

Dupla mandibulotomia para acesso ao espaço mastigatório/parafaríngeo

Double mandibulotomy for access to the masticatory/parapharyngeal space

Marco Augusto Sobreira Rocha Filho¹. Francisco Januário Farias Pereira Filho². Bruno Mendes Segundo¹.

1 Médico, Residente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Médico, Assistente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

O acesso cirúrgico ao espaço mastigatório/parafaríngeo representa um desafio ao cirurgião. A dupla mandibulotomia permite um acesso mais amplo e menos mórbido a tumores profundos ou com extensão para base do crânio. O presente trabalho relata um caso de acesso transmandibular com dupla osteotomia em paciente com adenoma pleomórfico em espaço mastigatório.

Palavras-chave: Adenoma pleomorfo. Osteotomia mandibular. Procedimentos cirúrgicos operatórios.

ABSTRACT

Surgical access to the masticatory/parapharyngeal space represents a challenge for the surgeon. Double mandibulotomy allows a wider and less morbid access to deep tumors or with extension to the cranial base. This paper reports a case of transmandibular access with double osteotomy in a patient with pleomorphic adenoma in masticatory space.

Keywords: Adenoma, pleomorphic. Mandibular osteotomy. Surgical procedures, operative.

Autor correspondente: Marco Augusto Sobreira Rocha Filho, Rua Nunes Valente, 687, apartamento 1704, Meireles, Fortaleza, Ceará. CEP: 60125-070. Telefone: +55 85 99981-9960. E-mail: marcosobreirarocha@hotmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 25 Ago 2017; Revisado em: 23 Set 2017; Aceito em: 23 Set 2017.

INTRODUÇÃO

O acesso cirúrgico adequado ao espaço mastigatório é decisivo para ressecção de tumores parafaríngeos e do espaço mastigatório. O acesso transmandibular se justifica na maioria dos casos para garantir bom controle de hemostasia e ressecção tridimensional. Diferentes técnicas, como a luxação mandibular e mandibulotomias, visam prover maior acesso durante a ressecção de tumores neste espaço.¹ O presente trabalho relata um caso de Adenoma Pleomórfico em espaço mastigatório de paciente acompanhado pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará (UFC).

RELATO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, com história de dor à mastigação associada a abaulamento em região da hemiface à direita. Tomografia computadorizada da face indicou massa captante de contraste com atenuação de partes moles, determinando deslocamento anterior da parede posterior do seio maxilar, medindo cerca de 5,2x2,2 cm. Na ressonância nuclear magnética (RNM) (Figura 1), foi constatado lesão expansiva de aspecto lobulado e limites imprecisos no espaço mastigatório à direita, com hipossinal em T1 e hipersinal em T2, deslocando medialmente os músculos pterigóides e estabelecendo contato com o ramo ascendente da mandíbula lateralmente e com a parede posterior do seio maxilar anteriormente, sem invasão óssea. Em princípio, foi considerada como hipótese diagnóstica tumor de origem neural (Schwannoma) e a paciente teve indicada a cirurgia para ressecção da lesão. O acesso cirúrgico utilizado foi a cervicotomia associada a dupla mandibulotomia, com osteotomia em degrau e preservação do feixe vâsculo-nervoso alveolar inferior, permitindo uma completa exposição da lesão (Figuras 2-5). O estudo anatomopatológico revelou adenoma pleomórfico de espaço mastigatório. Paciente evoluiu bem, sem complicações imediatas e sem dificuldades mastigatórias ou alterações sensitivas em pós-operatório tardio.

Figura 1. RNM mostra lesão expansiva no espaço mastigatório à direita, com hipersinal em T2, estabelecendo contato com a parede posterior do seio maxilar, sem invasão óssea.

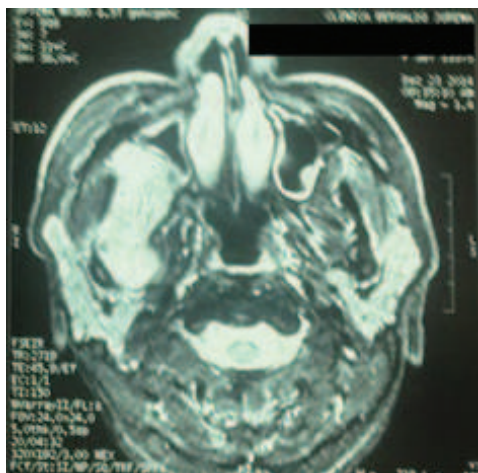


Figura 2. Osteotomia em degrau no ramo ascendente da mandíbula.

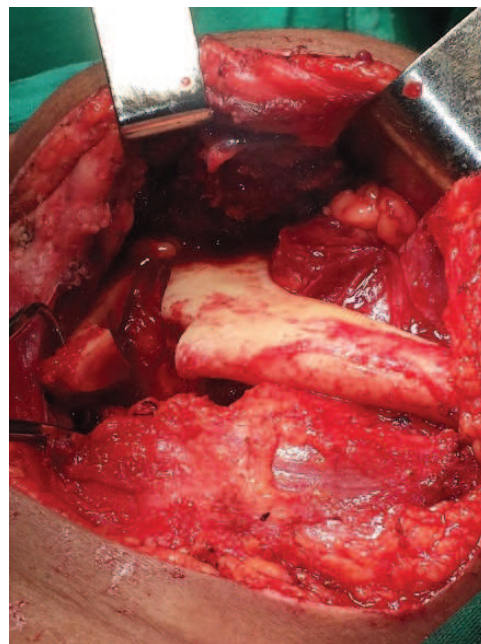


Figura 3. Campo operatório com o retalho mandibular rebatido superiormente e exposição completa do tumor.

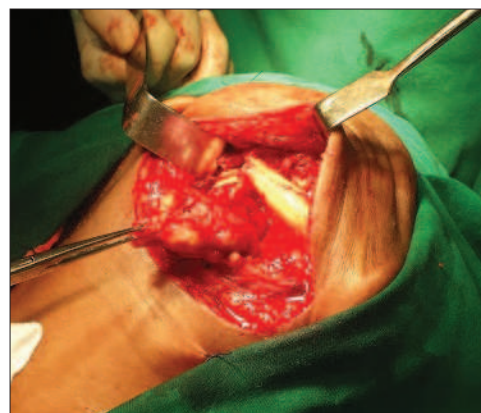


Figura 4. Fixação do retalho ósseo com placas de titânio.

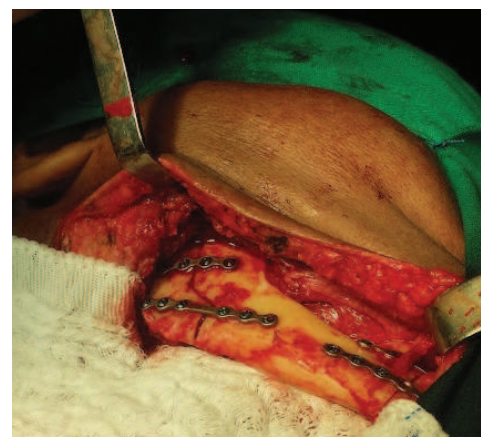
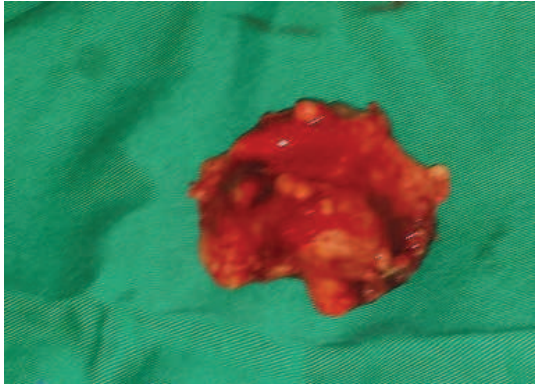


Figura 5. Peça cirúrgica.

DISCUSSÃO

O espaço parafaríngeo é um espaço virtual localizado lateralmente à faringe superior, em formato de pirâmide invertida, onde a base desta pirâmide é a base do crânio e o ápice no corno maior do osso hióide. Neste espaço passam estruturas anatômicas nobres, tais como, artéria carótida interna, veia jugular interna, nervos cranianos IX, X e XII e cadeia simpática.² O espaço mastigatório é limitado medialmente pelo espaço parafaríngeo, posteriormente pelo espaço parotídeo e lateralmente pelos tecidos subcutâneos. É composto pelos músculos mastigatórios, e nele encontramos o côndilo mandibular, o ramo mandibular do nervo trigêmeo e ramos da artéria maxilar.³

Neoplasias nestes espaços são raras, representando 0,5% de todos os tumores cabeça e pescoço.⁴ Não têm preferência por sexo ou faixa etária e são benignas em 80% dos casos. Tumores de glândulas salivares e de origem neurogênica representam 70 a 80% das neoplasias que acometem estes espaços.⁵

A abordagem cirúrgica aos espaços mastigatório e parafaríngeo para a ressecção de tumores representa um desafio, uma vez que se trata de uma região com acesso restrito pela presença do ramo mandibular. Desta forma, recidivas podem ocorrer em decorrência de uma ressecção cirúrgica incompleta.⁶

Diferentes técnicas, como a luxação mandibular e as mandibulotomias, visam prover maior acesso durante a ressecção de tumores neste espaço.¹ A mandibulotomia além de permitir um melhor acesso e bom controle de hemostasia, permite uma adequada ressecção tridimensional. Ela pode ser feita por osteotomia dupla ou osteotomia única, podendo esta última ser mediana, paramediana ou lateral. Está indicada principalmente

REFERÊNCIAS

1. Kolokythas A, Eisele DW, El-Sayed I, Schmidt BL. Mandibular osteotomies for access to select parapharyngeal space neoplasms. *Head Neck*. 2009;31(1):102-10.
2. Gonçalves TM, Barreiros AC. Relato de tumor incomum do espaço parafaríngeo: artéria carótida interna redundante. *Braz J Otorhinolaryngol*. 1998;64(5):520-4.

para tumores volumosos e com extensão para a base do crânio.

Osteotomias únicas, porém, podem apresentar exposição limitada em determinados casos ou trazer sequelas pós-operatórias, como danos à articulação temporomandibular e hipoestesia/anestesia labial por transecção do nervo alveolar inferior.⁷

A dupla mandibulotomia com osteotomia na região parassinfisária e osteotomia horizontal no ramo ascendente da mandíbula, descrita pela primeira vez em 1984, permitiu rotação do corpo mandibular para fora do campo operatório.⁸

A dupla osteotomia permite um acesso mais amplo e menos mórbido a tumores profundos no espaço parafaríngeo ou com extensão para base do crânio, por tornar possível um deslocamento do segmento mandibular tanto superior como lateralmente sem danos à articulação temporomandibular. Permite ainda proteção ao feixe vasculo-nervoso alveolar inferior, que permanece completamente contido no segmento mandibular osteotomizado e mobilizado.⁹

A mandibulotomia deve ser iniciada pela osteotomia anterior e a osteotomia posterior é realizada secundariamente apenas se a primeira não foi suficiente para uma exposição adequada do campo operatório.¹

Em diferentes técnicas descritas para a dupla mandibulotomia,^{1,6} observamos o emprego de osteotomias verticais ou horizontais no ramo ascendente da mandíbula (associada à osteotomia parassinfisiana). No presente caso utilizamos, no ramo ascendente, osteotomia em degrau, que parece permitir uma maior estabilidade após redução e fixação do retalho ósseo reduzindo o deslocamento entre os fragmentos e aumentando o contato das áreas de osteotomia.

Com a dupla mandibulotomia realizada neste caso, conseguimos um acesso cirúrgico adequado com visualização tridimensional do tumor, além da preservação do nervo alveolar inferior com ausência de hipoestesia labial e retorno precoce à mastigação no pós-operatório.

CONCLUSÃO

A dupla mandibulotomia proporciona um acesso cirúrgico adequado para ressecções de tumores em espaço mastigatório e parafaríngeo, possibilitando ao paciente retornar precocemente a mastigação no pós-operatório, assim como a permanência da vitalidade do feixe vasculonervoso alveolar inferior, minimizando risco de hipoestesia/anestesia labial.

3. Gray H, Goss CM. *Gray Anatomia*. 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1988.

4. Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z, Fliss DM. Surgical management of parapharyngeal space tumors: a 10-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132(3):401-6.

5. Machado MP, Santos AR, Freitas L, Santos A, Macor C, Dias O, et al. Tumor do espaço parafaríngeo. Revisão de literatura. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cranio-Facial. 2012;50(2):171-9.
6. Smith GI, Brennan PA, Webb AA, Ilankovan V. Vertical ramus osteotomy combined with a parasymphyseal mandibulotomy for improved access to the parapharyngeal space. Head Neck. 2003;25(12):1000-3.
7. Yu GY, Zhang L, Guo CB, Huang MX, Mao C, Peng X. Premental foramen mandibulotomy for resecting tumors of tongue base and parapharyngeal space. Chin Med J (Engl). 2005;118(21):1803-7.
8. Attia EL, Bentley KC, Head T, Mulder D. A new external approach to the pterygomaxillary fossa and parapharyngeal space. Head Neck Surg 1984;6(4):884-91.
9. Ferreira LA, Castro Jr FM, Pinto CM, Nogueira RL, Castro NC, Freitas JC. Dupla mandibulotomia com preservação do feixe vascular-nervoso alveolar inferior para acesso a tumores do espaço parafaríngeo. Rev. Bras. Cir Cabeça Pescoço. 2012;41(2):80-4.

Como citar:

Rocha MA Filho, Pereira FJ Filho, Mendes B Segundo. Dupla mandibulotomia para acesso ao espaço mastigatório/parafaríngeo. Rev Med UFC. 2018 jan-mar;58(1):71-74.