagem de orelha removida em bloco único da lâmina do trago, istmo e cavidade da concha para reconstrução total do ramo medial, junção dos ramos e ramo lateral, respectivamente. Dois pacientes apresentavam fissura no. 0, um com fissura no. 1 e dois com fissura no. 3, pela classificação de Tessier. Concluindo, a cartilagem de orelha removida em bloco único para reconstrução do terço inferior do nariz com defeitos congênitos mantém a forma e contorno anatômico do mesmo.

SEQÜÊNCIA DE PIERRE ROBIN: A INFLUÊNCIA DA ORTOPEDIA MAXILAR NA MORFOLOGIA E NO CRESCIMENTO MANDIBULAR, ASPECTOS GENÉTICOS E MULTIDISCIPLINARES

BUENO DF, BARDELLA AL, BARDELLA F^o N, PASSOS-BUENO MR, LOPES LD
INSTITUIÇÃO: CENTRO DE REABILITAÇÃO DAS DEFORMIDADES FACIAIS - SP, HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE SP E CENTRO DE ESTUDOS DO GENOMA HUMANO IB-USP, SP

Introdução: A Seqüência de Pierre Robin (SPR) é uma patologia que se caracteriza por apresentar, como manifestações fenotípicas, a micrognatia, a glossoptose e a fenda palatal. Clinicamente, os portadores desta patologia podem apresentar quadros de cianose, dificuldade respiratória e de sucção, necessitando de um tratamento multidisciplinar. Objetivo: Demonstrar os aspectos genéticos e os efeitos da ortopedia maxilar associada à cirurgia no crescimento mandibular dos portadores de SPR. Método: Foram selecionados 50 pacientes portadores de SPR, dos quais apenas um apresentava o complexo de Pierre Robin. Nos 49 pacientes que apresentavam SPR, realizou-se a ortopedia pré e pós-palatoplastia e apenas no paciente portador do complexo de Pierre Robin foi necessária a realização da distração osteogênica associada a ortopedia funcional antes da realização da palatoplastia. Resultado: Mesmo nos casos em que o componente genético familiar de micrognatia estava presente, houve um crescimento e desenvolvimento mandibular adequado nos 49 casos, o que proporcionou a correção da micrognatia e retrognatia ainda na dentição decídua. Desta forma, restabeleceu-se a oclusão, respiração e deglutição destes pacientes. Conclusão: Concluímos que a atuação da equipe multidisciplinar nos recém-nascidos portadores de SPR proporcionou um crescimento mandibular próximo à normalidade, não havendo, desta forma, a necessidade da realização da distração osteogênica de rotina.

RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE LÁBIO INFERIOR PÓS-TRAUMA

RUFATTO D, RITZ GM, NASCIMENTO LG, SANTIAGO MFL,
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SÃO PAULO - SP

Várias são as técnicas de reconstrução parcial de lábio inferior, sendo a melhor escolha do método de reparo àquela que preserve a função e proporcione o melhor resultado estético. Relata-se o caso de B.A.M., 22 anos, feminino, branca, natural de Barueri, procedente de SP. Vítima de mordedura canina em lábio inferior. Apresentava perda parcial de vermelhão do lábio inferior de aproximadamente de 60%, com exposição do músculo orbicular do lábio. Submetida à reconstrução labial com retalho de avanço miomucoso do vermelhão, seguindo os princípios de Kazangian e Converse (1959). Foi necessário diminuir a extensão dos lábios para conseguir avançar os retalhos laterais. Conclui-se que a escolha do método foi apropriada ao caso, pois se obteve um excelente resultado estético e, principalmente, funcional.

TRATAMENTO DA OSTEOMIELEITE DE MANDÍBULA

RITZ GM, NASCIMENTO LG, GUAZZELLI UF, SANTIAGO MFL
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SP

Desde a Segunda Guerra Mundial, a cirurgia de reconstrução da mandíbula tem evoluído constantemente, principalmente após o advento da Microcirurgia. O objetivo deste trabalho é demonstrar um bom resultado obtido com o emprego do Retalho Osteomiofascial de Calota Craniana. Descreve-se o caso de E.B.B., feminina, branca, 23 anos e procedente de Minas Gerais, com história de ferimento por arma de fogo, ocasionando fratura cominutiva de corpo de mandíbula à direita. Tratada em outro serviço com fixação semi-rígida a fio de aço, e evoluindo para osteomielite com fistulização e exposição óssea. Submetida em nosso serviço à limpeza, desbridamento local e retirada de osso comprometido, resultando em "gap" ósseo. Realizado bloqueio mandibular por três meses, para que não houvesse perda do espaço anatómico mandibular, enquanto se aguardava resolução do processo infeccioso. Optou-se pela realização de retalho ósseo pediculado de calota craniana, com fixação através de miniplacas. Paciente evoluiu com bom resultado funcional e estético do defeito, mantendo oclusão dentária normal. Conclui-se que o método de tratamento utilizado é uma boa opção para reconstrução de defeitos da mandíbula, pós-osteomielite, que necessitem de ótimo aporte sanguíneo local; servindo como alternativa ao retalho microcirúrgico, onde a morbidade e complicações podem ser maiores.

COMPLICAÇÃO DE RADIOTERAPIA EM FACE

RITZ GM, COELHO SP, GUAZZELLI UF, SANTIAGO MFL
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SP

A Radioterapia, associada ou não à cirurgia, é largamente utilizada no tratamento dos tumores de pele da face. Entretanto, não é inócua, podendo causar efeitos indesejáveis. Este trabalho tem como objetivo demonstrar que o retalho em ilha de couro cabeludo pediculado na artéria temporal superficial é mais uma boa alternativa para correção dos defeitos na região da órbita. Relata-se o caso da paciente T.M.N, feminina, branca, 52 anos e natural de Itaguaçu-ES; apresentando exposição óssea em rebordo orbitário súpero-lateral direito, após tratamento adjuvante radioterápico de carcinoma de pele. Foi submetida à reconstrução de órbita através de retalho em ilha de couro cabeludo baseado no pedículo vascular da artéria temporal superficial. O retalho apresentou área de congestão venosa, evoluindo para alopecia parcial. Contudo, houve cobertura completa da área óssea comprometida. Conclui-se que esse tipo de retalho é uma boa opção para reconstrução do supercílio, pois apresenta um pedículo seguro e de fácil dissecação.

ESTRATÉGIA CIRÚRGICA PRECOCE EM SÍNDROME DE PFEIFFER TIPO III

OLIVEIRA RS, LINS-NETO AL, EICHENBURG G, FURTADO LV, MASTINHAGO CD,
PINA NETO JM, VERISSIMO F, ARNAUD E, CRUZ AAV
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A síndrome de Pfeiffer é uma faciocranosinostose com 3 sub-tipos clínicos. O tipo I geralmente tem um curso benigno e corresponde à clássica descrição de Pfeiffer. O II tem um mau prognóstico e é caracterizado pela presença de crânio em trevo. O tipo III combina elementos fenotípicos do I e II. Objetivo: Descrever a estratégia cirúrgica realizada em uma criança de 9 meses com uma síndrome de Pfeiffer tipo III extremamente grave. Método: Relato de caso. Após o nascimento, a criança foi encaminhada a um outro serviço com exorbitismo gravíssimo, exposição de córnea e dificuldade respiratória. Nesse primeiro atendimento, foi realizado traqueostomia e tarsorrafias múltiplas que se mostraram insuficientes para assegurar a proteção ocular. O paciente foi então encaminhado ao HCFMRP-USP com quadro de úlcera de córnea leucomatosa em OD e Amelting corneano em OE. Inicialmente, foi feito um alongamento palpebral superior que consistiu em recuo da aponeurose do músculo elevador palpebral e enxerto livre de pele sobre o músculo de Müller. Com o sucesso do alongamento, a tarsorrafia bilateral pode ser feita sem complicações. Duas semanas após a cirurgia palpebral, a criança foi submetida a um avanço frontofacial em monobloco, enxerto livre de calota craniana em ambas as paredes laterais e instalação de tração transfacial. Resultados: Após recuperação em UTI pediátrica, a criança foi submetida à distração externa por um período de 30 dias. Obteve-se um avanço fronto-orbitário satisfatório, que permitiu a reabertura das tarsorrafias com adequada proteção ocular. Conclusões: Em casos extremos de exorbitismo e dificuldade respiratória, é necessário um tratamento cirúrgico precoce combinando alongamento palpebral, tarsorrafia e avanço frontofacial em monobloco, na tentativa de preservar a integridade dos globos oculares e melhorar as condições ventilatórias do paciente.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TELEORBITISMO: REVISÃO DO TRATAMENTO POR VIA INTRACRANIANA

SILVA AS, LIMA E SILVA A, ALENCAR JÚNIOR JE, SIMÕES M, DORNELLES RFV,
SALOMONS RL, CARDIM VLN

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA DO HOSPITAL SÃO JOAQUIM DA REAL
E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, SÃO PAULO, SP

Objetivo: Nesta revisão, são apresentados os casos de hiperteleorbitismo atendidos pelo serviço nos últimos 10 anos. Discutir o manejo destes pacientes: diagnóstico, avaliação pré-operatória e o procedimento cirúrgico realizado de acordo com os diferentes graus de hiperteleorbitismo. São estabelecidos os critérios utilizados e descritas as variantes das osteotomias realizadas. **Método:** Foram incluídos os 32 casos operados por via intracraniana pelo Núcleo de Cirurgia Plástica Avançada, no período de 1993 a 2003, com seguimento pós-operatório desses pacientes. **Resultados:** São demonstrados os diferentes graus de hiperteleorbitismo, os critérios utilizados para escolha da técnica empregada, bem como as suas variações. São discutidos também os resultados pós-operatórios, complicações e recidivas apresentadas. **Conclusão:** A base do tratamento do hiperteleorbitismo, a exemplo das demais deformidades, depende do diagnóstico preciso da mesma; seus diferentes graus e alterações anatómicas (na dependência da etiologia) pautam a escolha do tratamento e, conseqüentemente, os resultados.

HEMIATROFIA FACIAL PROGRESSIVA: SÍNDROME DE ROMBERG

VASCONCELOS JJA, ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE VASCONCELOS ZAA, SILVA LGF,
BINS ELY J, NEVES RE, VIEIRA R

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, SC.

A hemiatrofia facial progressiva (Síndrome de Romberg) confere aspectos físicos característicos aos seus portadores, estes normalmente desenvolvem-se em adultos jovens e têm a sua evolução no curso de dois a 10 anos. Dentre as muitas formas de tratamentos encontradas, destaca-se como sendo a mais efetiva e duradoura a técnica na qual se faz uso de um retalho livre microcirúrgico para correção de seu aspecto estético. Este relato tem como finalidade demonstrar o tratamento realizado em dois casos de pacientes portadores desta doença e atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

UTILIZAÇÃO TÉCNICA DE LABBÈ PARA REANIMAÇÃO DA REGIÃO PERIORAL NO TRATAMENTO DA PARÁLISIA FACIAL

SILVA LGF, VASCONCELOS JJA, ACCIOLI ZAV, NEVES RE, BINS ELY J, GOMES AM

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, SC.

A paralisia facial permanente traz uma das seqüelas estéticas e funcionais mais graves encontradas na cirurgia plástica. Com o passar do tempo, o processo de atrofia muscular se instala, sendo necessária a utilização de transplantes musculares ou a reanimação dinâmica com músculos regionais. Em 2000, Labbè² descreveu sua técnica, onde faz a reanimação dinâmica com o músculo temporal, sem a necessidade de utilizar enxertos fasciais, como nas técnicas descritas anteriormente. O Núcleo de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Dr. Polidoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina utilizou esta técnica no tratamento de uma paciente vítima de paralisia facial, o qual será relatado, assim como os detalhes da técnica.

PLANOS FASCIAS DAS REGIÕES TEMPORAL E FACIAL: UM ESTUDO ANATÔMICO EM BLOCO

VASCONCELOS JJA, BRITTO JA, HENIN D, VACHER C

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

Muitos investigadores detalharam a anatomia das partes moles faciais. Apesar da larga referência bibliográfica, permanece ainda uma confusão sobre a natureza anatômica das fâscias do envelope craniofacial, em relação aos tecidos muscular, neurovascular e de estruturas especializadas. Esta confusão é causada pela falta de uma terminologia consistente. Este estudo apresenta uma proposta coerente das fâscias das regiões temporal e facial. Foram dissecadas dez hemi-faces de cadáveres frescos, plano a plano, a fim de exibir a anatomia das regiões citadas. As outras dez hemi-faces contralaterais foram seccionadas através do arco zigomático, em um ponto consistente anterior ao trágus. Estas secções foram analisadas histologicamente, a fim de melhor visualizar a anatomia fascial em bloco, em relação às outras estruturas. Três camadas fasciais genéricas subcutâneas e constantes foram encontradas, nas regiões temporal e facial, e permaneceram em continuidade, através do arco zigomático. Estas três camadas são o sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS), a fâscia inominada e a fâscia muscular. Os muitos nomes incompatíveis previamente dados a estas camadas refletem às suas especializações regionais na região temporal, área zigomática e face. A avaliação da consistência destas camadas, que estão em continuidade com as camadas do escalpe, muito facilitaria uma melhor compreensão e aplicação da anatomia das partes moles, da região craniofacial.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS CRANIOSINOSTOSES: ANÁLISE DE 212 CASOS OPERADOS

OLIVEIRA RS, LINS-NETO AL, LOPES LS, VERÍSSIMO F, VELASCO AA, MACHADO HR
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMRP-USP, SP

Introdução: O fechamento precoce de suturas cranianas pode promover restrições ao crescimento cerebral de variados graus, com conseqüente incremento da pressão intracraniana, além de manifestar deformidades craniofaciais e impor riscos à integridade ocular. **Objetivo:** Analisar 212 pacientes portadores de craniosinostose operados no setor de Neurocirurgia Pediátrica, no período de janeiro de 1978 a março de 2004, em um total de 231 procedimentos. **Método:** Análise retrospectiva de prontuários médicos. Os pacientes apresentavam idade, no momento da cirurgia, de 1 mês a 8 anos (mediana de 6 meses), com um nítido predomínio do sexo masculino (153 / 72,2%) em relação ao sexo feminino (59 / 27,8%) em uma relação 3:1. Compõem a série, 97 pacientes com escafocefalia (45,8%), braquicefalia (27 / 12,7%), trigonocefalia (31 / 14,6%), plagiocéfalia anterior (27 / 12,7%), plagiocéfalia posterior (8 / 3,8%), complexa (8 / 3,8 %), oxicefalia (7 / 3,3%), “crânio em trevo” (3 / 1,4%), outra (4 / 1,8). Foi utilizada mais de uma técnica operatória para correção das deformidades cranianas. Em 30 pacientes (14%) foi identificada uma síndrome genética, com um predomínio da Síndrome de Crouzon (8), Apert (8), Pfeiffer (5), Saethre-Chotzen (3), Carpenter (1), outra/em investigação (5). **Resultados:** Os pacientes foram analisados quanto ao aspecto morfológico final e observamos que em 80 % dos casos obtivemos resultados excelentes/bons. A mortalidade foi de 3 casos (1,4%). **Conclusão:** Os resultados operatórios são compensadores, com riscos baixos, e dependem da idade do paciente no momento da cirurgia e da complexidade da craniosinostose (número de suturas envolvidas, deformidades secundárias e síndromes genéticas).

RINOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PORTADORES DE FISSURA LÁBIO PLATINA

SILVA TVN, GUIDI MC, BUZZO CL, SILVA JR. WL, BASSO RC, AMARAL CMR
INSTITUIÇÃO: SERVIÇOS INTEGRADOS DE CIRURGIA PLÁSTICA “PROF. DR. CASSIO
RAPOSO DO AMARAL”

Devido à grande variedade de alterações nasais presentes nos pacientes com FLP, em geral submetidos ao tratamento cirúrgico na infância, fica difícil identificar uma técnica que possa corrigir todas as alterações existentes. Uma das características mais constantes entre estas alterações, é a diferença de altura entre o lado normal e o fissurado. Alterações estas que podem persistir mesmo após uma rinoplastia primária. Considerado esta assimetria como uma das características mais importantes, a incisão columelar mediana, com separação das *crura medialis* das cartilagens alares, permite mobilidade suficiente para reposicionar essas estruturas, elevando a cartilagem alar do lado afetado para uma posição correta, unindo ao lado contralateral. Esta incisão pode se estender de forma curvilínea no entróito em direção à asa nasal ou na outra extremidade em direção ao dômus e ao dorso nasal, de acordo com a extensão da deformidade e a necessidade de compensação tecidual. Apesar de criticada por alguns autores, devido à presença da incisão vertical externa, o uso correto desta incisão permite corrigir a assimetria columelar entre os lados, além de proporcionar projeção à ponta nasal. Neste trabalho, apresentamos cinco casos clínicos submetidos a esta técnica, com diferentes períodos de follow-up (1 mês a 22 anos). Três desses casos tinham sido submetidos a rinoplastias prévias por diferentes técnicas. **Conclusão:** A incisão médio columelar, projetando-se para o dorso nasal, permite corrigir as assimetrias do intróito narinário, projetar a ponta e fornecer um resultado estético nos pacientes portadores de seqüelas de fissuras lábio palatinas a longo prazo.

BALLER-GEROLD SYNDROME AFTER FETAL EXPOSURE TO SODIUM VALPROATE

OLIVEIRA RS, LAJEUNIE E, ARNAUD E, RENIER D

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP E HÔPITAL
NECKER-ENFANTS MALADES – PARIS – FRANCE

Baller-Gerold syndrome is a rare genetic disorder traditionally characterized by specific craniofacial and upper limbs malformations. We report three patients with a history of maternal valproate use during pregnancy who presented with a combination of metopic suture synostosis and upper limb malformations and underwent surgical treatment by standard frontocranial reconstruction for the craniofacial deformity. These cases support the emerging view that Baller-Gerold Syndrome is not a distinct syndrome, but should rather be considered as an heterogeneous phenotype with variable etiology and our case series suggests for the first time that fetal sodium valproate exposure may also cause this phenotype.

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ALÍVIO DA DOR ATRAVÉS DE MUDANÇA DOS VETORES RESULTANTES NA DISFUNÇÃO DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

FRÖES FA, FRÖES SHSOA, FRÖES FILHO FA, ISSY AM, SAKATA RK

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA,
DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA, DOR TERAPIA INTENSIVA; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO
CRUZ E HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE, - SÃO PAULO.

Objetivo: apresentar o desenvolvimento de uma nova técnica cirúrgica para o alívio da dor na articulação temporomandibular, assim como na cefaléia produzida por ela, avaliar os resultados e as complicações em pacientes que não obtiveram melhora dos sintomas com outras condutas. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo de 155 pacientes operados por meio de miotomias, mioplastias e ostectomias do processo coronóide e incluídos nesse estudo. Foram anotados os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, presença de hipertonia muscular, condição dentária e ósteo-cartilaginosa da mandíbula, disco articular, côndilo mandibular e das articulações. Além disso, foi avaliada a intensidade da dor pela escala numérica (0 –10) nos seguintes momentos: período pré-operatório (T₀), 3 (T₃), 7(T₇), 15 (T₁₅) 30 (T₃₀) e 90 (T₉₀) dias após a operação. Nesses mesmos momentos, foi avaliada a dificuldade de abrir a boca. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 32,9 a; 8,2% eram do sexo masculino e 91,8%, do sexo feminino. A raça dos pacientes era: branca (79,59%), mulata (12,24%), negra (4,08%) e amarela (4,08%). A hipertonia muscular foi verificada nos músculos masseteres (100%), temporais (91,83%) e pterigóides mediais (73,46%). Não havia falhas de dente em 48,98% dos pacientes, 46,94% eram parcialmente desdentados e 4,08% totalmente desdentados. Foram observados: deformação óssea em 55,10% dos pacientes, deslocamento do disco articular em 69,38%, derrame articular em 20,40% e deformação do côndilo mandibular em 46,93%. As médias da intensidade da dor foram diminuindo significativamente nos momentos investigados: 10 em T₀; 4,29 em T₃; 1,22 em T₇; 0,06 em T₁₅; 0,02 em T₃₀ e zero em T₉₀. A dificuldade de abrir a boca foi observada em 89,8% dos pacientes no pré-operatório e 100% no pós-operatório. A partir do 30ºd. houve melhora gradual significativa. Ocorreu hematoma em 1 paciente, abscesso em 6 pacientes e neuropraxia em 2 pacientes. **Conclusão:** Pode-se concluir que a nova técnica cirúrgica é eficaz para alívio da dor, com poucas complicações. Os autores consideram como fatores predisponentes as deficiências respiratórias na instalação da Disfunção da ATM, para a qual sugerem melhor estudo, pois certamente há correlação.

ESTUDO HISTOLÓGICO E MORFOMÉTRICO DE CARTILAGENS ALARES NASAIS EM PACIENTES FISSURADOS UNILATERAIS

CINTRA JR. W, CRUZ LGB, MODOLIN M

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SP

Introdução: Pacientes portadores de fissuras labiopalatais unilaterais mostram alterações características no nariz que são independentes do grau de deformidade. Defensores da teoria intrínseca consideram que estas deformidades são decorrentes de alterações embriogênicas das cartilagens alares nasais. A teoria extrínseca credita a deformidade nasal à ação desordenada da musculatura perioral deformada pela fissura. **Objetivo:** Realizar análise histológica e morfométrica comparativa das cartilagens alares nasais do lado acometido e do lado não acometido, em pacientes fissurados unilaterais. **Método:** Fragmentos das porções laterais das cartilagens alares do lado são e do lado fissurado foram coletados em 18 pacientes fissurados unilaterais no ato da cirurgia. Foram feitos cortes histológicos uniformes dos fragmentos e corados com hematoxilina e eosina. Dois pacientes foram excluídos do estudo devido a imperfeições. O mesmo patologista examinou todos os cortes histológicos, desconhecendo a origem dos cortes. Foi realizada contagem dos condrócitos através de um retículo micrométrico e quantificação das matrizes cartilaginosas pelo método de Weibel. **Resultados:** Todos os dados foram analisados estatisticamente e não houve diferenças estatisticamente significativas, tanto do número de condrócitos, quanto da quantidade de matriz cartilaginosa, entre o lado fissurado e lado não fissurado. **Discussão:** Os resultados aparentemente reforçam a teoria extrínseca; no entanto, as dúvidas sobre a composição das matrizes cartilaginosas continuam, não somente quanto à glicosaminoglicanas que as compõem, mas também quanto à elastina e ao colágeno que podem causar diferentes graus de consistência do colágeno.

FRATURA CONDÍLICA – ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

LAPERA A, CARDOSO E

O presente trabalho visa demonstrar a atuação fonoaudiológica no caso das fraturas condílicas, apresentando as variantes do mesmo em relação ao tratamento conservador x cirúrgico; uni x bilateral e criança x adulto. O côndilo é o centro primário de crescimento da mandíbula, desta forma, qualquer acometimento poderá levar a diversas alterações, acarretando desequilíbrio ósseo e neuromuscular. A atuação fonoaudiológica pretende restabelecer a função estomatognática de acordo com o grau de comprometimento da estrutura anatômica, buscando o melhor equilíbrio miofuncional. Como foco primário temos a melhoria da qualidade dos movimentos mandibulares e das funções estomatognáticas através do aumento da demanda funcional. Com recursos de alongamento da musculatura orofacial e cervical, manobras e exercícios de movimentação mandibular, além das funções estomatognáticas propriamente ditas, já que estas poderão estar compensadas e/ou adaptadas a nova situação. Com a utilização da descrita técnica, será possível a remodelação das superfícies articulares, propiciando uma adequação funcional e minimizando possibilidades de uma fusão óssea ou fibrótica.

INTERFERÊNCIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS ÓSSEAS NA SIMETRIA DE CIRURGIAS CRANIOFACIAIS

GUIDI MC, AMARAL CER, NOVAIS T, AMARAL CMR

INSTITUIÇÃO: SERVIÇOS INTEGRADOS DE CIRURGIA PLÁSTICA PROF. DR CASSIO RAPOSO DO AMARAL

A imagem da face é um resultado de uma relação harmônica entre as estruturas ósseas e os tecidos moles adjacentes que são moldados sobre estas estruturas e que caracterizarão o conjunto facial final. Nós podemos observar que alguns pacientes que são submetidos a cirurgias craniofaciais podem apresentar, após o procedimento cirúrgico, um certo grau de relação distópica entre as pálpebras, sobrancelhas e globos oculares, a despeito de exames mais apurados, como radiografias cefalométricas e tomografias tridimensionais, mostrarem uma posição simétrica do esqueleto orbital como o pretendido na cirurgia. Esta observação sugere um melhor resultado cirúrgico se levarmos em conta mais atenção às partes moles que à simetria óssea. Em vários casos, nós conseguimos obter simetria facial de partes moles somente às custas da assimetria óssea. Nós escolhemos três pacientes cuja assimetria craniofacial foi corrigida de tal modo que o melhor resultado para simetria da região palpebral foi conseguida com uma posição assimétrica das estruturas ósseas locais.

EMPREGO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB) NAS RECONSTRUÇÕES DA MANDÍBULA

MORAES S, FOUNTOURA L

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO DA PENITÊNCIA E HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO –

Histórico: Historicamente, o ar comprimido tem sido empregado com fins terapêuticos desde 1664, quando o médico inglês H. Henshaw pressurizou um aposento, utilizando um fole de órgão para tratar “doença crônica”. **Objetivo:** Demonstrar o emprego do oxigênio sob condições de pressão – denominado oxigenoterapia hiperbárica (OHB) que tem como base a *Medicina Submarina, ou Medicina Hiperbárica*, como método coadjuvante no preparo de áreas doadoras e leitos receptores de enxertos ósseos livres de crista ilíaca, utilizados como recurso para a reconstrução de defeitos ósseos do osso mandibular. **Método:** A partir dos princípios que regem a relação entre os estados líquido e gasoso, ou seja, as duas Leis Físicas – a *Lei de Boyle*: “A uma temperatura constante, o volume de um gás é inversamente proporcional à sua pressão”, ou seja, num ambiente pressurizado o gás sofre contração – e a *Lei de Henry*: “A solubilidade dos gases é diretamente proporcional à pressão, isto é, quanto mais alta for a pressão, maior será a capacidade do líquido de dissolver o gás”, os autores empregam um protocolo pré e pós-operatório através da utilização de câmaras hiperbáricas e, portanto, a OHB consiste na administração intermitente de oxigênio a 100 % numa pressão ambiente – *pressão atmosférica – atmosfera absoluta (ATA)* – maior do que ao nível do mar. **Resultados:** Trinta e dois pacientes foram submetidos a reconstrução mandibular com emprego da OHB, entre os anos de 1998 e 2003. Foram observados resultados exitosos em trinta pacientes (93,75%). Os dois pacientes (6,25%) que não obtiveram os resultados esperados eram usuários de drogas que afirmaram não terem interrompido o uso. **Conclusão:** Finalmente, a experiência do nosso Serviço vem ao encontro da constatação de que a OHB representa hoje uma ferramenta eficiente não só das condições que envolvem a face, cabeça e pescoço mas, no tratamento de muitas doenças ou complicações decorrentes das mesmas.

RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA DE MANDÍBULA EM CRIANÇAS: ANÁLISE DO CRESCIMENTO FACIAL

BORBA M, DUTRA C, NASSIF T, CRUZ R

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (HTO-INTO) MS, RJ

Introdução: Os enxertos ósseos vascularizados tornaram-se um grande avanço em reconstrução mandibular e o entendimento de suas características a longo prazo é essencial (LUKASH; ET AL, 1990). Nos pacientes em desenvolvimento, além dos requisitos estéticos, o aspecto funcional é de suma importância (BOYD, 1998). Nesse estudo, os autores fazem uma retrospectiva e revisam sua experiência com esse tipo de procedimento, visando avaliar os aspectos funcionais e estéticos e o impacto no crescimento facial da reconstrução mandibular microcirúrgica em crianças. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de nove pacientes, submetidos à reconstrução microcirúrgica com fíbula vascularizada. Os pacientes foram avaliados por meio de exame clínico, radiológico e fotográfico, com relação à: oclusão da dentição remanescente, simetria facial, projeção mandibular, cobertura cutâneo-mucosa, máxima abertura bucal, bem como presença de sinais e sintomas articulares. **Resultados:** A oclusão da dentição remanescente apresentou anormalidades como: mordida cruzada, desvio da linha média e mordida aberta. Não houve caso de inadequada cobertura cutâneo-mucosa ou limitação da abertura bucal a níveis inferiores aos normais. Evidenciou-se assimetria facial com látero desvio mandibular, principalmente da projeção mentoniana, sem contudo implicar em deformidade grosseira que inviabilizasse a sociabilidade do paciente devido à assimetria. Não foi registrada a presença de sinais e sintomas articulares. **Conclusões:** Alterações nos parâmetros funcionais e estéticos de graus variados podem estar presentes após a reconstrução mandibular microcirúrgica de grandes defeitos em pacientes em desenvolvimento. A reconstrução mandibular microcirúrgica em crianças parece contemplar um mínimo de requisitos funcionais e estéticos que permite ao paciente se integrar à sociedade normalmente durante o seu desenvolvimento. Outras técnicas cirúrgicas, como distração osteogênica e cirurgia ortognática, podem ser importantes em alguma fase do acompanhamento do paciente. É necessário um estreito seguimento pós-operatório com a participação ativa e interdisciplinar da ortodontia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia médica, entre outras especialidades correlatas. São necessários estudos prospectivos e randomizados, com maior casuística, para concluirmos sobre a aparente grande superioridade funcional e estética da reconstrução mandibular microcirúrgica em relação a outros métodos de reconstrução ou simplesmente a não realização desta.

FRATURAS FACIAIS CAUSADAS POR PROJÉTEIS DE ARMA DE FOGO: ESTUDO RETROSPECTIVO

INAMINE WAS, GOLDENBERG DC, CRUZ DP, ANDO A, ALONSO N

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA CRANIOFACIAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO, SP

Introdução: O aumento significativo da violência interpessoal tem contribuído para uma maior incidência de ferimentos por arma de fogo (FAF) na região cefálica. O mecanismo de trauma de alto impacto resulta comumente em lesões complexas de difícil tratamento. **Objetivo:** Análise dos casos atendidos no Pronto-Socorro do HC vítimas de ferimento por arma de fogo (FAF), no período de 4 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo com análise das seguintes variáveis – sexo, idade, tipo e localização da fratura e a presença de complicações. **Resultados:** Foram analisados 20 casos (18 M e 2 F), de 14 a 44 anos (média 29), com fraturas isoladas (10 casos) e associadas (10 casos), unilaterais (14 casos) e bilaterais (6 casos), com a seguinte topografia da lesão: segmento superior (1 frontal e 1 temporal), segmento médio (6 orbitárias, 3 nasais, 2 zigomas e 9 maxilares) e segmento inferior (18 mandibulares, sendo, 5 côndilos, 1 ângulo, 4 ramos, 6 corpos e 2 sínfises). Os tratamentos realizados foram: segmento superior (2 com placas 1.7), segmento médio (16 com placas 1.7/2.0 e 4 com enxerto ósseo), segmento inferior (6 com placas 2.0, 5 com placas 2.4, 2 com fixação externa e 2 com bloqueio intermaxilar exclusivamente). Houve 12 casos que evoluíram com alguma complicação, sendo: 4 osteomielites, 3 celulites, 2 exposição de material, 2 pseudo-artroses e 1 fistula carotídeo-cavernosa. **Conclusão:** O trauma facial por FAF constitui uma entidade cada vez mais importante nos dias de hoje, uma vez que o aumento da violência urbana se contrapõe com a redução dos casos de lesões faciais provocadas por acidentes automobilísticos pelo uso mais freqüente do cinto de segurança. Porém, o trauma por FAF possui características próprias no seu manejo devido à alta energia cinética do projétil e da grande lesão tecidual adjacente provocada. Com isso, as complicações tornam-se uma preocupação constante do cirurgião craniofacial, não sendo infreqüente as reoperações para o tratamento das suas seqüelas. Nos casos analisados houve um predomínio de vítimas do sexo masculino na idade adulta e com a região maxilar comprometida. As complicações ocorreram em 60% dos casos que corroboram com a grande morbidade desse tipo de lesão.

CEFALOMETRIA RADIOGRÁFICA DENTO-ESQUELÉTICA E DE TECIDOS MOLES BASEADA NO TRAÇADO PREDITIVO DE VIGORITO EM PACIENTES CLASSE III SUBMETIDOS A CIRURGIA MANDIBULAR

GOLDENBERG FC, PEREIRA MD, FERREIRA LM

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE ORTODONTIA DA UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO; SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

O diagnóstico e planejamento ortodôntico-cirúrgico baseiam-se nas análises cefalométrica, de modelos e facial. A análise cefalométrica fornece subsídios à realização de traçados preditivos, que associados à análise de modelos, oferecem ricas informações ao ortodontista e ao cirurgião. O presente estudo teve como objetivos a avaliação cefalométrica dento-esquelética e dos tecidos moles faciais em pacientes submetidos a recuo mandibular isolado, observando-se as correlações entre as variações das estruturas dento-esqueléticas e de tecidos moles. Para tanto, o traçado Preditivo de Vigorito foi utilizado como meta de tratamento para avaliação do resultado cirúrgico. A casuística foi composta por 16 pacientes com má-oclusão de Classe III, de ambos os sexos, com idade média de 21,9 anos. Todos os pacientes foram submetidos à ortodontia pré-operatória pelo mesmo ortodontista e operados com a técnica da osteotomia sagital da mandíbula pelo mesmo cirurgião. A avaliação do comportamento das estruturas de tecido duro e mole foi realizada a partir das comparações dos traçados cefalométricos nos períodos pré-operatório, preditivo e pós-operatório (imediatamente, após 3 e 6 meses). Os traçados cefalométricos forneceram na totalidade 28 variáveis, de tecidos duros e moles, horizontais e verticais. As variáveis foram estudadas nos diferentes períodos, utilizando-se o método estatístico de Análise de Perfis de Médias. Procurou-se estabelecer correlações entre os tecidos duros e moles, considerando-se as fases pré-operatória e pós-operatória de 6 meses. A partir da análise e discussão dos resultados, concluiu-se que as estruturas dento-esqueléticas mandibulares avaliadas sofreram um deslocamento com significado estatístico no sentido pósterio-superior. Os tecidos moles apresentaram o mesmo comportamento dos tecidos duros. Foram verificadas correlações positivas entre tecidos duros e moles, sendo as mais significativas: incisivo inferior com lábio inferior, pogônio ósseo com pogônio mole e mento ósseo com mento mole. Em relação ao Traçado Preditivo de Vigorito, pôde-se concluir que o procedimento operatório alcançou a meta de tratamento por ele proposta.

ASPECTOS TÁTICOS DAS CIRURGIAS DE RESSECÇÃO DAS MALFORMAÇÕES VASCULARES DE ALTO FLUXO EXTENSAS CERVICOFACIAIS

ANDO A, GOLDENBERG DC, CALDAS JG, INAMINE WAS, BASTOS E, ALONSO N

INSTITUIÇÃO: DIVISÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SP

O tratamento cirúrgico das malformações vasculares (MV) extensas de alto fluxo cervicofaciais apresenta um elevado índice de morbidade e mortalidade, relacionadas principalmente ao risco de sangramento intra-operatório e impossibilidade de ressecção completa da lesão, o que determina a necessidade da aplicação de procedimentos e cuidados perioperatórios complementares no tratamento desta entidade. **Objetivo:** Apresentar os aspectos táticos peri e intra-operatórios das ressecções das malformações vasculares extensas de alto fluxo cervicofaciais. **Métodos:** No período de fevereiro de 2001 a Junho de 2003, seis pacientes com MV extensas cervicofaciais, previamente controlados através de múltiplas embolizações, foram submetidos a tratamento cirúrgico. Os casos foram avaliados quanto aos cuidados pré-operatórios, programação cirúrgica, achados intra-operatórios, perdas sanguíneas, complicações, tipo de reconstrução e resultados obtidos. Todos os pacientes foram submetidos a estudo angiográfico pré-operatório, associado a outros métodos de imagem. A conduta cirúrgica foi definida, em termos de ressecção da lesão, no pré-operatório. Todos os pacientes foram submetidos a embolização seletiva temporária com partículas de Gelfoam ou poli-vinil-álcool, 24 horas antes do procedimento cirúrgico. A anestesia realizada foi geral hipotensiva. Antes da abordagem da lesão, procedeu-se a dissecação e reparo dos vasos/troncos vasculares nutridores para eventual controle de sangramento. O acesso cirúrgico foi realizado visando a ressecção com margens livres de envolvimento, de modo a evitar a manipulação intralésional e causar maiores perdas sanguíneas. **Resultados:** As lesões exploradas se apresentavam como massas bem definidas, circundadas por tecido fibroso, simulando uma cápsula cirúrgica, o que facilitou a ressecção da lesão. Este achado foi provavelmente secundário às múltiplas embolizações prévias. Quatro casos necessitaram transfusão sanguínea. Nenhum paciente apresentou instabilidade hemodinâmica intra ou pós-operatória. Um caso evoluiu com coagulopatia, recebendo transfusão de plaquetas e fatores de coagulação. Todos os casos foram submetidos a reconstrução imediata, com evolução satisfatória sob os pontos de vista funcional e estético.

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DE MANDÍBULA POR PROJÉTEIS DE ARMA DE FOGO

RASSI SP, FURTADO TA, FERNANDES AV, NAVES MD, LEÃO CEG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS / FHEMIG - BELO HORIZONTE - MG

A mandíbula é a estrutura óssea mais acometida nas lesões faciais causadas por projéteis de arma de fogo (PAF). Os autores avaliaram clínica e radiograficamente a eficácia do tratamento conservador das fraturas de mandíbula produzidas por projéteis de arma de fogo (PAF) em pacientes atendidos no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (CTBMF) do Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), no período de um ano (de abril de 2001 a abril de 2002). O critério de sucesso foi dado pela consolidação óssea, com restabelecimento funcional e estético e ausência de sinais de infecção até 180 dias após o tratamento. Dos 23 pacientes incluídos no estudo, 53% obtiveram sucesso no tratamento conservador, 13% de insucesso e 34% de abandono do tratamento. As fraturas de mandíbula por PAF, sendo compostas e cominuídas em sua maioria, têm no tratamento conservador uma conduta eficiente, com até 80% de sucesso nos casos acompanhados pelo período preconizado de 180 dias.