



RESUMO EXPANDIDO

Colgajo de músculo temporal en reconstrucción orbitaria postexenteración *Orbital reconstruction after exenteration with temporal muscle flap*

Álvaro Martín Fernández Galup¹, Virginia Giachero², Denisse Hartwig³

RESUMO

Introducción: el colgajo de músculo temporal es un colgajo con múltiples indicaciones en cirugía reconstructiva craneomaxilofacial, habiendo sido descrito por primera vez en la literatura por Lentz en el año 1895 para el tratamiento de la anquilosis de la articulación temporomandibular. Si bien en los últimos años los colgajos libres microvascularizados han ocupado un lugar destacado en cirugía reparadora maxilofacial, el colgajo de músculo temporal sigue siendo una opción segura para defectos locoregionales, con una menor curva de aprendizaje y menor tiempo quirúrgico. Material y método: análisis retrospectivo de los casos donde se utilizó el colgajo de músculo temporal para reconstrucción de órbita postexenteración en los últimos 2 años. En todos los casos la causa de la exenteración fue oncológica. Resultados: en todos los casos se realizó la reconstrucción en forma exitosa, con un tiempo quirúrgico promedio de 45 minutos, sin complicaciones inmediatas ni alejadas, permitiendo una rápida recuperación de los pacientes y por lo tanto el inicio temprano del tratamiento adyuvante postoperatorio. Conclusión: el colgajo de músculo temporal es una opción versátil y segura para reconstrucción orbitaria en pacientes oncológicos. Proporciona un lecho bien vascularizado, es de fácil disección, aportando el volumen y superficie necesaria para la reconstrucción, con un menor tiempo anestésico quirúrgico para el paciente y mínima o nula morbilidad funcional y estética.

DESCRITORES: músculo temporal, exenteração orbitária, neoplasma palpebral

ABSTRACT

Introduction: the temporalis muscle flap has multiple indications in maxillofacial reconstructive surgery, since its first description in the literature by Lentz in 1895 for the treatment of temporomandibular joint ankylosis. Although in recent years the microvascular free flaps have figured prominently in maxillofacial reconstructive surgery, the temporalis muscle flap remains a safe option for locoregional defects with a shorter learning curve and shorter surgical time. Methods: we have done a retrospective analysis of cases where the temporalis muscle flap was used for orbital reconstruction in the last two years. In all cases the exenteration was due to oncological causes. Results: In all cases reconstruction was performed successfully, with an average of 45 minutes operating time, no immediate or late complications, allowing a quick recovery of patients and therefore early initiation of postoperative adjuvant therapy. Conclusion: The temporalis muscle flap is a versatile and safe option for orbital reconstruction in cancer patients. It provides a well-vascularized bed, easy dissection, bringing the volume and surface area required for reconstruction, with a shorter surgical anesthetic to the patient and minimal or no functional and aesthetic morbidity.

KEYWORDS: temporal muscle, orbital exenteration, eyelid neoplasm

1. Residente 3º ano
2. Profesora Adjunto
3. Asistente

INTRODUÇÃO

La exenteración orbitaria es una cirugía que conlleva pérdida funcional y estética. Supone un reto reconstructivo ya que debe otorgarse tanto relleno como cobertura. El colgajo de músculo temporal cumple estas dos condiciones, haciendo de este una opción adecuada.

El mismo es un colgajo versátil y seguro en cirugía craneomaxilofacial, habiendo sido descrito por primera vez en la literatura por Lentz en el año 1895 para el tratamiento de la anquilosis de la articulación temporomandibular. En 1898 Golovine describe este colgajo para la reconstrucción de un defecto de órbita postexenteración. En 1919 Gillies utiliza este colgajo para la reconstrucción de un defecto de mucosa yugal y en 1930 para reanimación facial. Años más tarde, en 1948 Campbell lo describe para una reconstrucción de un defecto postmaxilectomía (3).

Si bien existen múltiples técnicas reconstructivas desde la epitelialización espontánea hasta los colgajos libres microvascularizados, que en los últimos años han ocupado un lugar destacado en cirugía reparadora maxilofacial, el colgajo de músculo temporal sigue siendo una opción segura para defectos locorregionales con una menor curva de aprendizaje, menor tiempo quirúrgico y sin morbilidad del área dadora (1, 2)

OBJETIVO

Análisis retrospectivo de los casos donde se utilizó el colgajo de músculo temporal para reconstrucción de órbita a en los años 2012 y 2013, en la Cátedra de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela" en Montevideo, Uruguay. Hemos intervenido 3 pacientes, realizando 3 colgajos de músculo temporal en el mismo acto. En todos los casos la causa de la exenteración fue oncológica.

En el primer caso se trataba de un paciente de sexo masculino, de 52 años con diagnóstico de carcinoma espinocelular a nivel de párpado superior izquierdo y un carcinoma basocelular a nivel de párpado inferior izquierdo de más de 3 años de evolución, con compromiso ocular y óseo evidenciado en forma clínica e imagenológica, sin tratamiento previo.

El segundo caso se trató de una paciente de sexo femenino, de 63 años no autoválida, con diagnóstico de carcinoma basocelular de dorso nasal, de 8 años de evolución. No se evidenciaba ni clínica o imagenológicamente compromiso ocular ni óseo, sin tratamiento previo. Se realizó la resección del tumor mediante técnica de Mohs, donde se confirmó no solo

compromiso de mucosa ocular sino también de pared orbitaria interna y pared lateral nasal.

El tercer caso corresponde a un paciente de sexo masculino, de 42 años, con diagnóstico de carcinoma espinocelular de párpado superior izquierdo, de 2 años de evolución, con compromiso de globo ocular. Previa consulta con Cirugía Plástica recibió tratamiento con 28 sesiones de radioterapia con mala respuesta a este.

MÉTODO

En primera instancia se realizó la excéresis en bloque de las lesiones tumorales con un margen oncológico en superficie de 1 cm, incluyendo ambos párpados en todos los casos. En profundidad se incluyó el periostio del marco orbitario comprometido.

Para la reconstrucción empleamos en todos los casos colgajo de músculo temporal. Se procedió a realizar una incisión desde el defecto, de adelante hacia atrás en el sector parieto-temporal homolateral al defecto. Se identificó y seccionó la aponeurosis temporal a 2 cm de su inserción superior y se procedió a su disección separándola del músculo hasta la arcada cigomática.

Luego se procedió a levantar un colgajo mioperiostico de músculo temporal, protegiendo así su pedículo, desinsertándolo a nivel de la línea temporal inferior, fosa temporal y arcada cigomática preservando su inserción inferior a nivel de la apófisis coronoides.

Previo a la transposición del colgajo en los 3 casos se realizó la resección del reborde orbitario externo mediante osteotomía con sierra oscilante, para disminuir el riesgo de estrangulación del pedículo y permitir un acceso más fácil a la cavidad orbitaria. Se realizó la movilización del colgajo suturándolo con puntos de un hilo monofilamento irreabsorbible 3-0, a nivel de reborde orbitario.

Como cobertura cutánea se procedió a la colocación de un injerto de piel parcial tomado de muslo en un caso y en otros 2 se procedió a la cobertura mediante un colgajo dermograso frontal.

En todos los casos se realizó cierre directo del área dadora temporal.

RESULTADOS

La reconstrucción fue satisfactoria en todos los casos, con un tiempo quirúrgico promedio de 45 minutos para la disección y movilización del colgajo y con un tiempo de internación postoperatoria no mayor a 8 días. Esto permitió una rápida recuperación de los pacientes y por

lo tanto el inicio temprano del tratamiento adyuvante postoperatorio, así como una rápida reincorporación a sus actividades habituales y laborales.

No se registraron complicaciones en lo inmediato como infección, seroma, hematoma y necrosis total o parcial del colgajo.

En el postoperatorio alejado tampoco se registraron complicaciones como cicatrices patológicas o alopecia cicatrizal en el área donante ni trastornos funcionales en la masticación.

DISCUSSÃO

La proximidad del músculo temporal a la región maxilofacial lo convierte en una excelente alternativa para cobertura de defectos de tercio superior y medio del macizo facial. El colgajo de músculo temporal es una opción con múltiples indicaciones en cirugía maxilofacial y seguro para reconstrucción orbitaria en pacientes oncológicos.

Algunos autores prefieren la curación mediante granulación espontánea de la cavidad orbitaria argumentando que de lo contrario podría enmascararse una posible recidiva, esto implica un lento proceso que puede llevar meses, cuando el porcentaje de recidiva en carcinomas a nivel de órbita es muy baja (3).

CONCLUSÃO

cobertura inmediata de la cavidad orbitaria con este colgajo permite un inicio precoz del tratamiento adyuvante postoperatorio con radioterapia, disminuyendo también el riesgo de complicaciones como meningoencefalitis, osteoradionecrosis, abscesos cerebrales y la formación de fístulas nasoencefálicas. El colgajo de músculo temporal proporciona un lecho bien vascularizado, es de fácil disección, aporta el volumen y superficie necesaria para la reconstrucción, con un menor tiempo anestésico quirúrgico para el paciente, que los colgajos libres microvascularizados y mínima o nula morbilidad funcional y estética.

REFERÊNCIAS

1. Holtje, W.J., Schwipper V. (1989). The temporalis Osteomyoperiosteal Flap: Its blood supply and use for reconstruction of the maxilla. *European Journal of Plastic Surgery*, 12:245-254.
2. López, F., et al. (2012). Free flaps in orbital exenteration: a safe and effective method for reconstruction. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 270:1947-1952.
3. Mohr, C. Esser, J. (1997). Orbital exenteration: surgical and reconstructive strategies. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol*, 235:288-295.
4. Rodríguez, Z., Sánchez, G., García y Montalvo, I. (2004). Utilización del colgajo de músculo temporal en cirugía reconstructiva maxilofacial. Revisión de 104 casos. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 26:228-237.
5. Rouvière, H., Delmas, A. (2002). *Anatomía Humana*. Barcelona: Masson.

FOTOS



