

**REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL**
BRAZILIAN JOURNAL OF CRANIOMAXILLOFACIAL SURGERY
PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

ISSN 1980-1823

Editor

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

Editor Associado

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

Conselho Editorial Nacional

Antonio Richieri-Costa	Marcus Vinicius Martins Collares
Diógenes Laércio Rocha	Maria Rita Bueno Passos
Eduardo Grossmann	Max Domingues Pereira
Elisa Altmann	Omar Gabriel
Hamilton Matsushita	Renato da Silva Freitas
Luís Paulo Kowalski	Ricardo Lopes da Cruz
Luiz Ubirajara Sennes	Sérgio Moreira da Costa
Marcos Roberto Tavares	Vera Nocchi Cardim

Conselho Editorial Internacional

Daniel Marchac (França)	Juan Maria Chavanne (Argentina)
Eric Arnaud (França)	Pedro Dogliotti (Argentina)
Ian Thomas Jackson (EUA)	

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

Site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial: www.sbcc.org.br

Brazilian Journal of Craniomaxillofacial Surgery/Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial. - Vol.9, n.2 (Dez.2006). - São Paulo : SBCC, 1998 - .
v. : il. ; 30cm.

Dois números por ano.

ISSN 1980-1823

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 dado 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

Ética na realização de pesquisa clínica envolvendo seres humanos
Ethic in the realization of clinical research involving human subjects
NIVALDO ALONSO

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Uso de fixadores ortopédicos para fixação externa em fraturas complexas de mandíbula: estudo retrospectivo
Use of orthopaedic fixator for external fixation of complex mandible fractures: a retrospective review
FERNANDO PUNDEK TENIUS, GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ, RENATO SILVA FREITAS, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO, FERNANDO KUPPER, FLÁVIA NAGEL, HENRIQUE ALEXANDRE STACHON, WILLIAM MASSAMI ITIKAWA 25

RELATOS DE CASOS / CASE REPORTS

Corpo estranho em seio maxilar: relato de caso
Foreign body in maxillary sinus: case report
CLARISSA LEITE TURRER, FLÁVIO BARBOSA, PATRÍCIA NORONHA DE ALMEIDA 31

Sarcoma de parótida na infância: relato de caso e revisão da literatura
Parotid sarcoma in childhood: case report and literature review
MARCUS VINICIUS MARTINS COLLARES, RINALDO DI ANGELI PINTO, CIRO PAZ PORTINHO, ANDERSON CASTELO BRANCO, LAURA PRATES VITÓRIA 35

TEMAS LIVRES 40

Ética na realização de pesquisa clínica envolvendo seres humanos

Ethic in the realization of clinical research involving human subjects

São indiscutíveis os benefícios que a participação de seres humanos em experimentos científicos trazem à Sociedade. O avanço da Medicina, incluindo desenvolvimento de novas drogas e estabelecimento de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, está atrelado à experimentação em humanos. Nossa meta na execução de estudos clínicos deve ser melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes, sem submetê-los a graves riscos e/ou causar danos.

Existem regulamentações específicas para a condução de estudos envolvendo seres humanos, as quais objetivam, sobretudo, proteger os pacientes e garantir a qualidade das pesquisas. Especificamente, no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde, em 1996, aprovou a resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa em seres humanos em nosso país.

A Declaração de Helsinque, elaborada pela *World Medical Association*, estabelece que protocolos de pesquisa em seres humanos devem ser analisados por comitê independente do pesquisador e que relatos de experimentação que não obedeçam aos princípios da Declaração não devem ser aceitos para publicação. De acordo com as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group)*, cabe às revistas científicas solicitar aos autores, ao relatarem experimentos realizados em seres humanos, que indiquem que os procedimentos foram realizados de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana e com a Declaração de Helsinque.

Neste contexto, nas Normas para Publicação de nossa revista, há instruções concernentes a este aspecto, as quais devem ser observadas e seguidas pelos autores, já que nossa missão deve ser privilegiar não só a ciência, mas, principalmente, a ética.

Nivaldo Alonso

Editor

Uso de fixadores ortopédicos para fixação externa em fraturas complexas de mandíbula: estudo retrospectivo

Use of orthopaedic fixator for external fixation of complex mandible fractures: a retrospective review

FERNANDO PUNDEK TENIUS¹, GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ², RENATO SILVA FREITAS³, MARIA CECILIA CLOSS ONO⁴,
FERNANDO KUPPER⁵, FLÁVIA NAGEL⁵, HENRIQUE ALEXANDRE STACHON⁵, WILLIAM MASSAMI ITIKAWA⁵

RESUMO

As lesões complexas de mandíbula, especialmente as fraturas causadas por armas de fogo e os casos de infecção e pseudo-artrose em pós-operatório de fixação interna com placa e parafusos, constituem desafios e normalmente requerem procedimentos cirúrgicos complexos. Apresentamos dados referentes a quinze pacientes, nos quais foi utilizada fixação externa para estabilização mandibular com sistema de fixação utilizado inicialmente para fraturas de mão e punho, com o objetivo de reconhecer a sua utilização como opção válida, principalmente pela simplicidade de execução da técnica, acessibilidade e aceitáveis riscos de complicações.

Descritores: Fixação de fratura. Mandíbula, cirurgia. Fraturas mandibulares, cirurgia.

SUMMARY

The severe mandibular lesions, as those caused by gunshot and cases of post surgical infection and nonunion associated with open reduction and internal fixations (using plates and screws), are challenging and usually require multiple surgical procedures. We present a retrospective study describing fifteen patients treated with orthopedic fixation devices to allow stabilization of the mandible fragments. The main purpose of the study is to remember that external fixation in mandibular lesions remains as a option to complex fractures, because is a simple and safe procedure.

Descriptors: Fracture fixation. Mandible, surgery. Mandibular fractures, surgery.

1. Professor Substituto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná.

2. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná.

3. Chefe do Serviço e Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná.

4. Médica residente de Cirurgia Plástica do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructora Hospital de Clínicas da UFPR.

5. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Correspondência: Fernando Pundek Tenius. Hospital de Clínicas, Departamento de Cirurgia Plástica e Reparadora. Rua General Carneiro, 181, 13º andar – Centro - Curitiba - Paraná – Brasil. CEP 80060-900. Telefone: (41) 3360-6342. E-mail: fernandotenus@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

A imobilização óssea é importante tempo no tratamento de fraturas da mandíbula¹⁻³. Não existe um método universal de redução e fixação das fraturas de mandíbula que possa ser utilizado em todos os casos. Fatores como a má dentição, a nutrição inadequada dos pacientes e o estado das partes moles e dos fragmentos ósseos influenciam muito na conduta a ser tomada. Avanços tecnológicos recentes revolucionaram o tratamento das mais diferentes lesões mandibulares⁴. A maioria dos autores advoga o uso de fixação interna rígida como o tratamento padrão, mesmo nos casos de lesões cominutivas. Sendo assim, o uso de sistemas de fixação externa passou a ter poucas indicações, mas que devem ser conhecidas principalmente para o tratamento de lesões mais complexas, para as quais as outras terapias podem não ser a melhor opção⁴.

MÉTODO

Neste estudo retrospectivo, apresentamos 15 casos de pacientes com fraturas complexas de mandíbula que, em algum momento, necessitaram de fixadores externos para o tratamento de suas lesões mandibulares. Os pacientes

foram atendidos no serviço de atendimento a pacientes politraumatizados do Hospital do Trabalhador (Curitiba – PR - Brasil), no período de fevereiro de 2002 a outubro de 2006. Seus prontuários foram revisados e os principais dados foram descritos, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Avaliação clínica e radiológica

Todos pacientes foram avaliados clinicamente e realizaram as radiografias usuais para o diagnóstico das fraturas de mandíbula (incidências ântero-posterior, oblíquas e Towne), como pode ser observado nas Figuras 1, 2 e 3. Nos casos de fraturas múltiplas, a tomografia de face em cortes coronal e axial foi realizada (Figura 4), além da avaliação geral do paciente seguindo aos preceitos preconizados pelo ATLS.

Para evitar dúvidas, pacientes com fraturas cominutivas de mandíbula, com boas condições dentárias e boas condições relacionadas ao tipo da fratura, são preferencialmente tratados em nosso serviço com fixação interna rígida, por meio de miniplacas e parafusos, ou bloqueio maxilo-mandibular.

Nos casos de fraturas complexas com grande destruição óssea e de tecidos moles adjacentes à fratura,

Tabela 1 – Relação dos pacientes que utilizaram fixação externa para fratura de mandíbula

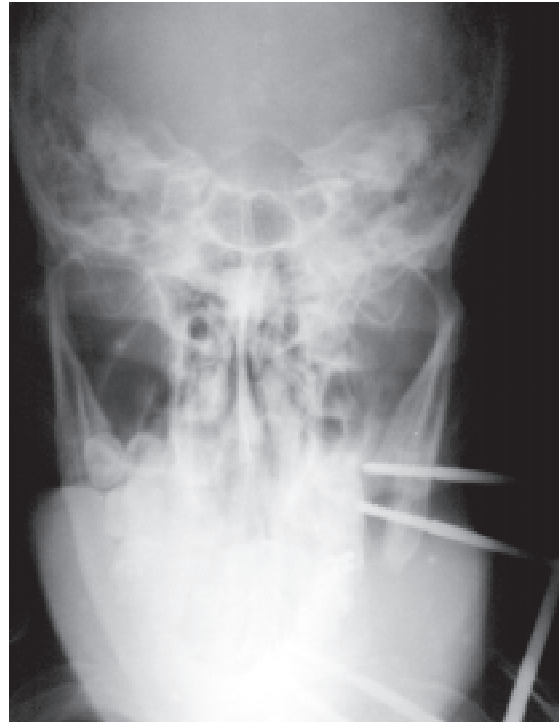
COD	Idade	Mecanismo Lesão	Descrição Fratura	Comorbidades/ Lesões Associadas	Procedimentos Prévios	Complicações Fixador
1	32	FAF	Cominutiva Ângulo E	Não	Não	Não
2	25	FAF	Cominutiva Corpo D	Sim	Não	Sim
3	18	FAF	Cominutiva Corpo E	Sim	Não	Não
4	18	FAF	Cominutiva Sínfise	Não	Não	Não
5	39	FAF	Cominutiva Corpo D	Não	Não	Não
6	36	Agressão	Cominutiva Ângulo E	Sim	Sim	Não
7	54	FAF	Cominutiva Corpo D	Não	Não	Não
8	24	FAF	Cominutiva Ângulo E	Não	Não	Sim
9	26	FAF	Cominutiva Corpo D	Sim	Não	Sim
10	51	Queda Nível	Cominutiva Corpo D	Sim	Não	Não
11	39	FAF	Cominutiva Corpo D	Sim	Sim	Não
12	29	FAF	Cominutiva Ângulo E	Sim	Não	Sim
13	45	FAF	Cominutiva Ângulo E	Sim	Não	Sim
14	23	Agressão	Cominutiva Ângulo E e Sínfise	Não	Sim	Não
15	28	Agressão	Cominutiva Ângulo E	Não	Sim	Não

FAF: ferimento por arma de fogo.

Figura 1 – Caso 1 - radiografia de pós-operatório de fixação de fratura de ângulo esquerdo, que evoluiu com infecção e exposição da placa



Figura 2 – Radiografia de pós-operatório do caso 1, após retirada da placa e inserção de fixador externo ortopédico (punho) para fixação do foco da fratura



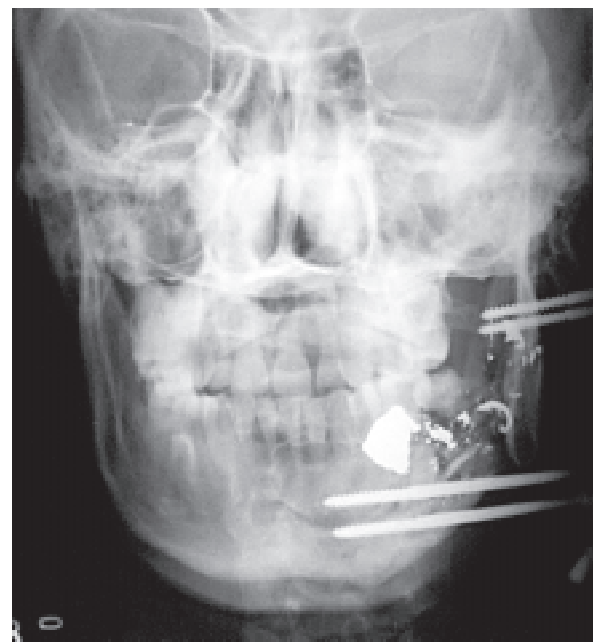
com muitos fragmentos intermediários (Figuras 3 e 4), ou nos casos em que houve tentativa anterior de tratamento sem sucesso com outros métodos de fixação (Figura 1), a conduta preconizada foi o uso dos fixadores externos.

Técnica cirúrgica

Muitas técnicas são descritas para a colocação de sistemas de fixação externa para tratamento de lesões mandibulares. Neste trabalho, descrevemos casos em que foram utilizados fixadores externos originalmente produzidos para utilização em traumas ortopédicos e que são normalmente utilizados em fraturas complexas de mão e punho (escolhidos de acordo com as dimensões e grau de instabilidade da fratura).

A preferência do serviço é pela utilização da anestesia geral com intubação nasotraqueal. Os pacientes foram colocados em oclusão neutra ou o mais próximo possível da condição pré-operatória. Os pinos foram, então, localizados, em número de dois em cada ponto fixo da mandíbula, evitando-se os fragmentos intermediários, de forma a estabilizar a fratura. Os possíveis ferimentos causados

Figura 3 – Caso 2 - paciente com ferimento por arma de fogo e fratura complexa de mandíbula, utilizando fixador externo para tratamento primário da lesão. Radiografia pós-operatória



pelo trauma foram debridados e suturados e os pacientes mantidos em uso de antibioticoterapia (cefalosporina de primeira geração) por sete dias (Figuras 5 e 6).

Os pacientes tratados com fixação externa foram acompanhados ambulatorialmente na primeira semana e, após, quinzenalmente, com exame clínico (atentando para sinais de infecção nos locais de introdução dos pinos) e controle radiológico, como pode ser observado nas Figuras 2 e 3. Foram mantidos em uso de dieta líquida

pastosa e com orientação de higiene bucal rigorosa, assim como dos locais de inserção dos pinos. Assim que houve evidência radiológica de neoformação óssea (em média no período de 60 dias), os fixadores externos foram retirados com anestesia local, ambulatorialmente. Iniciou-se, então, período de fisioterapia bucal em pacientes com dificuldade de movimentação da articulação têmporo-mandibular por imobilização prolongada e ingestão de alimentos sólidos.

Figura 4 – Caso 3 - tomografia de face mostrando intensa destruição óssea

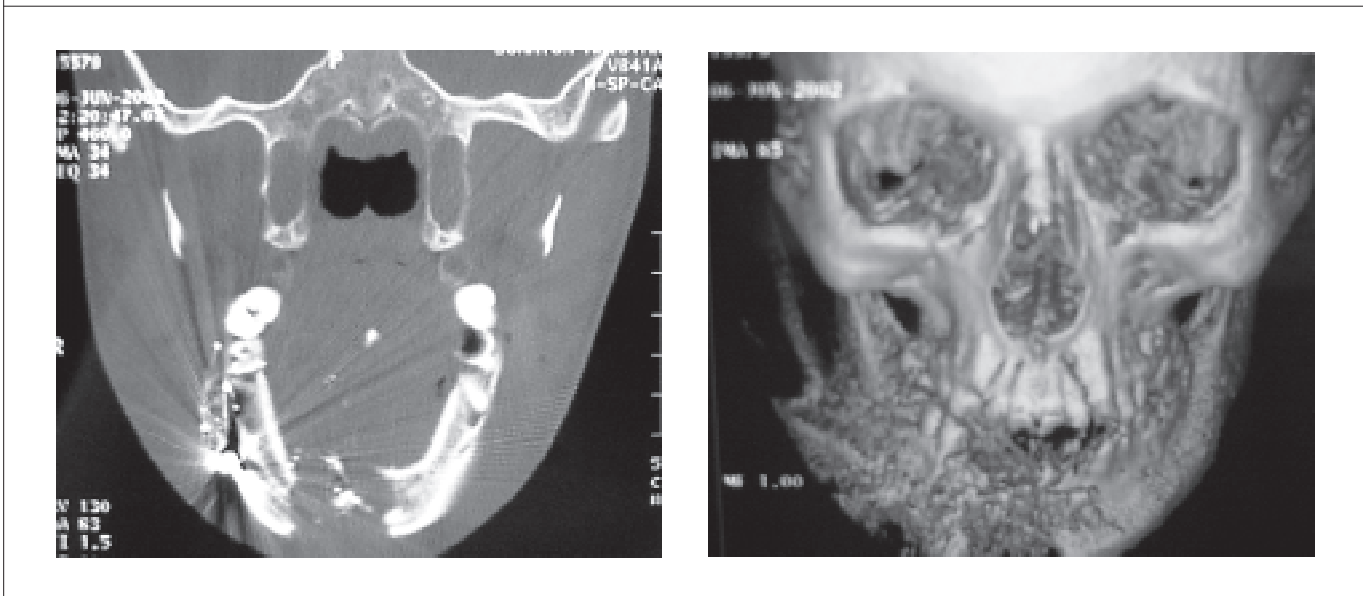


Figura 5 – Caso 3 - pré-operatório mostrando grave ferimento de partes moles causado por projétil de arma de fogo



Figura 6 – Pós-operatório imediato do caso 3, demonstrando fixador externo locado



RESULTADOS

Todos os casos atendidos se tratavam de homens, com idades entre 18 e 54 anos, com mediana de 29 anos. A maioria das fraturas era cominutiva de ângulo mandibular (7 casos). O mecanismo de trauma mais prevalente foi o causado por feridas de arma de fogo (11 casos). A maior parte dos pacientes (8 casos) apresentavam com politraumas graves e lesões associadas, como fraturas complexas de face, lesões oftalmológicas, traumas cranioencefálicos, trauma de tórax e fraturas de coluna cervical. Em quatro pacientes, foi tentada a fixação interna com placas e parafusos previamente ao uso do fixador, porém estes evoluíram com pseudo-artrose e seqüestro ósseo, necessitando de novo procedimento.

O tipo de fixador externo mais usado foi o desenvolvido para uso de fraturas de punho. O tempo médio de permanência do fixador foi de 61 dias (mínimo de 7 dias e máximo de 128 dias). A complicação mais prevalente devido ao uso do fixador foi a infecção das áreas de inserção dos pinos (4 casos). Após a retirada do fixador, dois pacientes evoluíram com disocclusão persistente, que necessitará tratamento adicional com ortodontia e osteotomia.

DISCUSSÃO

As fraturas cominutivas de mandíbula têm sido tratadas de diversas formas, incluindo redução fechada com placas e parafusos, uso de fixação interna com fios de aço, fixação incruenta com utilização de bloqueio maxilomandibular e, em alguns casos, com uso de fixadores externos. No início, o pensamento aceito para o tratamento dessas fraturas incluía o preceito de que a exploração cirúrgica poderia levar à perda do suprimento sanguíneo dos fragmentos ósseos, levando a uma maior incidência de seqüestro ósseo e focos de infecção⁵. Esta teoria só foi mudada durante a primeira Guerra Mundial, devido à grande incidência de feridas por arma de fogo⁵. Nesta época, Kazanjian estabeleceu o novo conceito de que a maioria das seqüelas de fraturas de mandíbula ocorria não por perda óssea, mas pela fixação inadequada dos fragmentos ósseos.

Atualmente, a grande maioria das fraturas cominutivas de mandíbula pode ser tratada com o método de fixação interna (principalmente com o uso de miniplacas e parafusos), sendo os métodos como bloqueio maxilo-mandibular e fixação externa relegados a casos especiais em que a primeira opção não é possível^{5,6}.

Grandes perdas ósseas causadas por ressecções de tumores, infecções levando a grandes seqüestros ósseos e traumas graves com perda de substância constituem as principais indicações para o uso dos fixadores externos. O uso de fixadores externos ortopédicos para o tratamento de fraturas foi descrito primeiramente por Lambotte e sua utilização especificamente para o tratamento de fraturas de mandíbula pode ser creditado a Ginestet⁴. O avanço da tecnologia dos sistemas para fixação interna tem limitado, cada vez mais, o uso dos fixadores ósseos, mas sua utilização ainda tem espaço, principalmente nos casos em que há grande perda óssea, principalmente relacionados aos traumas de mandíbula causados por feridas de arma de fogo ou nos casos inicialmente tratados com fixação interna, mas que evoluíram com infecção e seqüestro ósseo.

A presença de infecção no foco de fratura nos pacientes tratados inicialmente com fixação interna depende do método utilizado, e varia entre 6,5 a 16%⁷. Sua ocorrência pode ser relacionada a vários fatores, entre eles as condições gerais dos pacientes, qualidade de higiene oral, grau de complexidade da fratura, tempo decorrido até instituição do tratamento e o tipo de material de fixação utilizado. Uma das opções para o tratamento dos pacientes que evoluem com infecção é a abordagem da ferida e descolamento amplos, visando realizar debridamento extenso e colocação de nova fixação interna rígida na tentativa de estabilizar a área da fratura. Porém, deve ser lembrado que esta alternativa é dificultada pelo edema intenso da região infectada, além do maior risco de lesões iatrogênicas de estruturas nobres adjacentes aos focos da fratura, que têm sua identificação dificultada pelo processo inflamatório local⁴. Nestes casos, o uso dos fixadores externos apresenta a vantagem de não ser necessário descolamento periosteal e o potencial prejuízo na vascularização de um osso já comprometido. Além disso, as incisões são menores, minimizando também o risco de iatrogenias e a sua instalação pode ser feita em poucos minutos, algumas vezes, sob anestesia local.

Na literatura, a taxa de complicações relacionadas ao tratamento de fraturas cominutivas de mandíbula chega a 13%⁵. As variáveis citadas, mais relacionadas com o desenvolvimento das complicações, são a técnica cirúrgica utilizada, a causa do trauma e o tempo até a instituição do tratamento⁸⁻¹¹. Dentre estas variáveis,

merecem menção as taxas de complicação, comparativamente maiores, relacionadas ao uso dos sistemas de fixação externa (35,2%) e os traumas causados por armas de fogo (27,8%). Dados demonstram que as lesões mais graves (causadas por armas de fogo) geralmente levam a maiores dificuldades de tratamento, necessitando opções menos efetivas (fixadores externos), mas que geralmente são as únicas alternativas possíveis para tais casos.

CONCLUSÃO

Atualmente, o tratamento considerado padrão para as fraturas complexas de mandíbula é o uso de fixação interna rígida e uso de enxertos ósseos. Porém, o uso de fixadores externos como opção de tratamento para tais lesões mandibulares ainda tem seu espaço, particularmente em lesões associadas a quadros infecciosos, com presença de extensa reação inflamatória e áreas de seqüestro ósseo, assim como em lesões provocadas por armas de fogo, com extensa destruição óssea e de partes moles. A fixação externa com fixadores ortopédicos deve ser lembrada como opção válida e mais acessível para o tratamento temporário de lesões complexas, já que o dispositivo utilizado está presente em hospitais gerais, não necessitando, portanto, de material específico.

REFERÊNCIAS

1. Gear AJ, Apasova E, Schmitz JP, Schubert W. Treatment modalities for mandibular angle fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(5):655-63.
2. Van Sickels JE. A review and update of new methods for immobilization of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100(2 Suppl):S11-6.
3. Mathog RH, Toma V, Clayman L, Wolf S. Nonunion of the mandible: an analysis of contributing factors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58(7):746-53.
4. Holmes S, Hardee P, Anand P. Use of an orthopaedic fixator for external fixation of the mandible. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002;40(3):238-40.
5. Ellis E 3rd, Muniz O, Anand K. Treatment considerations for comminuted mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(8):861-70.
6. Scolozzi P, Richter M. Treatment of severe mandibular fractures using AO reconstruction plates. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(4):458-61.
7. Kirkpatrick D, Gandhi R, Van Sickels JE. Infections associated with locking reconstruction plates: a retrospective review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:462-6.
8. Thoma KH. New methods for immobilization of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100(2 Suppl):S5-10.
9. Louis PJ, Fernandes R. Temporary stabilization of the mandible with an external fixation device. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(11):1374-5.
10. Leach J, Truelson J. Traditional methods vs rigid internal fixation of mandible fractures. *Arch Otolaryngology Head Neck Surg.* 1995;121(7):750-3.
11. Barros JJ, Manganello Souza LC. *Traumatismo buco-maxilo-facial.* 2nd ed. São Paulo:Roca;2000.

Corpo estranho em seio maxilar: relato de caso

Foreign body in maxillary sinus: case report

CLARISSA LEITE TURRER¹, FLÁVIO BARBOSA², PATRÍCIA NORONHA DE ALMEIDA³

RESUMO

Relato de caso de infecção unilateral recorrente na região nasomaxilar, 45 dias após trauma facial. A tomografia computadorizada revelou imagens radiopacas no seio maxilar. A cirurgia foi realizada via abordagem Caldwell-Luc e um corpo estranho foi encontrado: o segmento distal do segundo dedo da mão esquerda, que foi amputado na cena do trauma. Os casos de corpos estranhos são relatos interessantes na literatura devido à curiosidade dos achados. Este relato enfatiza a importância do atendimento primário a feridas, em uma sala de emergência, e seus aspectos preventivos.

Descritores: Corpos estranhos, complicações. Seio maxilar, cirurgia.

SUMMARY

This is a case report about recurrent unilateral infection of a cheek wound, 45 days after a facial injury. The computed tomography revealed radiopaque images inside maxillary sinus. Surgery was performed through Caldwell-Luc approach and a foreign body was found: the distal segment of the second finger of the left hand, that was amputated in the trauma scene. Foreign body cases are interesting reports in literature because the curiosity of the findings. This report emphasizes the importance of primary care with wounds, in a emergency room, and its preventive aspects.

Descriptors: Foreign bodies, complications. Maxillary sinus, surgery.

1.Cirurgiã Plástica e Craniofacial - Depto de Cirurgia Plástica - Biocor Instituto - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial.
2.Otorrinolaringologista - Depto de Otorrinolaringologia do Biocor Instituto.
3.Residente do Serviço Integrado de Cirurgia Plástica (SBCEP/MEC) - Hospital Universitário São José.

Correspondência: Dra Clarissa Leite Turrer. Alameda Monviso, 22 Vila Alpina – Nova Lima – MG – CEP 34000-000
Tel: (31) 9301-0840 / (31) 3581-1730
E-mail: claturrer@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O trauma penetrante por corpo estranho representa um desafio para o cirurgião de trauma, visto que até um terço deles não são diagnosticados inicialmente¹. Os corpos estranhos podem penetrar nos tecidos moles através de lacerações ou ferimentos secundários a trauma, acidentes ou procedimentos dentários^{2,3}.

Esse artigo relata um caso de infecção na região nasomaxilar recorrente causado por corpo estranho, tratado através de antrotomia e exploração do seio maxilar pelo acesso vestibular superior videoassistido de Caldwell-Luc.

RELATO DO CASO

Paciente A.J.S., 23 anos, sexo feminino, compareceu ao ambulatório de cirurgia plástica da Instituição para consulta, apresentando queixa de cicatriz inestética na face, com drenagem de secreção. Há 45 dias, havia sofrido acidente automobilístico em via pública. Encontrava-se no banco de trás do automóvel, sem cinto de segurança, apresentando ferimento corto-contuso extenso em hemiface esquerda e amputação traumática da falange distal do II dedo da mão esquerda. Foi levada a um serviço de emergência da cidade, onde recebeu o primeiro atendimento. Recebeu alta após período de observação e sutura dos ferimentos. Evoluiu com drenagem de secreção

purulenta no ferimento da face. Foram realizadas cultura da secreção e antibioticoterapia, porém sem melhora do quadro.

Ao exame, apresentava extensa cicatriz em hemiface esquerda, com retração e fibrose com presença de orifício de drenagem de secreção purulenta na região nasomaxilar, que sugeria comunicação com o seio maxilar (Figuras 1 e 2), além de paralisia do lábio superior esquerdo, sugerindo acometimento do ramo bucal do nervo facial.

Também ao exame apresentava cicatriz ao nível de amputação na articulação interfalangeana distal da mão esquerda (Figura 3). A tomografia computadorizada da face evidenciava fratura cominutiva de pilar zigomático e maxilar esquerdo, presença de fragmentos ósseos e secreção em seio maxilar ipsilateral, fratura de parede lateral da órbita esquerda e do rebordo orbitário inferior esquerdo.

A cirurgia foi realizada por via endoscópica, com abordagem por antrotomia do seio maxilar e acesso vestibular superior (Caldwell-Luc). À exploração cirúrgica do seio maxilar, evidenciaram-se secreção purulenta, presença de corpo estranho identificado como porção distal do II dedo da mão esquerda com o leito ungueal preservado (Figura 4) e integridade da crista zigomático-maxilar e do assoalho orbitário. Após a retirada de corpo estranho, a paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem nenhuma intercorrência, com melhora total dos sintomas e regressão completa da drenagem de secreção pela cicatriz da hemiface esquerda.

Figura 1 – Cicatriz extensa e inestética em hemiface esquerda com orifício de drenagem de secreção purulenta. Observa-se paresia do ramo bucal



Figura 2 – Detalhe da cicatriz, evidenciando retração e fibrose no local de comunicação com o seio maxilar



Figura 3 – Cicatriz em coto de amputação II dedo da mão esquerda (sutura realizada no primeiro atendimento)

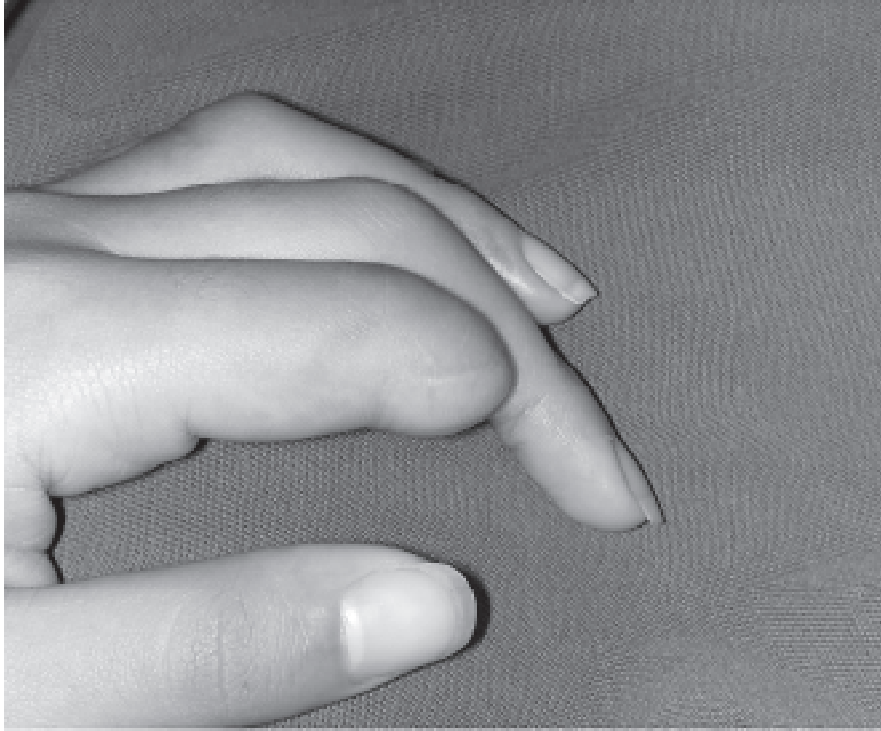
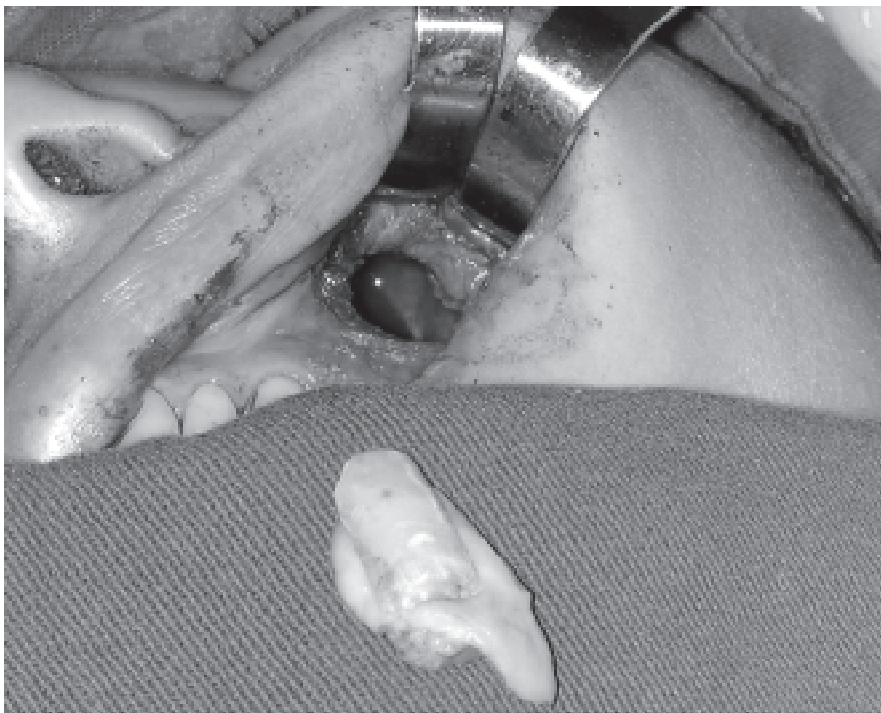


Figura 4 – Porção distal do II dedo da mão esquerda com o leito ungueal preservado



DISCUSSÃO

Lesões que abrigam corpos estranhos podem parecer insignificantes ou estarem relacionadas a poucos sintomas no momento do primeiro atendimento. O diagnóstico de corpo estranho é difícil e pode passar despercebido durante o atendimento inicial ao paciente. Nesses casos, os exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico. Ao exame radiológico convencional, pedaços de madeira frequentemente aparecem como imagem radiopaca, assim como fragmentos de vidro. Alguns autores² recomendam a tomografia computadorizada como método de imagem de escolha para detecção da maioria dos corpos estranhos.

O primeiro atendimento ao paciente politraumatizado deve ser sistematizado e seguido de forma rigorosa pelos profissionais de saúde, visando à diminuição de complicações pós-trauma.

Após o exame primário, baseado na prioridade do *ABCDE (ATLS)*, deve-se obter uma história do mecanismo e da cinética do trauma e fazer uma revisão de todos os aparelhos, identificando lesões relacionadas e significativas a cada um deles. Todo ferimento deve ser tratado de modo a promover anti-sepsia adequada, hemostasia rigorosa, debridamento de tecido necrótico, retirada de corpos estranhos e fechamento apropriado da solução de continuidade. São medidas simples, acessíveis a qualquer serviço de saúde e que, seguidas de forma pormenorizadas, previnem complicações sérias e permanentes.

Corpos estranhos remanescentes em seios da face e outras localizações podem resultar em sinusite crônica, seqüelas graves, transformação maligna e algum tipo de dor neural, mesmo anos após o trauma inicial^{2,4}. A abordagem por via endoscópica com o objetivo de explorar os seios maxilares, na suspeita

de presença de corpo estranho, tem se mostrado eficaz e sugerida em alguns estudos por apresentar complicações mínimas e pouco tempo de permanência hospitalar^{3,4}.

Os relatos encontrados na literatura do tema apresentam aspectos de curiosidade relacionado ao objeto encontrado e enfatizam sempre os aspectos preventivos e de cuidados com ferimentos comunicantes com cavidades.

CONCLUSÃO

A presença de corpo estranho em seio maxilar deve ser investigada em caso de infecção recorrente após história de trauma ou ferimento na face. A curiosidade do relato deste caso ressalta a importância do cuidado com ferimentos em qualquer parte do corpo, principalmente aqueles em continuidade com cavidades como o seio maxilar. A atenção sistematizada ao paciente politraumatizado é importante fator na prevenção de complicações desta natureza em serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Krimmel M, Cornelius CP, Stojadinovic S, Hoffmann J, Reinert S. Wooden foreign bodies in facial injury: a radiological pitfall. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001;30(5):445-7.
2. Auluck A, Behanan AG, Pai KM, Shetty C. Recurrent sinus of the cheek due to a retained foreign body: report of an unusual case. *Br Dent J.* 2005;198(6):337-9.
3. Sugiura N, Ochi K, Komatsuzaki Y. Endoscopic extraction of a foreign body from the maxillary sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(2):279-80.
4. Mahajan M, Shah N. Accidental lodgment of an air gun pellet in the maxillary sinus of a 6-year old girl: a case report. *Dent Traumatol.* 2004;20(3):178-80.

Sarcoma de parótida na infância: relato de caso e revisão da literatura

Parotid sarcoma in childhood: case report and literature review

MARCUS VINICIUS MARTINS COLLARES¹, RINALDO DI ANGELI PINTO², CIRO PAZ PORTINHO³, ANDERSON CASTELO BRANCO⁴, LAURA PRATES VITÓRIA⁵

RESUMO

Sarcomas da parótida são tumores raros na criança e também dentre os tumores das glândulas salivares em geral. Pacientes do sexo feminino e com menos de 2 anos de idade têm maior chance de recidiva. É relatado um caso de sarcoma da parótida em uma criança do sexo feminino, com 2 anos de idade, que apresentou crescimento tumoral em poucos meses, com extensão à comissura labial pelo duto de Stensen. O diagnóstico foi realizado por biópsia incisional e exame histopatológico (sarcoma indiferenciado de baixo grau). O tratamento foi baseado em poliquimioterapia neoadjuvante, ressecção cirúrgica em bloco com margens amplas e poliquimioterapia adjuvante. O diagnóstico histológico definitivo evidenciou margens livres de lesão. Não houve necessidade de procedimento cirúrgico reconstrutivo adicional, uma vez que os retalhos cutâneos foram preservados durante o procedimento cirúrgico. A recuperação pós-operatória foi satisfatória. O paciente encontra-se em seu quinto ano de pós-operatório, sem evidência de recidiva tumoral.

Descritores: Sarcoma. Neoplasias parotídeas, cirurgia. Doenças parotídeas, cirurgia.

SUMMARY

Parotid sarcomas are rare tumours in childhood, and also amongst the salivary gland tumours. Female patients and patients with less than two years old have more recidivation. It is reported one case of parotid sarcoma in a two years old female patient that grew in few months, with extension through the Stensen duct to the labial commissure. The diagnosis was made by incisional biopsy and histological exam (low-grade undifferentiated sarcoma). The treatment was based on neoadjuvant polychemotherapy, in-bloc surgical resection with wide margins and adjuvant polychemotherapy. The definitive histological exam has showed clean margins. It was not necessary another surgery to reconstruct it, once the skin flaps were preserved during the surgery. The postoperative recovery was satisfactory. The patient is on her fifth postoperative year, with no evidence of tumour recidivation.

Descriptors: Sarcoma. Parotid neoplasms, surgery. Parotid diseases, surgery.

1. Diretor, Unidade de Cirurgia Craniomaxilofacial, Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2. Diretor, Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3. Cirurgião Plástico. Mestre em Cirurgia Plástica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4. Médico Otorrinolaringologista, *Fellow* em Cirurgia Craniomaxilofacial, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

5. Estudantes de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência: Serviço de Cirurgia Plástica – Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos, 2350/600E - 6º andar,

sala 600 - Porto Alegre – RS – CEP 90035-003

E-mail: casbran@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Sarcomas da parótida são tumores raros¹⁻⁶. Representam cerca de 6% de todas as neoplasias em pacientes com menos de 15 anos de idade e 3 a 5% dos tumores das glândulas salivares. A associação entre alguns tipos de sarcoma de cabeça e pescoço e leucemia mielóide aguda é descrita.

A disseminação desta neoplasia pode ocorrer por contigüidade, por disseminação hematogênica ou linfática, de acordo com o tipo histológico. O local mais freqüente de metástase hematogênica é o pulmão. Pacientes do sexo feminino, com idade inferior a 2 anos de idade, são mais propensas a recidiva tumoral. A sobrevida em 5 anos gira ao redor de 60 a 70%, sendo o grau de diferenciação o critério prognóstico mais relevante.

RELATO DO CASO

Os autores relatam o caso de uma paciente com dois anos de idade, negra, encaminhada pelo grupo de oncologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apresentando massa tumoral na região

parotídea esquerda (Figura 1). A avaliação inicial, realizada por meio de ultra-sonografia, sugeriu hemangioma intraparotídeo e a conduta foi conservadora. Entretanto, houve crescimento progressivo da lesão, durante os quatro meses subseqüentes de observação, além do surgimento de outra lesão no canto esquerdo da boca. Ao exame físico foi observado se tratar de lesão única, com extensão regional. Foi realizada biópsia incisional da lesão, com diagnóstico histológico de sarcoma indiferenciado de baixo grau da parótida esquerda. As amostras foram enviadas para revisão com confirmação diagnóstica.

Foi realizado estadiamento tumoral, não se observando disseminação linfática ou metástases à distância.

A paciente foi submetida a poliquimioterapia neoadjuvante, com redução da massa tumoral. A seguir, foi submetida a ressecção cirúrgica da lesão remanescente. Durante o procedimento cirúrgico, foi confirmada a extensão da lesão através do ducto de Stensen (Figuras 2 a 5). Foi também verificado o comprometimento anatômico do ducto e infiltração da lesão até a comissura oral. Ressecção em bloco da

Figura 1 – Pré-operatório

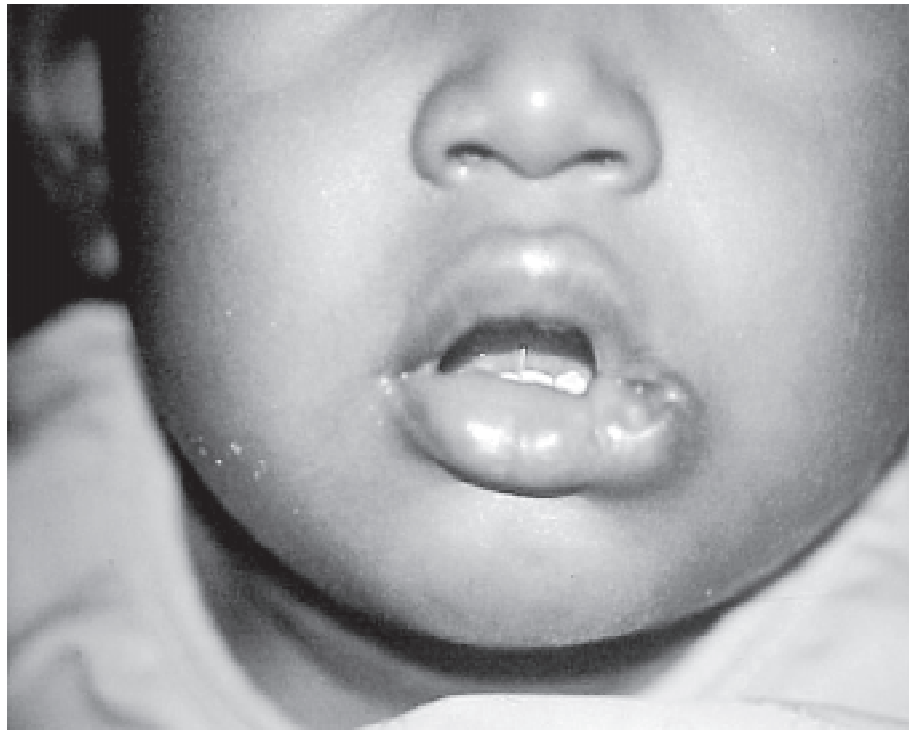


Figura 2 – Intra-operatório, lesão intra-oral



lesão foi realizada com margens de segurança guiada por exame anatomopatológico de congelação. Os retalhos cutâneos foram preservados e a reconstrução foi realizada em outro procedimento cirúrgico. Não houve necessidade de transfusão sanguínea durante o procedimento ou no período pós-operatório.

A recuperação pós-operatória foi satisfatória e o paciente recebeu alta no sétimo dia após a cirurgia, sem complicações.

O diagnóstico anatomopatológico definitivo evidenciou margens cirúrgicas livres de neoplasia.

A paciente foi submetida a poliquimioterapia adjuvante por um ano após a cirurgia, sendo clinicamente monitorada pelos grupos de oncologia e cirurgia craniomaxilofacial, com adequado desenvolvimento e sem sinais de recidiva tumoral (Figura 6).

DISCUSSÃO

Sarcomas de parótida são tumores agressivos, porém com baixa prevalência na faixa etária pediátrica. O diagnóstico confirmatório é realizado por biópsia incisional ou core-biópsia e exame histopatológico ou por punção com agulha fina e citologia oncológica.

O tratamento de eleição para tumores de baixo grau de malignidade é a ressecção cirúrgica. Ressecção cirúrgica agressiva se faz necessária no tratamento dos sarcomas da região da cabeça e pescoço. Estes procedimentos são geralmente mutilantes, causando deformidades anatômicas, requerendo múltiplos procedimentos reconstrutivos. Terapia adjuvante parece não ser absolutamente eficaz. Entretanto, como não há protocolos estabelecidos como rotina para tratamento neoadjuvante ou adjuvante, foi decidido no caso em

Figura 3 – Intra-operatório, área de ressecção cirúrgica

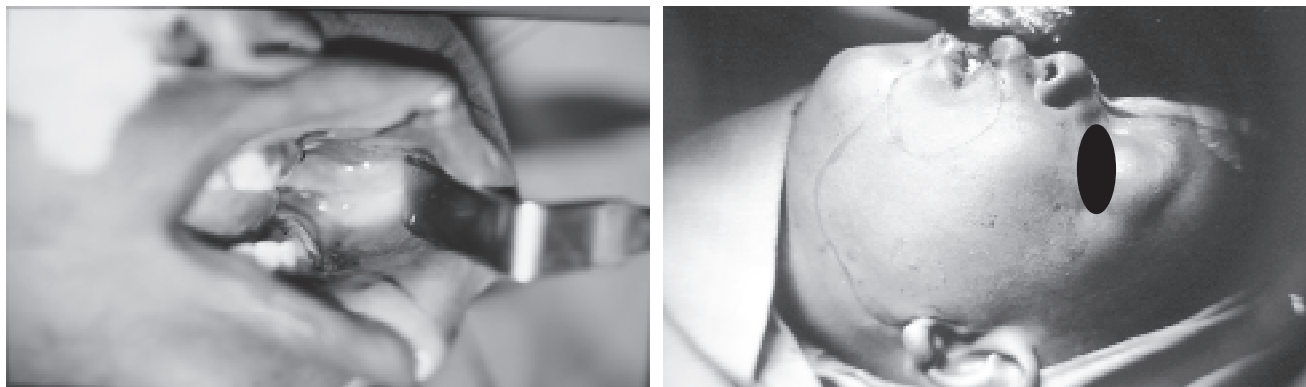


Figura 4 – Intra-operatório, ressecção da lesão com margens livres



Figura 5 – Intra-operatório, peça cirúrgica

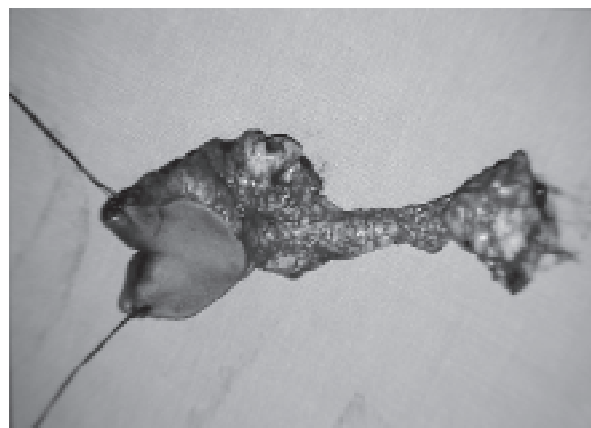


Figura 6 – Pós-operatório, 5 anos



questão por esquema quimioterápico neoadjuvante citorrredutor. O objetivo foi tornar possível uma ressecção cirúrgica menos mutilante. Este tipo de terapia mostrou resultado adequado, podendo ter sido relevante na obtenção das margens cirúrgicas livres de neoplasia.

O caso em questão evidenciou que o momento e as circunstâncias da ressecção cirúrgica devem ser cuidadosamente avaliados. A ressecção deve ser favoravelmente em bloco, com participação ativa do patologista no intra-operatório.

Os autores enfatizam a necessidade do preciso conhecimento anatômico da região. A presença de progressão da lesão pelo ducto parotídeo poderia dar margem à interpretação errônea de duas massas isoladas.

Procedimentos reconstrutivos complementares podem ser necessários ou não.

A paciente, atualmente no quinto ano de pós-operatório, apresenta seguimento clínico livre de neoplasia, sem sinais clínicos ou laboratoriais de recidiva. Estão sendo planejados, para os próximos anos, procedimentos cirúrgicos de modo a melhorar o sulco gengivo-labial e a comissura labial esquerda.

Pacientes pediátricos submetidos a este tipo de procedimentos necessitam de acompanhamento multiprofissional e multidisciplinar, sempre com detalhadas informações aos seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Dufour C, Garaventa A, Brisigotti M, Rosanda C, Mori PG. Massively diffuse multifocal granulocytic sarcoma in a child with acute myeloid leukemia. *Tumori*. 1995;81(3):222-4.
2. Grayson W, Nayler SJ, Jena GP. Synovial sarcoma of the parotid gland: a case report with clinicopathological analysis and review of literature. *S Afr J Surg*. 1998;36(1):32-5.
3. Mathew S, Ali SZ. Parotid fine-needle aspiration: a cytologic study of pediatric lesions. *Diagn Cytopathol*. 1997;17(1):8-13.
4. Wanebo HJ, Koness RJ, MacFarlane JK, Eilber FR, Byers RM, Elias EG, et al. Head and neck sarcoma: report of the Head and Neck Sarcoma Registry. *Society of Head and Neck Surgeons Committee on Research*. *Head Neck*. 1992;14(1):1-7.
5. Wharam MD Jr, Foulkes MA, Lawrence W Jr, Lindberg RD, Maurer HM, Newton WA Jr, et al. Soft tissue sarcoma of the head and neck in childhood: nonorbital and nonparameningeal sites. A report of the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS)-I. *Cancer*. 1984;53(4):1016-9.
6. Zippel R, Lorenz G. Tumours of the parotid gland: results of their treatment and some peculiarities. *Laryngol Rhinol Otol*. 1976;55(3):227-36.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

IX CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - 2006

TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE AMELOBLASTOMA DE MANDÍBULA EM PACIENTE JOVEM COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA

LEONARDO KRUSCHESWYK, ADJA DA SILVA OLIVEIRA, VINÍCIUS BRITTO TOLOMEI, KARLA DANIELLE LOPES, JESSIKA ASANO MELLO, FRANCISCO ANÍBAL DE BRITO
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ - SALVADOR - BA

Objetivo: Relatar caso clínico de paciente de 19 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de ameloblastoma de mandíbula que apresentou degeneração maligna para carcinoma ameloblástico, destacando a reconstrução microcirúrgica. **Método:** Relato de caso clínico de paciente de 19 anos com ameloblastoma de mandíbula à direita, operado previamente por duas vezes com recidiva, comparando ao serviço com lesão extensa e aceleração do crescimento tumoral. Realizada tomografia computadorizada que evidenciou massa medindo 11,0 x 9,5 x 7,5 cm acometendo regiões parotídea, submandibular, júbulo-carótídea e espaço parafaríngeo, com extensão ao assoalho da boca e partes moles superficiais do arco mandibular. Submetido a ressecção ampla de mandíbula desde a região do ramo até o mento à direita, esvaziamento cervical supra-omohioideo e reconstrução com retalho microcirúrgico osteocutâneo de fíbula e fixação interna rígida. O anatomopatológico evidenciou tratar-se de carcinoma ameloblástico de mandíbula, com dois gânglios metastáticos e margens livres. Encaminhado para radioterapia. **Conclusão:** Este caso registra transformação maligna de ameloblastoma, fenômeno raro, e a utilidade de reconstrução microcirúrgica para neoplasia maligna extensa em mandíbula.

CARCINOMA TRIQUILEMMAL RECIDIVADO DE MENTO EM CRIANÇA DA RAÇA NEGRA

LEONARDO KRUSCHESWYK, TATIANE MACHADO, EVERTON TORRES, VINÍCIUS TOLOMEI, KARLA D. LOPES, FRANCISCO A BRITTO
 INSTITUIÇÃO: TRABALHO REALIZADO ATRAVÉS DE INTERCÂMBIO ENTRE O HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ E O DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS DA UFBA - SALVADOR - BA

Objetivo: Relatar caso clínico de carcinoma triquilemmal recidivado de mento, em criança de 13 anos, com uso de retalho microcirúrgico para reconstrução. **Método:** Relato de caso clínico referindo conduta diagnóstica e terapêutica em paciente adolescente com tumor raro de pele. **Resultado:** Paciente com história de carcinoma triquilemmal em pele de mento, operado aos 9 anos, com margens livres, comparecendo ao serviço quatro anos depois com recidiva local. Estudo de tomografia computadorizada revelou tumoração de cerca de 8 cm de diâmetro comprometendo desde pele até assoalho de boca. Submetido a remoção tumoral, esvaziamento cervical bilateral e reconstrução com retalhos de rotação bilateral. O anatomopatológico (AP) revelou tratar-se de carcinoma triquilemmal com margens exúguas e 21 gânglios negativos para metástase. Encaminhado para radioterapia, abandonou serviço, retornando seis meses mais tarde com nova recidiva, sendo submetido a ressecção ampla com remoção de cortical de osso mentoniano e reconstrução com retalho fasciocutâneo de face interna de coxa esquerda, sendo feita anastomose em artéria tireoidiana superior. O AP demonstrou ausência de doença em margens cirúrgicas, sendo encaminhado para radioterapia. **Conclusão:** Este estudo registra caso de neoplasia de pele rara em criança da raça negra, recidivado, sendo feita reconstrução com retalho microcirúrgico de face interna da coxa esquerda. Trata-se, portanto, de exemplo clínico tanto de doença rara como de técnica de reconstrução cirúrgica complexa.

SÍNDROME DE GORHAM-STOUT (OSTEÓLISE MACIÇA): RELATO DE CASO COM ACOMETIMENTO DA MANDÍBULA

ANDRÉ DA SILVEIRA BRAUNE
 INSTITUIÇÃO: INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

Doença de Gorham, osteólise maciça, osteólise progressiva ou doença dos ossos fantasma são alguns dos nomes encontrados na literatura para caracterizar esta doença extremamente rara. A doença é caracterizada pela destruição espontânea de um ou mais ossos, rápida e progressiva. A etiopatogenia permanece desconhecida e os tratamentos com baixa eficácia. O caso relatado a seguir trata-se de uma menina com 5 anos de idade recebida no consultório, em julho de 2005, com queixas álgicas em ATM esquerda e assimetria na abertura de boca, sugerindo fratura condílica por trauma relatado pela família com cerca de 2 meses de evolução. A tomografia computadorizada sugeriu agenesia do côndilo mandibular direito. No acompanhamento, observamos evolução da osteólise em 5 meses atingir a região da sínfise, quando realizamos as biópsias e curetagem da área de transição da lesão, em dezembro de 2005. Confirmado o diagnóstico de osteólise maciça em mandíbula, sendo este, provavelmente, o terceiro caso da literatura mundial em menores de 10 anos de idade. O seguimento é pequeno até o momento, quando nos parece ao menos ter havido desaceleração do processo de osteólise. Aguardamos a confirmação da interrupção desta osteólise para programarmos as reconstruções necessárias na área afetada, mantendo, nesse momento, a criança sob cuidados multidisciplinares no sentido de minorar as seqüelas funcionais inerentes à perda óssea, seguida à atrofia da musculatura envolvida.

CORPO ESTRANHO EM SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO

CLARISSA LEITE TURRER, FLÁVIO BARBOSA, PATRÍCIA NORONHA DE ALMEIDA, FELIPE PACHECO MARTINS FERREIRA
 INSTITUIÇÃO: BIOCOR INSTITUTO - BELO HORIZONTE - MG

O trauma penetrante por corpo estranho representa um desafio para o cirurgião de trauma, visto que até um terço deles não são diagnosticados inicialmente. **Objetivo:** Apresentar caso ressaltando a importância dos aspectos preventivos no tratamento de ferimentos extensos da face com comunicação para os seios maxilares. **Relato do caso:** Paciente A.J.S., 23 anos, sexo feminino vítima de acidente automobilístico em via pública, havia 45 dias, apresentando ferimento corto-contuso extenso em hemiface esquerda, com lesão do ramo bucal do nervo facial e amputação traumática da falange distal do II dedo da mão esquerda. Evoluiu com drenagem de secreção purulenta pelo ferimento da face. A tomografia computadorizada da face evidenciava fratura cominutiva de pilar zigomático e maxilar esquerdo, presença de fragmentos ósseos e secreção em seio maxilar ipsilateral, fratura de parede lateral da órbita esquerda e do rebordo orbitário inferior esquerdo. Realizada antrotomia do seio maxilar videoassistida com exploração cirúrgica do seio maxilar, evidenciando secreção purulenta, corpo estranho identificado como porção distal do II dedo da mão esquerda, integridade da crista zigomático-maxilar e do assoalho orbitário. **Conclusão:** O relato deste caso chama atenção, pois as referências a corpos estranhos em várias partes do corpo despertam interesse e curiosidade pela sua raridade e dificuldade diagnóstica. O diagnóstico de corpo estranho é difícil e não deve ser negligenciado no primeiro atendimento, devendo o cirurgião estar muito atento aos ferimentos extensos com continuidade aos seios paranasais.

O USO DE FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA ABSORVÍVEL NA CIRURGIA DA CRANIOESTENOSE: ACOMPANHAMENTO DE 35 CASOS OPERADOS

JOSÉ ALOYSIO DA COSTA VAL FILHO, CLARISSA LEITE TURRER
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BIOCOR - BELO HORIZONTE - MG

Objetivo: Avaliar a incidência de complicações e intercorrências relacionadas ao uso de materiais bioabsorvíveis (sistema Lactosorb, 2.0 mm W Lorenz) na casuística apresentada. Além disso, comparar e discutir os resultados encontrados baseado na literatura publicada sobre o tema. **Método:** Avaliação de 35 pacientes (12 pacientes do sexo feminino e 23 pacientes do sexo masculino com média de idade de 8 meses) submetidos a cirurgia para tratamento de craniosinostose (média de 14 meses de pós-operatório) com o uso de fixação interna rígida bioabsorvível (Lactosorb, sistema 2.0mm, W Lorenz) através de protocolo de acompanhamento aonde foram analisadas as seguintes variáveis clínicas: aspectos da ferida cirúrgica, palpação do material no rebordo orbitário, reintervenção cirúrgica e reação local ao material de fixação. Resultados encontrados não demonstraram quaisquer reações ao material. Os polímeros reabsorvíveis agregam propriedades que permitem a manutenção da estabilidade e resistência enquanto ocorre a formação de fibrose nos tecidos simultaneamente à perda da massa da placa e do parafuso, variável avaliada pela palpação do material no rebordo orbitário. **Conclusão:** A fixação interna rígida bioabsorvível trouxe para a cirurgia da cranioestenose melhores possibilidades de resultados, mantendo a estabilidade no posicionamento e fixação da barra supra-orbitária em substituição aos enxertos ósseos interpostos no tempo suficiente até a formação de fibrose e, posteriormente, tecido ósseo na região do avanço.

RHABDOMIOMA EXTRACARDÍACO DO TIPO FETAL EM MASSETER: RELATO DE CASO

CLARISSA LEITE TURRER, LYSIO FRANÇA, JACQUES S. CABRAL, RAMÃO TAVARES NETO, FERNANDO HORTA
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ - BELO HORIZONTE - MG

As hipertrofias faciais benignas que ocorrem na infância apresentam como causas mais frequentes: hemangiomas, linfangiomas, neurofibromas e hipertrofia idiopática benigna da face conhecida como Síndrome de Meckel Wagner. As neoplasias musculares ocorrem em menor frequência e devem ser consideradas principalmente pela dificuldade de diagnóstico histopatológico que é fator determinante no tratamento e prognóstico. O rhabdomioma extracardíaco é um tumor de rara ocorrência com poucos casos na literatura. Acomete mais comumente a região cervical e possui características histológicas que dificultam o diagnóstico, podendo ser confundido com fibromatose considerada neoplasia de baixo grau pelo aspecto invasor e altamente recidivante. O diagnóstico histológico preciso é feito através de imunohistoquímica. O prognóstico do rhabdomioma é muito bom, pois uma vez ressecado apresenta pouca possibilidade de recidiva. O objetivo deste estudo é ilustrar com um caso clínico um rhabdomioma extracardíaco acometendo o músculo masseter, ressaltando aspectos importantes da propedêutica realizada e do tratamento. O diagnóstico diferencial das hipertrofias da face deve ser discutido em equipe interdisciplinar e a participação do patologista com experiência é de fundamental importância na definição de conduta cirúrgica e no prognóstico do paciente.

RECONSTRUÇÃO DA ÓRBITA COM IMPLANTES DE COMPÓSITO DE MATRIZ POLIMÉRICA E BIOCERÂMICA

CLARISSA LEITE TURRER, ANA ROSA PIMENTEL FIGUEIREDO
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO GERALDO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DEPTO DE OFTALMOLOGIA- PLÁSTICA OCULAR, FACULDADE DE MEDICINA, UFMG - BELO HORIZONTE, MG

Introdução: Pacientes vítimas de fraturas graves da órbita ou submetidos a enucleações por retinoblastoma na infância evoluem com deformidades importantes do terço superior da face. A reconstrução do complexo zigomático orbitário pode ser feita com enxerto ósseo autógenos ou biomateriais. O equilíbrio entre biocompatibilidade, biointegração, facilidade técnica de manuseio do material e custo acessível deve ser alcançado. Elaboramos uma parceria com o grupo de pesquisa em biomateriais junto ao depto de Metalurgia e Biomateriais da Faculdade de Engenharia da UFMG e, após, estudos experimentais e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição (UFMG) iniciamos um estudo (Fase I) utilizando implantes de compósito de matriz polimérica e biocerâmica em pacientes portadores de cavidades anoftálmicas que necessitavam de reconstrução do complexo zigomático orbitário. **Objetivo:** Avaliar o uso de implantes de compósito de matriz polimérica e biocerâmica na reconstrução do complexo zigomático orbitário e sua biointegração por meio de variáveis clínicas e tomográficas. **Métodos:** Cinco pacientes portadores de seqüelas de fraturas graves da órbita associada à perda de globo ocular foram submetidos a cirurgia para reconstrução da órbita (parede lateral) e zigomático com implantes individualizados de compósito. **Resultados:** Avaliação dos resultados obtidos, em um seguimento de 8 meses, demonstram boa biocompatibilidade e biointegração do referido material através de variáveis de desfecho clínicas e tomográficas. **Conclusão:** O material estudado vem demonstrando boa aplicabilidade para o objetivo de reparação tecidual óssea na região zigomático orbitária neste grupo de pacientes.

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO NAS FRATURAS DA MANDÍBULA

FELIPE PACHECO MARTINS FERREIRA, KELLY DANIELLE DE ARAÚJO SILVA, CLARISSA TURRER LEITE, JOSÉ CESÁREO SILVA ALMADA LIMA
INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA CRANIOFACIAL DA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ - BELO HORIZONTE - MG

Objetivo: Ilustrar através de casos clínicos a possibilidade do tratamento não cirúrgico em fraturas mandibulares e comparar com dados da literatura através de revisão sobre o tema. **Método:** Os pacientes selecionados para o tratamento não cirúrgico possuíam os seguintes critérios: jovens; boa saúde bucal; dentição completa; periodonto em boas condições; sem outras fraturas faciais associadas; fraturas alinhadas. Realizamos análise de 6 casos, todos vítimas de trauma e que apresentavam fraturas de côndilo (4), sínfise (2), parassínfise (1) e ângulo (1) de mandíbula, isolados ou associados, sem deslocamento, isto é, alinhados, porém com distopias oclusais. O diagnóstico foi feito com base nas alterações clínicas e imaginológicas. Optou-se por tratamento não-cirúrgico específico e individual através de BIM com barra de Erish e/ou utilização de aparelhos ortodônticos e/ou orientações dietéticas (alimentação líquida pastosa por 3 semanas) e posterior seguimento fisioterápico. Os pacientes foram acompanhados no pós-operatório, onde avaliamos a qualidade da oclusão dentária, o restabelecimento das funções mastigatória e fonatória e a incidência de complicações. **Resultados:** Os 6 pacientes portadores de fraturas mandibulares alinhadas, 4 intracondilares, e que foram tratados de forma não cirúrgica apresentaram resultados funcionais satisfatórios, com baixa morbidade e retorno precoce às atividades diárias. **Conclusão:** O tratamento não cirúrgico das fraturas de mandíbula, inclusive intracondilares, deve ser considerado quando as mesmas encontram-se alinhadas, sem deslocamento e nas crianças menores que 10-12 anos. Trata-se de uma boa opção pela sua eficácia, baixo custo e pequena taxa de complicações.

RESSECÇÃO DE TUMORES DE BASE DE CRÂNIO ANTERIOR POR CIRURGIA CRANIOFACIAL

TERENCE FARIAS, FERNANDO LUIZ DIAS, MARIA CRISTINA MATTEOTTI GERALDO, AMANDA SILVA MARQUES, LEONARDO MACHADO LOPES, ULLYANOV BEZERRA TOSCANO MENDONÇA, ANDRÉ LEONARDO DE CASTRO COSTA, KLECIUS LEITE FERNANDES
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA

Objetivo: Apresentar a experiência das Seções de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e de Neurocirurgia do INCA, no período de janeiro de 1981 a dezembro de 2005, em cirurgia craniofacial oncológica e suas complicações. **Método:** Estudo retrospectivo de 248 pacientes submetidos a cirurgia craniofacial. **Resultados:** Os pacientes avaliados apresentavam idade média de 48,2 anos, variando entre 12 e 88 anos, onde a relação homem:mulher foi 2:1. Os sítios primários dos tumores foram pele (65%), etmóide (11%), maxila (1%), nasofaringe e fossa nasal (1%) e outros (22%); com diversos tipos histológicos: carcinoma basocelular (47%), carcinoma espinocelular (24%), estesonoblastoma (7,6%), adenocarcinoma (4,8%), angiofibroma (4,8%), carcinoma adenóide cístico (2,8%) e outros (9%). Foram usados predominantemente os acessos craniofacial clássico e subcranial minimamente invasivo combinados a incisões faciais. As complicações maiores foram necrose de retalho ósseo (10%), fístula líquórica (8,2%), meningite (7,3%), distúrbio neurológico (6,4%), perda de retalho microcirúrgico (6,4%), necrose de retalho local (2,7%), abscesso cerebral (2,7%), pneumoencefalo (2,7%), hemorragia subdural (2,7%) e trombose da anastomose microcirúrgica (1%). As complicações menores foram infecção de ferida operatória (26,6%), fístula naso-cutânea (5,5%), obstrução do ducto naso-lacrimal (2,7%) e diplopia (2,7%). As complicações sistêmicas foram pneumonia (4,5%), atelectasia (1,8%), infarto (1%), choque séptico (1%) e trombose venosa profunda (1%). **Conclusão:** A cirurgia craniofacial é realizada por equipe interdisciplinar, apresenta alta morbidade e baixa mortalidade, com aumento da sobrevida. Portanto, constitui um avanço nas técnicas cirúrgicas antes utilizadas para ressecção de tumores da base do crânio anterior outrora consideradas irressecáveis.

TUMORES DE BASE DE CRÂNIO ANTERIOR RESSECADOS POR ACESSO CIRÚRGICO MODIFICADO MINIMAMENTE INVASIVO

TERENCE FARIAS, FERNANDO LUIZ DIAS, LEOPOLDO MORAIS, JACOB KLIGERMAN, JOSE ROBERTO NETTO SOARES, MARIA CRISTINA MATTEOTTI GERALDO, LÚCIO FLÁVIO MALACO PEREIRA E MICHEL PONTES CARNEIRO.
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA

Objetivo: Apresentar a técnica de acesso a base do crânio anterior minimamente invasiva, seus resultados e complicações. **Método:** Estudo prospectivo de 24 pacientes submetidos a cirurgia pela técnica de acesso subcranial minimamente invasiva, no período de março de 2000 a julho de 2005, pelas Seções de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia do INCA. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 45,70 anos, sendo o grupo composto por 14 homens, com diversos tipos histológicos: carcinoma epidermóide (7), sarcoma (3), melanoma (3), estesonoblastoma (2), mucocele (2), carcinoma adenóide cístico (2), carcinoma neuroendócrino (1), neurilenoma maligno (1), displasia fibrosa (1), adenocarcinoma (1), papiloma invertido (1) e ameloblastoma (1). O acesso subcranial isolado foi usado em pacientes com tumores pequenos (4 casos) e nos demais foi combinado a acessos faciais. A reconstrução microcirúrgica foi usada em 3 casos. O tempo cirúrgico variou entre 4 e 16 horas (média de 8,37 horas). A internação em UTI variou entre 1 e 4 dias (média de 1,28 dias) e a duração de internação hospitalar variou entre 6 e 14 dias (média de 7,91 dias). A hemotransfusão foi realizada em 14 pacientes. As complicações gerais encontradas foram infecção de ferida operatória, sangramento e fístula sinocutânea. Não foram observadas complicações neurológicas. **Conclusão:** A modificação cirúrgica desenvolvida apresentou como benefícios a redução de complicações gerais e neurológicas, redução do tempo cirúrgico, baixa taxa de hemotransfusão, menor tempo de internação hospitalar e em UTI e exequibilidade em tumores comprometendo platô cribiforme e com discreta invasão de fossa craniana anterior.

REPARO EM DEFEITO ÓSSEO DA PAREDE ALVEOLAR DO SEIO MAXILAR UTILIZANDO MEMBRANAS DE COLÁGENO E FÁSCIA TEMPORAL: AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA EM MACACOS.

ADALBERTO NOVAES SILVA, WILMA T. ANSELMO-LIMA, PAULO CESAR DE JESUS DIAS
INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE PROcriação DE MACACOS PREGO (CEBUS APELLA) DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARACATUBA - UNESP E NA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

O presente estudo teve como finalidade avaliar o processo de reparo ósseo em defeitos cirúrgicos realizados na parede alveolar do seio maxilar comunicando-se com a cavidade sinusal utilizando métodos de regeneração tecidual guiada (membranas de colágeno Gen-derm - Genius Baumer, Pro-tape - Proline e fásia temporal autóloga). Foram empregados 4 macacos pregos (*Cebus apella*). As análises histológicas com microscopia óptica (coloração com hematoxilina-eosina) e com luz polarizada (coloração de *picrus sirius red*) foram feitas após 180 dias da comunicação experimental. Os resultados mostraram que os defeitos cirúrgicos no grupo sem cobertura com métodos de barreira houve predomínio de proliferação óssea em dois animais e nos outros dois a comunicação foi preenchida com tecido conjuntivo fibroso; no grupo em que foi utilizado fásia temporal em três animais houve predominância de tecido conjuntivo fibroso entre as bordas ósseas do defeito cirúrgico e nos grupos em foram utilizadas membranas de colágeno Gen-derm e membrana de colágeno Pro-tape houve completa proliferação óssea em três animais. Como conclusões podemos afirmar que o defeito ósseo cirúrgico na parede alveolar comunicando-se com o seio maxilar pode ser reparado tanto por tecido ósseo como por tecido conjuntivo fibroso e que o uso de membranas de colágeno (Gen-derm, Pro-tape) ou fásia temporal não trouxe benefícios ao reparo ósseo.

OSTEONECROSE MANDIBULAR ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATOS

RODRIGO ITOCAZO ROCHA; LUIZ CLÁUDIO BOSCO MASSAROLLO, WILSON CINTRA JR.
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL DO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO.

Introdução: Bifosfonatos são análogos sintéticos do pirofosfonato e são utilizados no tratamento de pacientes com hipercalcemia conseqüente a tumores malignos, metástases ósseas, e para o tratamento de outros distúrbios como doenças metabólicas ósseas, doença de Paget e osteoporose. Neste contexto de crescente ampliação de seu uso, as terapias utilizando estes compostos têm sido correlacionadas à ocorrência de osteonecrose mandibular. Trata-se de necrose óssea avascular, associada à dor e exsudato purulento, sendo possível observar focos inflamatórios dentários como fatores desencadeantes do processo. **Método:** Três pacientes portadores de tumores malignos de próstata, que foram submetidos ao tratamento de metástases ósseas com o uso de bifosfonatos, desenvolveram necrose óssea avascular da mandíbula e foram tratados cirurgicamente nesta instituição. Todos os pacientes tinham comprometimento do estado geral, tornando o tratamento mais difícil e complicado. **Discussão:** Pacientes submetidos à terapia com bifosfonatos devem ser acompanhados adequadamente e por especialistas, procurando-se prevenir complicações. Procedimentos dentários e/ou cirúrgicos, durante esta terapia, devem ser considerados, com a finalidade de evitar a ocorrência da necrose óssea mandibular.

FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA NO TRAUMATISMO DE FACE

WILSON CINTRA JUNIOR, RONI BREGION, MAURO AMÂNCIO JUNIOR, ROGERIO A. MODESTO ABREU, CAIO RIBEIRO ESPER, JOSÉ CARLOS MARQUES DE FARIA

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP

Objetivo: Apresentar caso de paciente vítima de acidente automobilístico que apresentava fraturas múltiplas de ossos da face, e evoluiu com fístula carótido-cavernosa (FCC), a qual foi resolvida com tratamento endovascular; revisar a literatura quanto à etiopatogenia e incidência das FCC nos traumatismos de face. **Introdução:** As fístulas carótido-cavernosas (FCC) são fístulas artério-venosas caracterizadas como comunicações anormais entre a artéria carótida interna (ACI) e o seio cavernoso (SC), e podem ser divididas em espontâneas e pós-traumáticas. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, sofreu atropelamento por motocicleta em 2005 e foi atendida no serviço de emergência do Hospital e Maternidade Celso Pierro, em Campinas, São Paulo. Apresentava-se com hematoma periorbital à direita e edema facial ipsilateral. Realizou tomografia computadorizada de face, que mostrou fraturas em paredes medial e lateral da órbita direita, margem orbital inferior direita e assoalho orbital direito. Após correção cirúrgica das fraturas de ossos da face, a paciente evoluiu com intensificação do edema palpebral e conjuntival, e sopro audível. Nova tomografia computadorizada de crânio e face, com especial atenção à região periorbital, revelou aumento no diâmetro da veia oftálmica direita. O quadro clínico, os sintomas apresentados e o exame tomográfico direcionaram o diagnóstico para provável fístula carótido-cavernosa. Após a realização da arteriografia, que comprovou a presença de duas FCC, a paciente foi submetida a tratamento endovascular e colocação de dois balões endovasculares para tamponamento das fistulas e manutenção do fluxo arterial. A paciente evoluiu com regressão do edema hemifacial e desaparecimento do sopro audível, porém não houve melhora da acuidade visual.

ACESSO TRANSMAXILAR PARA TRATAMENTO DE IMPRESSÃO BASILAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

COLLARES MVM, PINTO RA, CASTRO ACB, PORTINHO CP, FALLER GJ, KNEBEL LM
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS

Objetivos: Os autores apresentam um caso de paciente com impressão basilar. Paciente masculino, 8 anos, iniciou com incoordenação motora, agitação e hiperatividade. A ressonância magnética (RM) evidenciou impressão basilar (IB) e siringomegalia. O paciente foi submetido a um tratamento cirúrgico com abordagem dupla, via Le Fort I, para realização de odontoidectomia, e abordagem posterior por craniotomia para a artrose da coluna cervical, evoluindo com reversão total do quadro clínico. **Métodos e Resultados:** A IB é uma deformidade da junção crânio-vertebral, caracterizada pela migração da coluna cervical para dentro do crânio. A IB pode ser uma condição primária ou secundária, esta última devendo-se a desordens ósseas. O quadro clínico constituiu-se de sintomas relacionados à compressão neuroaxial, obstrução do fluxo de líquido e ao comprometimento vascular, podendo haver ainda siringomegalia secundária. A RM é o exame de escolha para diagnóstico. **Conclusões:** Atualmente, os casos de compressão neuroaxial anterior sejam abordados por via anterior, geralmente feita por maxilotomia. A abordagem anterior para odontoidectomia deve ser realizada por cirurgiões com experiência em acessos transfaciais, utilizando osteotomia tipo Le Fort I.

PLASMOCITOMA DE MANDÍBULA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

LIDIANA MAYER KNEBEL, CIRO PAZ PORTINHO, VICTOR VIEIRA ORSI, MARCUS VINICIUS MARTINS COLLARES, RINALDO DE ANGELI PINTO, JEFFERSON BRAGA DA SILVA, DIEGO PIANA MENDES, KARIN SUMINO, GUSTAVO MORELLATO, EVANDRO JOSÉ SIQUEIRA

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA) - PORTO ALEGRE – RS

Objetivo: Apresentar um caso de plasmocitoma de mandíbula associado a mieloma múltiplo, causando lesão expansiva de mandíbula. **Método:** É relatado um caso de paciente feminina, de 60 anos, portadora de Mieloma Múltiplo com Plasmocitoma, localizado em hemimandíbula direita. **Resultados:** A tomografia computadorizada de crânio demonstrava lesões osteolíticas sem reação periosteal e com componente de tecidos moles comprometendo ramo mandibular. A biópsia da lesão mandibular apresentou fibrose do tecido ósseo e medula. A paciente foi submetida, então, a hemimandibulectomia direita e reconstrução com placa de titânio. Após 3 meses, fez-se reconstrução definitiva com retalho microcirúrgico de fíbula. **Conclusão:** Mieloma múltiplo é uma doença sistêmica que pode atingir remissão através de quimioterapia e transplante de medula óssea em 50% casos, que podem ser associados à radioterapia em lesões localizadas. Esta paciente foi atendida após o tratamento para o mieloma, em fase de remissão. Apresentava lesão óssea expansiva residual em mandíbula, sem doença ativa, buscando melhora estético/funcional. Foi submetida a hemimandibulectomia e reconstrução com retalho livre de fíbula, objetivando futura adaptação de prótese dentária.

QUERUBISMO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

COLLARES MVM, PINTO RA, CASTRO ACB, PORTINHO CP
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE – RS

Objetivo: O querubismo é uma forma rara de displasia fibrosa benigna que afeta predominantemente a mandíbula, caracterizada pela substituição do osso normal por uma proliferação anormal de tecido fibroso desorganizado. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de querubismo em uma criança com história familiar presente em três gerações consecutivas. **Métodos e Resultados:** Uma menina de 10 anos apresentou-se com um tumor em face com 7 anos de evolução, indolor. A tomografia computadorizada de ossos da face demonstrou expansão volumétrica de mandíbula e maxila por lesões insufladas com densidade de partes moles, com várias áreas de solução de continuidade cortical. Apresentava deformidade estética, porém sem comprometimento psicológico secundário. A avaliação clínico-radiológica estabeleceu o diagnóstico de querubismo. **Conclusões:** Por tratar-se de uma doença que apresenta história natural de regressão espontânea na adolescência, e pelo fato da paciente não apresentar comprometimento importante de funções vitais ou aspectos psicológicos, optou-se pela conduta expectante.

NECROSE EXTENSA DE FACE APÓS INJEÇÃO DE PMMA – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

COLLARES MVM, PINTO RA, CASTRO ACB, PORTINHO CP, FALLER GJ, DIAS PCJ
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS

Objetivo: Relatamos um caso de necrose extensa em face em uma paciente de 74 anos de idade após injeção de polimetilmetacrilato (PMMA) para preenchimento com objetivos estéticos. **Métodos e Resultados:** O PMMA é um composto de microesferas sólidas de superfície lisa, suspensas em um gel transportador classificado como hidrogel associado com anestésico local. Alguns autores afirmam que os produtos de PMMA, que têm sido utilizados por mais de 50 anos, sem causar degradação ou câncer, podem ser aplicados com segurança na pele humana. Vale salientar que o PMMA é também utilizado como substância embólica com tratamento coadjuvante no manejo de tumores vasculares intracranianos, sendo que a avaliação histopatológica após esta utilização, sugere que seja um material inerte. **Conclusões:** Atualmente, há uma crescente utilização de biomateriais principalmente aqueles para fins estéticos, relatamos um caso de complicação grave com o PMMA em face. Chamamos a atenção que apesar da relativa segurança divulgada por alguns trabalhos para o uso destes materiais, o médico deve ter consciência que procedimentos utilizando o PMMA não são isentos de complicações.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOGNÁTICA

FABIANA CORREIA MONTEIRO, REJANE APARECIDA DE LIMA, VERA LUCIA NOCCHI CARDIM, ROF LUCAS SALOMONS, RODRIGO FARIA DO VALLE DORNELLES
INSTITUIÇÃO: NPA – NÚCLEO DE PLÁSTICA AVANÇADA - HOSPITAL SÃO JOAQUIM R. B. S. DE BENEFICÊNCIA PORTUGUESA – SÃO PAULO - SP

Na clínica fonoaudiológica, as desproporções maxilo-mandibulares mais frequentes são face longa, retrognatismo e prognatismo, sendo as queixas principais relacionadas a dificuldades nas funções de mastigação, respiração e fala. Cada tipo de desproporção maxilo-mandibular irá apresentar suas características miofuncionais peculiares, segundo Marchesan e Bianchini (1999). A atuação fonoaudiológica deve iniciar no período pré-operatório, por meio de anamnese, seguida de avaliação e orientações. Sendo que o início de terapia nesta fase dependerá das condições anatômicas do paciente. No período pós-operatório, a terapia fonoaudiológica deve iniciar com orientações quanto à higiene, mudanças na consistência na dieta alimentar, relaxamento da musculatura facial e cervical, déficit de sensibilidade, eliminar alterações ou adaptações funcionais e musculares que persistirem. O trabalho proprioceptivo é fundamental no pós-operatório, pois após o paciente perceber a nova anatomia e funcionalidade, a adaptação será efetiva. A atuação fonoaudiológica pode diminuir o índice de recidivas, quando realizada no momento apropriado, evitando a persistência de padrões adaptativos inadequados.

ENXERTO AUTÓLOGO DA LÂMINA EXTERNA DA CALVÁRIA EM RHESUS

CAMELO-NUNES JM, RODRIGUES U, MOURA V, NAHAS FX, GOMES PO, DAL'OLIO G, CAMELO-NUNES IC, FERREIRA LM, GOLDENBERG S.
INSTITUIÇÃO: UNIFESP E INSTITUTO BUTANTAN – SÃO PAULO - SP

Foram operados dez macacos rhesus (*Macaca mulatta*) em duas etapas. Avaliamos o comportamento de transplantes da lâmina externa em duas posições diferentes (reposição e aposição) e dois locais diferentes (crânio e face). Na primeira etapa, foram retirados quatro fragmentos ósseos da lâmina externa da região frontal da calvária e transplantados, dois, na calvária e dois, na maxila, por aposição e reposição. Sete semanas após, foram retirados quatro fragmentos ósseos, um de cada local transplantado. Esses fragmentos foram submetidos a avaliações macro e microscópicas e análise histomorfométrica foi realizada para obtenção de informações sobre a estrutura histológica. Os parâmetros analisados foram as frações de volume de tecido ósseo e tecido conjuntivo e, as densidades de superfície do osso trabecular. Os animais não foram sacrificados. Houve diferenças, estatisticamente significantes, nas características do remodelamento, de acordo com o local e a posição dos enxertos. Enxertos por reposição remodelaram, principalmente, por regeneração óssea, enquanto enxertos por aposição manifestaram características de reabsorção óssea. O local e a posição dos enxertos determinam seu “destino”, a posição exerce maior influência e a reposição evolui melhor.

SEGMENTO PRÉ-MAXILAR: PREPARO E COMPLEMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ASSOCIADA À CIRURGIA REPARADORA

LOPES LD, BARDELLA FILHO N
INSTITUIÇÃO: CENTRO DE REABILITAÇÃO DAS DEFORMIDADES FACIAIS

Introdução: Este estudo visa mostrar a contribuição e a importância do tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico associado à cirurgia reparadora no reposicionamento do segmento pré-maxilar, nos pacientes portadores de fissura lábio-palatal bilateral, no sentido crânio-caudal e ântero-posterior, preparando quer para enxerto ósseo dento-alveolar e prótese para reabilitação, bem como somente prótese (reabilitação protética). **Objetivo:** Apresentar uma técnica ortopédica maxilar e ortodôntica, visando restabelecer o contorno maxilar e a oclusão maxilo-mandibular necessária para complemento e restabelecimento da estética e da função nos portadores de fissura lábio-palatais bilaterais. **Método:** Foram selecionados 20 pacientes com fissuras bilateral de lábio e palato, de 8 a 16 anos de idade. Foram submetidos a tratamento ortopédico maxilar e complementado com ortodontia fixa e cirurgia reparadora do lábio e do palato, para complementação com enxerto ósseo e prótese com ou sem implante ósteo-integrado ou somente reabilitação protética, ambos visando o restabelecimento estético e funcional. **Conclusão:** Na avaliação dos pacientes pós-tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico observou-se o remodelamento do arco maxilar favorável a procedimento anteriormente descritos, facilitando a reabilitação estética e funcional complementando a cirurgia reparadora.

SÍNDROME DE MARFAN – DESCRIÇÃO E SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO / CIRÚRGICO

ANTÔNIO ALBUQUERQUE DE BRITO, ANELISE FENGLER, FERNANDA CAVICCHIOLLO GOLDENBERG, DOV C. GOLDENBERG, NIVALDO ALONSO, EDUARDO KAZUO SANNOMIYA
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO – SÃO PAULO - SP

Relatada desde o século V, a Síndrome de Marfan é uma doença de familiar (85% dos casos), com transmissão autossômica dominante, mas podendo também se tratar de novas mutações. Apresenta alta penetrância e expressividade variável. Clinicamente manifesta-se por alterações esqueléticas (dolicoestenomegalia e aracnodactilia), cardiovasculares (aneurismas) e oculares. No segmento craniofacial, resalta-se a dolicocefalia, com proeminência da região supra-orbitária, bossa frontal e enoftalmo. Observa-se, ainda, uma elevada prevalência de palato ogival, com eventual fenda e úvula bífida. Os dentes são longos e estreitos méso-distalmente, e, a má oclusão é freqüente, podendo-se também estar presentes, prognatismo mandibular e distúrbio das ATMs. O presente trabalho apresenta o caso clínico de I.M.O., feminina, 34 anos de idade, com diagnóstico de Síndrome de Marfan. A paciente era portadora de má oclusão do tipo classe II de Angle, com deficiência transversa e excesso vertical da maxila, e retrognatismo mandibular. Iniciou tratamento ortodôntico/cirúrgico, sendo inicialmente submetida à expansão cirurgicamente assistida da maxila, seguida por mecânica ortodôntica fixa. Uma discussão dos aspectos pertinentes ao tratamento proposto e sua correlação às características da síndrome será apresentada, assim como as considerações sobre os resultados obtidos.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÁ OCLUSÃO CLASSE III EM PACIENTE PORTADOR DE AMELOGENESE IMPERFECTA

SALIBA WJ, KOISHI GN, YOSHIDA MM, PEREIRA F? GV
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DO ABC – DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA
– GRUPO DE CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL - SP

A amelogenese imperfecta é uma afecção que atinge o esmalte dental com inúmeras variações clínicas e quanto à gravidade. O tratamento baseia-se na prevenção do desgaste dental e, posteriormente, em reabilitação de coroa total. O tratamento inadequado pode causar danos graves aos elementos dentais, com perda total como no caso descrito. O presente trabalho relata o caso de R.J.V.J., 17 anos, que apresentava amelogenese imperfecta com ausência de todos os elementos dentais e má oclusão classe III. Para correção da má oclusão classe III foi realizada cirurgia ortognática através de osteotomia vertical da mandíbula descrita por Cadwell e Lettermann. Para o tratamento cirúrgico, foi necessária a confecção de “splints” fixados à maxila e à mandíbula, no intra-operatório, através de fios de aço, que permitiram a realização do bloqueio maxilo-mandibular no pós-operatório. No período de um ano de acompanhamento pós-operatório, foi constatado um resultado satisfatório para a correção da má oclusão. O tempo de bloqueio maxilo-mandibular não excedeu o período médio adotado para pacientes com má oclusão classe III não portadores de amelogenese imperfecta.

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA FISSURA NASAL NÚMERO 2 DE TESSIER

ALCIR TADEU GIGLIO, GABRIELE MIOTO VILELA, SILVIO ANTONIO ZANINI, ARISTIDES PALHARES, ROBERTO GABARRA, ADRIANO YACUBIAN, MICHEL PAVELECHINE, ROBERTO CHEM
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E MICROCIURGIA RECONSTRUTIVA DO CHSCMPA/FFFCMPA E HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DE BAURURU – SP

As fissuras congênitas do nariz situadas na porção lateral da asa nasal correspondem, de acordo com a classificação numérica de Paul Tessier, com as de número 2. Objetivo: Demonstrar a eficácia da zetaplastia para correção do revestimento cutâneo da fissura 2, quando acompanhada da reconstrução do forro nasal por retalho condro-mucoso do septo. Resultados: Paciente do sexo feminino, com 5 meses de idade, apresentando fissura labial mediana (fissura 0 de Tessier) e fenda nasal (fissura 2 de Tessier) à esquerda. A fissura labial foi corrigida por aproximação direta, aos 5 meses de idade. Aos 6 anos, foi submetida à correção nasal por aproximação direta de retalhos de vizinhança. Aos 10 anos, foi submetida à nova reparação, com retalho composto condro-mucoso septal pediculado anteriormente pelo ramo da artéria labial superior. No pós-operatório, a paciente usou modelador nasal de silicone por 6 meses. A segunda paciente é portadora de displasia fronto-nasal com hipertelorbitismo (fissura 14 de Tessier) associada de fissura 2 nasal à esquerda. Foi operada pelo autor para correção da fissura nasal com retalhos locais de avançamento sem sucesso. Aos 10 anos, foi reoperada pela técnica proposta neste trabalho. O terceiro paciente não havia sofrido cirurgia e foi operado com 2 anos e 9m pela mesma técnica. Conclusões: A correção das fissuras nasais congênitas exige a confecção de retalhos que não só promovam ampla cobertura cutânea, como também propiciem o forramento e esqueleto da asa nasal, sem o quê, as retrações cicatriciais implicam na recidiva do problema acrescidos de seqüelas cicatriciais.

DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDÍBULA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE RICHIERI-COSTA/PEREIRA

COLLARES MVM, PINTO RA, CASTRO ACB, PORTINHO CP, FALLER GJ, DIAS PC
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA CRANIOFACIAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS

Objetivos: A Síndrome de Richieri-Costa/Pereira é uma forma de disostose craniofacial autossômica recessiva, caracterizada por baixa estatura, seqüência de Pierre-Robin, anormalidades pré e pós-axiais em mãos, pé torto congênito, fenda mandibular e má formação da laringe. Materiais e Resultados: Relatamos o caso de um bebê do sexo feminino com micrognatia grave, hipoplasia de clavícula, fenda mandibular mediana, anormalidades em ambas as mãos, pé torto, má formação de laringe, subluxação com displasia acetabular de membros inferiores. Até o momento, foram descritos 17 casos desta síndrome em todo o mundo. Não existem, até o momento, artigos referentes ao tratamento das alterações craniofaciais dos pacientes portadores desta síndrome. Realizamos distração osteogênica dos cotos mandibulares, a fim de obtermos crescimento do ramo e corpo mandibular. Conclusões: Atualmente, não existem protocolos de tratamento para, em nossa opinião, a mais importante alteração craniofacial nesses pacientes, a fenda mandibular mediana. No momento, a paciente ainda continua em tratamento, visando à reconstrução da mandíbula e posterior decanulação da traqueostomia.

OBSTRUÇÃO AGUDA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES POR EDEMA LINGUAL PÓS-PALATOPLASTIA: REVISÃO E RELATO DE CINCO CASOS

COLLARES MVM, PINTO RA, CASTRO ACB, PORTINHO CP, FALLER GJ, DIAS PC, VIARO M, PRATES VL

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS

Objetivos: Relatamos neste trabalho cinco casos de edema lingual importante, causando obstrução aguda de vias aéreas superiores no pós-operatório imediato de palatoplastia. Em nosso serviço, a técnica de palatoplastia padronizada é a preconizada por Veau-Wardill-Kilner. **Métodos e Resultados:** Diversos autores têm relatado sua experiência com esse tipo de situação, nos anos de 2005 e 2006. Não parece haver qualquer correlação entre o evento e a técnica empregada para correção da fenda palatal: Veau-Wardill-Kilner, Furlow ou von Langenbeck. **Conclusões:** Acredita-se que o edema lingual agudo no pós-operatório ocorra pela soma de fatores como: uso prolongado do afastador (Dingman), compressão excessiva da língua pelo afastador e hiperextensão da cabeça do paciente. O edema pode ser intenso, sendo necessária a reintubação com urgência no pós-operatório imediato. Sabe-se, ainda, que crianças portadoras de seqüência de Pierre-Robin, macroglossia ou outras síndromes identificáveis têm maior risco de obstrução de vias aéreas.

RECONSTRUÇÃO ÓSSEA DE CALOTA CRANIANA COM CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS: ESTUDO EXPERIMENTAL

PORTINHO CP, COLLARES MVM, SILVA FH, NARDI NB, MEIRELLES LS, PINTO RDA, PILLA C, RIBOLDI M, MEURER L, SIQUEIRA EJ, MORELLATO G, SUMINO K, CASTRO ACB, FALLER G, DIAS PCJ.

INSTITUIÇÃO: UNIDADE DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL/SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA/CENTRO DE PESQUISAS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA - DEPARTAMENTO DE GENÉTICA - INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

Objetivo: Comparar a integração de enxertos ósseos, utilizados para a reconstrução parcial de calota craniana em camundongos, que contenham ou não células-tronco (CT) mesenquimais adultas indiferenciadas. **Método:** Foram utilizados camundongos isogênicos C57BL/6, adultos, fêmeas. Foi criada uma falha óssea no osso parietal esquerdo, de espessura total, medindo 5 x 3 mm. Os seguintes grupos (G) foram estudados: G1 - calota craniana retirada durante a craniotomia; G2 - OL com quatro semanas de pós-operatório (SPO); G3 - OL com oito SPO; G4 - CT+OL após quatro SPO; G5 - auto-enxerto (AE) com quatro SPO. **Resultados:** O grupo com maior atividade da enzima fosfatase alcalina (FA) foi o G4 (86,2%), e o menor o G2 (46,7%). Houve diferenças significativas entre os grupos (Qui-Quadrado de Pearson = 11,29; P=0,024). O G4 teve o maior resíduo ajustado, 2,4. Na quantificação da FA, foram encontradas diferenças significativas entre G2 e G4 (P=0,0001), bem como entre G3 e G4 (P=0,0014). A análise histológica foi realizada utilizando-se os seguintes critérios: trabéculas ósseas neoformadas; atividade osteoblástica; absorção do transplante; viabilidade da medula óssea. Houve diferença estatística significativa entre G2 e G3 (P=0,010), entre G2 e G4 (P=0,001) e entre G4 e G5 (P=0,001). **Conclusão:** A reconstrução óssea experimental de calota craniana com emprego de CT mesenquimais apresenta resultados favoráveis quanto à regeneração, que se aproxima de enxertos autógenos.

EXPERIÊNCIA COM APLASIA CUTIS CONGÊNITA

ENDRIGO BASTOS, NIVALDO ALONSO, DOV GOLDENBERG, MARCUS CASTRO FERREIRA
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HC - FMUSP - SÃO PAULO - SP

A *aplasia cutis congenita* é uma doença rara caracterizada por ausência circunscrita de epiderme, derme e ocasionalmente de camadas subjacentes. Na maior parte das vezes, se apresenta como uma lesão única em escalpe, mas podem ocorrer múltiplas lesões em outras áreas, assim como a associação com outros tipos de malformação. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de nossa instituição no tratamento da *aplasia cutis*. Como método, foi realizada uma revisão dos casos de *aplasia cutis* tratados em um período de dois anos. Cinco pacientes foram tratados em nosso serviço. Em todos os cinco, havia lesões em escalpe. Em três, a lesão estava ulcerada e, em dois, já cicatrizada. Em três dos pacientes, havia também acometimento de calota craniana. Dois pacientes apresentavam má formações de falanges distais de mãos e pés, caracterizando a síndrome de Adams-Oliver, condição especialmente rara. Dois pacientes tiveram tratamento conservador. Um paciente foi tratado com retalhos de escalpe expandidos e outro com ressecção seriada. Um dos portadores de Adams-Oliver cursou com fistula líquórica intratável, que resultou em meningite e óbito. A *aplasia cutis* se trata de doença com amplo espectro de apresentação clínica, o que demanda o emprego de diversas opções de tratamento, sendo que, nos casos mais graves, o índice de insucesso ainda é bastante elevado.

FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM MANDÍBULA

ENDRIGO BASTOS, DOV GOLDENBERG, NIVALDO ALONSO
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL - HC - FMUSP - SÃO PAULO - SP

Nos cada vez mais freqüentes, ferimentos por arma de fogo em mandíbula, o índice de complicações como infecção, pseudo-artrose e disocclusão é distintivamente elevado. O objetivo deste trabalho é situar o cirurgião com relação aos aspectos epidemiológicos e etiopatogênicos dos ferimentos por arma de fogo, assim como as bases do tratamento destas lesões na mandíbula. Como método, empreendeu-se uma revisão bibliográfica e levantamento da documentação de casos atendidos em nosso serviço, que ilustram os conceitos da literatura. O que se pode constatar é que os ferimentos por arma de fogo são responsáveis por uma mortalidade que triplicou nos últimos 20 anos no Brasil e por uma morbidade que levou a 19.519 internações e um gasto de 140 milhões de reais em 2002. As armas apreendidas, em volume crescente, ainda são principalmente as de baixa velocidade, mas, na década de 1990, passaram a ser apreendidas também armas de alta velocidade. A energia cinética de um projétil é dependente principalmente de sua velocidade. A dissipação desta energia pode causar grande destruição tecidual, gerando um meio propício à infecção. As fraturas de face por ferimentos por arma de fogo podem ser de difícil tratamento em decorrência do grau de destruição óssea e da perda de cobertura de partes moles. Quando ocorrem na mandíbula, ferimentos com baixo grau de destruição podem ser tratados como qualquer outra fratura. No entanto, nos ferimentos por projéteis de alta velocidade ou ferimentos com alto grau de comunicação óssea e destruição de partes moles, devem ser realizados desbridamentos seriados e fixação provisória, reservando as enxertias ósseas para um momento mais tardio, quando a cobertura de partes moles puder abrigar um enxerto ou retalho ósseo com maior confiabilidade.

ESTUDO COMPARATIVO DO USO DE CARBONO VÍTREO POROSO E SILICONE, NOS OSSOS MEMBRANOSOS, EM RATOS

MARCELO PAULO VACCARI MAZZETTI, PAULO DE OLIVEIRA GOMES, DULCE MARIA FONSECA SOARES MARTINS, FLAVIO LINCOLN NAZIMA, CÉSAR CILENO PONCE E PAULO FABIANE DE OLIVEIRA.

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP – SÃO PAULO – SP

Objetivo: Comparar o carbono vítreo poroso com o com o silicone, em ossos membranosos de ratos Wistar. **Métodos:** Foram realizados implantes por aposição na calota craniana de 40 ratos, separados em dois grupos, de acordo com o material implantado, carbono: grupo A (n=20) e silicone: grupo B (n=20), avaliados ao 7º pós-operatório (subgrupos AI, n=10, e BI, n=10) e 28º P.O. (subgrupos AII, n=10, e BII, n=10), foram avaliados aspectos microscópicos: células inflamatórias, crescimento ósseo, pseudo-cápsula, células gigantes e neovascularização; aspectos radiológicos: pseudo-cápsula, deformidade e alteração de radiodensidade dos implantes. Os testes estatísticos utilizados foram o Qui-quadrado e Mann-Whitney, com $p \leq 0,05$ para determinar significância. **Resultados:** Os estudos demonstraram que, aos sete dias, o carbono apresenta maior neovascularização ($p \leq 0,05$) e o silicone pseudo-cápsula fibrosa ($p \leq 0,05$), aos 28 dias, o carbono tem menor número de células gigantes ($p \leq 0,05$), maior número de macrófagos ($p \leq 0,05$) e deformidade em sua forma física ($p \leq 0,05$). O implante de silicone mantém sua forma ($p \leq 0,05$). Osteoblastos e crescimento ósseo não apresentaram diferenças. **Conclusão:** Ambos implantes possuem biocompatibilidade, mas o carbono vítreo poroso não apresenta características físicas para substituição óssea.

ESTUDO DO CRESCIMENTO DO PALATO ANTERIOR EM PORTADORES DE FISSURA LÁBIO-PALATINA, SUBMETIDOS À PALATOPLASTIA POSTERIOR E MODELADOR ORTOPÉDICO

FABIANE PRISCILA TIAGO SANTOS, LUCY DALVA LOPES, MARCELO PAULO VACCARI MAZZETTI, CARLOS EDUARDO MONTEIRO B. ROXO, MARCO ANTONIO MUNHOZ
INSTITUIÇÃO: CENTRO DE TRATAMENTO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS MARIO COVAS, SANTOS –SP e HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE - SÃO PAULO -SP

Objetivo: Avaliar o crescimento palatino em pacientes portadores de fissuras lábio-palatinas unilaterais, submetidos à palatoplastia posterior e uso constante de modeladores ortopédicos, com início do tratamento compreendido em idades de zero a 12 meses. **Métodos:** Foram realizadas palatoplastias posteriores com realinhamento muscular, sem descolamentos mucoperiostais, em 10 pacientes, que receberam modeladores ortopédicos previamente à operação, com tempo mínimo de quatro meses, denominado de grupo A e outros 10 pacientes que também foram submetidas a mesma operação, pelo mesmo cirurgião, porém sem acompanhamento com uso de modeladores ortopédicos (grupo B). Os aspectos avaliados foram: grau de retenção da largura posterior da fenda, grau de retenção da fenda alveolar e alteração da largura posterior do arco, através da confecção de modelos gessados para estudo das medidas citadas, que foram expressas em milímetros. O teste estatístico utilizado foi o Qui-quadrado, com $p \leq 0,05$ para determinar significância. **Resultados:** Os estudos demonstraram que ocorre uma conformação anatômica melhor do palato e uma diminuição da fenda palatina anterior (não operada) em pacientes que utilizaram os modeladores ortopédicos, com um fechamento da mesma no período máximo de 12 meses ($p \leq 0,05$). **Conclusão:** O uso dos modeladores ortopédicos para o palato anterior, em pacientes submetidos à palatoplastia posterior, promove um fechamento da fenda anterior.

DISTRAÇÃO ÓSSEA MAXILAR NA SEQUELA DE FISSURA LÁBIO PALATINA. RELATO DE CASO

LUIS ALBERTO PINOTTI BROGLIO, MARCELO PAULO VACCARI MAZZETTI, LUCY DALVA LOPES, LUCIANO SALES DE SOUZA, KARINA DE FÁTIMA ZANETTI

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE TRATAMENTO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS MARIO COVAS, SANTOS –SP, HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE E HOSPITAL DARCY VARGAS

Objetivo: Avaliar o crescimento maxilar em pacientes submetidos à distração óssea maxilar, devido à seqüela de tratamento de fissura lábio-palatina, através de distrator externo rígido. **Métodos:** Em dois casos de fissurados bilaterais, com classe oclusal tipo III, devido a hipoplasia maxilar. Foi realizado um alongamento ósseo pósterio-anterior da maxila, através de aparelho externo rígido, após a confecção de osteotomia tipo Le Fort I. Os aspectos avaliados foram clínicos e radiológicos. Foram realizadas radiografias simples em posições pósterio-anterior, lateral e panorâmica de mandíbula com avaliação de medidas lineares e angulares da maxila, expressas em milímetros e ângulos. **Resultados:** Os estudos clínicos e radiológicos demonstraram que ocorre o crescimento da maxila, com um resultado estável sem a necessidade de enxertos ósseos. Os pacientes passaram a apresentar uma oclusão tipo I. A necessidade de ortodontia pré e pós-operatória foi de fundamental importância para o sucesso do tratamento. **Conclusão:** A distração osteogênica da maxila em pacientes com deficiências pósterio-anteriores devido à seqüela de fissura lábio-palatina foi eficiente.

ESTUDO DO CRESCIMENTO MAXILAR NA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DA MANDÍBULA

SANDRO RAPHAEL MARTINS STARTARI, LUCY DALVA LOPES, MARCELO PAULO VACCARI MAZZETTI, DULCE MARIA FONSECA SOARES MARTINS, CARLOS EDUARDO MONTEIRO B. ROXO, FERNANDO HENRIQUE LONGO

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE TRATAMENTO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS MARIO COVAS, SANTOS – SP, HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE E HOSPITAL DARCY VARGAS

Objetivo: Comparar o crescimento maxilar em pacientes submetidos à distração osteogênica da mandíbula em diferentes idades. **Métodos:** Foram realizados alongamentos ósseos unilaterais e unidirecionais da mandíbula em 20 pacientes, separados em dois grupos, de acordo com a idade, entre dois e quatro anos: grupo A (n=10) e entre sete e dez anos: grupo B (n=10). Os aspectos avaliados foram radiológicos, com radiografias simples em posições pósterio-anterior, lateral e panorâmica de mandíbula para avaliação de medidas lineares e angulares, expressas em milímetros e ângulos, nos períodos pré-operatório, e pós-operatório de seis e 12 meses. Os testes estatísticos utilizados foram o Qui-quadrado e Mann-Whitney, com $p \leq 0,05$ para determinar significância. **Resultados:** Os estudos demonstraram que ocorre o crescimento da maxila nos dois grupos e que, entre dois e quatro anos, ocorre um maior crescimento da maxila ($p \leq 0,05$). **Conclusão:** A distração osteogênica da mandíbula promove um crescimento maior da maxila, quando realizada entre dois e quatro anos.

TRANSPORTE ÓSSEO ZIGOMÁTICO - MAXILAR NA SEQUELA DE TRAUMA DE FACE. RELATO DE CASO

GUSTAVO HOMERO NOGUEIRA MELLO, MARCELO PAULO VACCARI MAZZETTI, JOSE ALBERTO MARZLIAK, DANIEL RUFATTO, SANDRO RAPHAEL MARTINS STARTARI.
INSTITUIÇÃO: CENTRO DE TRATAMENTO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS MÁRIO COVAS, SANTOS -SP, HOSPITAL DOS DEFEITOS DA FACE E HOSPITAL DARCY VARGAS

Objetivo: Avaliar o crescimento maxilar em pacientes submetidos a transporte ósseo zigomático-maxilar, em paciente com seqüela de trauma de face, com perda de substância, partes moles e ósseas. **Métodos:** Foi realizado alongamento ósseo unilateral e unidirecional do osso zigomático e do maxilar, através de aparelho interno com confecção de disco de transporte ósseo. Os aspectos avaliados foram clínicos e radiológicos. Foram realizadas radiografias simples em posições pósterio-anterior, lateral e panorâmica de mandíbula com avaliação de medidas lineares e densidades, expressas em milímetros e radiodensidade através da Escala de Hounsfield. Tomografias computadorizadas foram realizadas para avaliações do ângulo pré-operatório a ser realizado o transporte ósseo e no pós-operatório para quantificação do ganho ósseo real. **Resultados:** Os estudos clínicos e radiológicos demonstraram que ocorre o crescimento da maxila, porém sem a quantidade ideal para a confecção dos implantes dentários. **Conclusão:** O transporte ósseo zigomático-maxilar, como medida isolada, em grandes perdas maxilares, maiores de 4 cm, promove um crescimento maxilar insuficiente para a realização de implantes dentários.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE COM SÍNDROME DE BARRAQUER-SIMON: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E RELATO DE CASO

CELSONO BUZZO, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, RAFAEL CAMPOS FERREIRA BASSO, FERNANDO FABRÍCIO FRANCO, EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, RAFAEL GUISELLI LOPES, FABIANA DUARTE MARTINS, LEONARDO SANTOS BARROS SPENCER, ALEXANDER F. PINHEIRO
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA SOBRAPAR - CAMPINAS - SP

Objetivo: Luis Barraquer Ferré e Lucien Simon descreveram, no início do século XX, uma doença caracterizada por progressiva atrofia da gordura do subcutâneo, limitada à parte superior do corpo, incluindo a face. É uma síndrome rara de origem obscura também conhecida como lipodistrofia céfalo-torácica. O objetivo do artigo é descrever um caso da Síndrome de Barraquer-Simon, com envolvimento facial e torácico sem outras anomalias. A paciente foi admitida no Instituto de Cirurgia Plástica - SOBRAPAR em Campinas - São Paulo em 1995 e desde então vem sendo acompanhada. **Método:** Revisão não-sistemática da literatura através do banco de dados do MEDLINE, de 1935 a 2006, correlação clínica e estudo do caso descrito. **Resultado:** A paciente apresentou bons resultados após lipoenxertias, cirurgia para colocação de bioimplantes malares e cirurgia ortognática. A cirurgia ortognática proporcionou melhora da estética da paciente com alto grau de satisfação, houve melhora da mecânica funcional oral, melhora da hipoplasia maxilar, do prognatismo e da mastigação cruzada. **Conclusão:** A Síndrome de Barraquer-Simon, classificada como lipodistrofia parcial, é pouco entendida. Várias teorias sugerem uma anormalidade primária das células gordurosas, da ação do agente humoral que mobiliza gordura ou um defeito no controle neuronal do metabolismo da célula gordurosa, porém sem um suporte experimental que sustente a hipótese e nem explique satisfatoriamente todas as características associadas às lipodistrofias parciais.

USO DO METILMETACRILATO EM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS: ANÁLISE PROSPECTIVA DE 5 CASOS CLÍNICOS

CELSONO BUZZO, MARCELO DE CAMPOS GUIDI, RAFAEL CAMPOS FERREIRA BASSO, FERNANDO FABRÍCIO FRANCO, EDUARDO VILAS BOAS BRAGA, RAFAEL GUISELLI LOPES, FABIANA DUARTE MARTINS, LEONARDO SANTOS BARROS SPENCER, ALEXANDER F. PINHEIRO
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA SOBRAPAR - CAMPINAS - SP

Objetivo: Descrever especificamente o uso do metilmetacrilato em cinco pacientes com deformidades da calota craniana e ossos do terço superior da face, mostrar a versatilidade do material para pequenas falhas ósseas e, até mesmo, em grandes extensões onde a controvérsia para o uso destes materiais é maior, visto a maior chance de extrusões ou infecções com grandes placas destes biomateriais. **Método:** Análise prospectiva de 5 casos clínicos, um caso decorrente de seqüela de encefalocele e quatro casos decorrentes de seqüela de trauma crânio-encefálico, operados com uso de metilmetacrilato para corrigir deformidades craniofaciais. **Resultado:** O uso do metilmetacrilato diminuiu o uso de enxertos ósseos, melhora do contorno craniofacial, alto grau de satisfação da equipe cirúrgica e dos pacientes apesar do pequeno tempo de seguimento. **Conclusão:** O uso parcimonioso destes implantes, associado a uma técnica rigorosa para seu manuseio no intra-operatório e ainda, uma cobertura do material com retalhos do periosteio, sempre que possível, permitem um resultado satisfatório, rápido e seguro para estas cranioplastias. O uso do acrílico pode ser realizado de forma rápida e fácil, protege o crânio, realiza um bom preenchimento do defeito facial e traz um ótimo resultado estético.

QUANTIFICAÇÃO DA INCLINAÇÃO DO PLANO OCLUSAL APÓS OSTEOTOMIA BIMAXILAR E ALONGAMENTO ÓSSEO NO TRATAMENTO DA ASSIMETRIA FACIAL

MAX PEREIRA, TESSIE KRENISKY, NELSON BARDELLA, LYDIA MASAKO FERREIRA

Objetivo: Avaliar a alteração da inclinação do plano oclusal após alongamento ósseo maxilar e mandibular simultâneo em adultos utilizando análise fotográfica. Foram avaliados seis pacientes submetidos a alongamento ósseo maxilomandibular. A idade dos pacientes variou de 14 a 22 anos, quatro do sexo masculino. Quatro apresentavam microssomia craniofacial unilateral e dois assimetria facial por fratura unilateral dos côndilos mandibulares quando criança. Todos os pacientes foram submetidos a osteotomia da maxila tipo LeFort I com disjunção pterigomaxilar bilateral e osteotomia horizontal do ramo da mandíbula do lado da microssomia. Foi instalado, na mandíbula, o aparelho alongador externo com dois pinos acima e dois abaixo da osteotomia da mandíbula. No quinto PO, foi realizado bloqueio maxilomandibular (BMM) em aparelhos ortodônticos fixos instalados no pré-operatório. O BMM foi mantido por 8 semanas. A avaliação da inclinação do plano oclusal foi realizada com fotografias da face do pré-operatório e pelo menos 6 meses após, estando o paciente com uma espátula de madeira ocluindo entre pré-molares e caninos. Esta foto foi impressa e sobre ela, traçado uma linha transpupilar. A partir da pupila direita e esquerda, foi traçada uma linha perpendicular à linha transpupilar em direção à espátula de madeira. A distância entre a pupila direita e espátula e pupila esquerda e espátula foram anotadas e a diferença calculada. Outra medida realizada foi o ângulo entre a linha transpupilar e o plano da espátula. A diferença das medidas dos ângulos no pré e pós-operatório foram calculadas. A média da diferença das distâncias entre as pupilas e espátula, no pré-operatório, foi de 8.5 mm e no, pós-operatório, 2.7mm. O ângulo médio entre o plano transpupilar e o oclusal foi 9.1°, no pré-operatório e 3°, no pós.