

# Reconstrução de defeitos pré-auriculares complexos com retalho muscular temporal revestido com enxerto cutâneo

## Reconstruction of complex preauricular defects with temporal muscle flap and skin graft

Marta Serra • Flávia Varela • Leandro Azevedo • Ângelo Sá • Pedro Sousa • Rui Bastos

### RESUMO

Defeitos complexos de cabeça e pescoço resultam frequentemente de cirurgia oncológica ou de trauma major. O revestimento destes defeitos é realizado muitas vezes com recurso a retalhos livres. Contudo, em doentes que careçam de condições operatórias para cirurgias prolongadas, os retalhos regionais fazem parte das opções reconstrutivas.

Apresentamos dois casos clínicos em que utilizámos o retalho muscular temporal revestido com enxerto de pele parcial em lâmina, na reconstrução de defeitos da região pré-auricular após resseção de tumores cutâneos malignos.

A viabilidade do retalho foi de 100% com boa adaptação dos enxertos cutâneos. Num dos casos houve neuropraxia do nervo facial que provavelmente resultou da parotidectomia superficial e que reverteu em 2 meses. Não foi possível manter a permeabilidade do canal auditivo externo. O resultado estético e funcional foi satisfatório.

O retalho muscular temporal é uma excelente alternativa a retalhos livres para reconstrução de defeitos complexos da cabeça e pescoço.

Palavras-chave: músculo temporal; retalho pediculado; cirurgia reconstrutiva

### ABSTRACT

Complex head and neck defects frequently result from cancer resection or major trauma. Free flaps are usually used for reconstruction of these defects. Regional flaps are useful especially in patients with low performance status.

We present two clinical cases for the reconstruction of complex defects of the preauricular region after the resection of malignant skin tumors with transposition temporal muscle flaps grafted with a partial-thickness skin graft.

The flap survival was 100% and the graft-take was complete. There was neuropraxia of the facial nerve in one patient, as a result of facial nerve dissection for tumor resection, resolved in two months. It was not possible to maintain external auditory canal permeability. The functional and aesthetic results were good.

Temporal muscle flap is an excellent alternative to free flaps for the reconstruction of complex defects in the head and neck.

Keywords: temporal muscle; pedicled flap; reconstructive surgery

### INTRODUÇÃO

Defeitos complexos da cabeça e pescoço resultam frequentemente de cirurgia oncológica ou de trauma major. O revestimento destes defeitos é realizado muitas vezes com recurso a retalhos livres. Contudo, em doentes que careçam de condições operatórias para cirurgias prolongadas, os retalhos regionais, como é o caso do retalho muscular temporal, fazem parte das opções reconstrutivas. O retalho muscular temporal foi pela primeira vez descrito em 1895 para interposição após resseção do colo condiliano num caso de anquilose da articulação temporomandibular<sup>1</sup> e, desde então, está descrito na reconstrução de defeitos na região orbitária, mastoideia, maxilar, base do crânio e cavidade oral. Este retalho é versátil e tem volume adequado para preencher defeitos na cabeça e pescoço. É fiável, baseando-se em dois pedículos dominantes (artéria

#### Marta Serra

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal,

#### Flávia Varela

Interna de Ano Comum do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal,

#### Leandro Azevedo

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

#### Ângelo Sá

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

#### Pedro Sousa

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

#### Rui Bastos

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

#### Correspondência

Marta Serra

martapintoserra@gmail.com

Artigo recebido a 20 de Maio de 2020. Aceite para publicação a 3 de Agosto de 2020.

temporal profunda e ramo temporal médio da artéria temporal superficial), com taxas de necrose baixas. O tempo operatório é curto e a morbidade, quer da zona dadora, quer recetora, é aceitável.<sup>2</sup>

## DESCRIÇÃO DOS CASOS

### Caso clínico 1

Doente do sexo masculino, de 75 anos com antecedentes de hipertensão arterial e resseção de carcinoma basocelular da hélix auricular direita há 5 anos, que recorre à consulta de Cirurgia Plástica por apresentar lesão cutânea exofítica e ulcerada com cerca de 5 cm de maior diâmetro na região pré-auricular esquerda. A biópsia confirma tratar-se de carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada (TC) de cabeça e pescoço pré-operatória demonstra invasão do tecido celular subcutâneo, não se identificando plano de clivagem com a parótida e sem gânglios suspeitos. A Otorrinolaringologia (ORL) realizou a resseção oncológica com excisão em bloco da lesão, pavilhão auricular, parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial e seus ramos e cervicotomia com esvaziamento de áreas I, II e III à esquerda, criando-se assim um defeito complexo. A reconstrução foi realizada pela Cirurgia Plástica com um retalho muscular temporal de transposição, rebatido sobre a arcada zigomática, e revestimento do retalho com enxerto de pele parcial em lâmina colhido da face antero-interna da coxa direita, com penso em *tie-over*. Foi colocado *pop-ear-wick* no canal auditivo externo (CAE) para tentar preservar a sua permeabilidade. Houve boa evolução do retalho e do enxerto.

### FIGURA 1

Carcinoma espinocelular da região pré-auricular com cerca de 50x40x30mm



### FIGURA 2

Defeito complexo após excisão em bloco da lesão, incluindo pavilhão auricular e parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial e seus ramos. Cervicotomia esquerda com esvaziamento de áreas I, II e III. **Seta** – canal auditivo externo; seta interrompida – nervo facial, *pes anserinus*.



### FIGURA 3

Intraoperatório: retalho muscular temporal de transposição, rebatido sobre a arcada zigomática.



**FIGURA 4**

Imagem de pós-operatório aos 2 meses que revela uma boa adaptação do retalho revestido pelo enxerto cutâneo e cicatrização completa.



No pós-operatório imediato o doente apresentou paralisia facial periférica moderada, mantendo encerramento total do olho, que reverteu totalmente ao fim de dois meses pelo que se assumiu neuropraxia do nervo facial. A anatomia patológica da peça cirúrgica revelou carcinoma espinocelular com margens de 6 mm, sem metastização ganglionar, pelo que se decidiu, em reunião multidisciplinar, a realização de radioterapia adjuvante. O doente completou radioterapia, encontra-se no segundo ano de pós-operatório sem recidiva. Apesar da tentativa de preservação do CAE, verificou-se estenose completa do mesmo nos meses seguintes à cirurgia, pelo que foi proposta pela ORL petrosectomia subtotal para exclusão do ouvido externo e médio.

**Caso clínico 2**

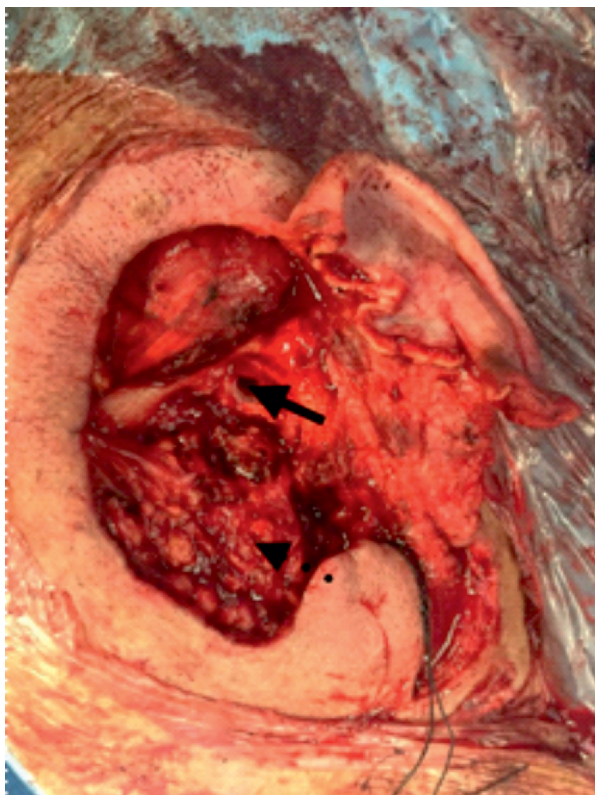
Doente do sexo masculino, de 88 anos, com antecedentes de cardiopatia isquêmica, duplamente anti-agregado, diabetes *mellitus* tipo 2 e melanoma do couro cabeludo, submetido a excisão alargada e revestimento com enxerto de pele parcial há 3 anos, que recorre à consulta de ORL por apresentar massa de consistência pétreo com cerca de 0,5 cm de maior diâmetro na porção antero-inferior do tragus e invasão do CAE. A biópsia excisional revelou tratar-se de tricofoliculoma. Um ano após a intervenção o doente recorre à consulta com evidência de lesão infiltrativa da região pré-auricular e CAE. A biópsia da lesão foi compatível com carcinoma triquilémico pelo que a ORL pede apoio da Cirurgia

**FIGURA 5**

Carcinoma triquilémico do canal auditivo externo com cerca de 50x35x20mm

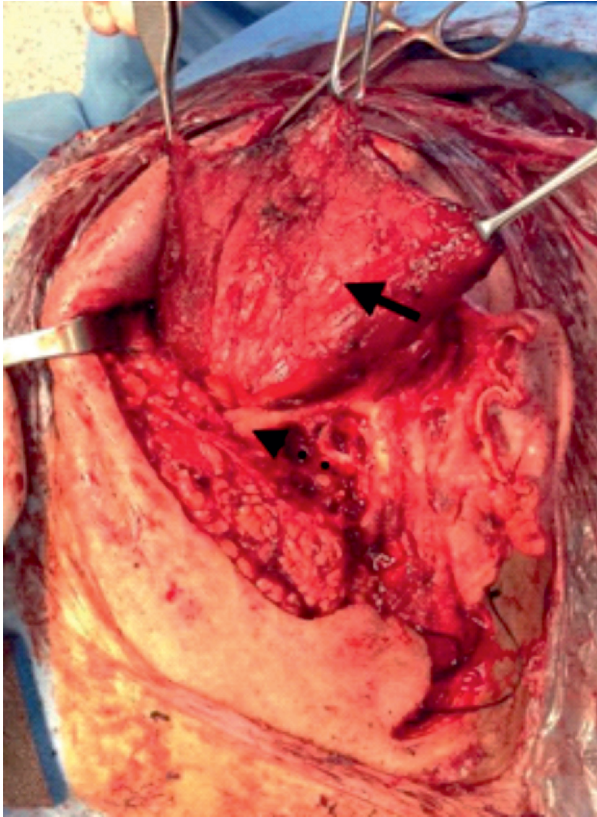
**FIGURA 6**

Defeito complexo após excisão em bloco da lesão, terço anterior do pavilhão auricular e metade externa do canal auditivo externo e parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial e seus ramos. **Seta** – canal auditivo externo; seta interrompida – lobo profundo da parótida.



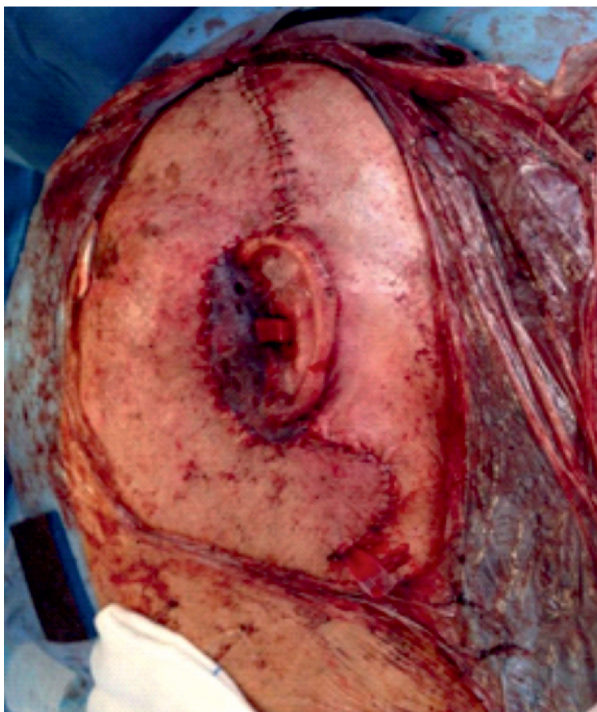
**FIGURA 7**

Intraoperatório: elevação de retalho muscular temporal previamente a ser transposto para revestimento do defeito. **Seta** – músculo temporal; seta interrompida – arcada zigomática.



**FIGURA 8**

Pós-operatório imediato com retalho revestido por enxerto cutâneo e *pop-ear-wick* colocado.



**FIGURA 9**

6 meses de pós-operatório.



Plástica para tratamento cirúrgico. Foi criado um defeito complexo após excisão em bloco da lesão, terço anterior do pavilhão auricular e metade externa do canal auditivo externo e parotidectomia com identificação e preservação do nervo facial e seus ramos (ORL). A reconstrução foi realizada pela Cirurgia Plástica com retalho muscular temporal de transposição, rebatido sobre a arcada zigomática, e revestimento com enxerto de pele parcial em lâmina colhido da face antero-interna da coxa direita. Foi colocado *pop-ear-wick* no CAE para preservação da sua permeabilidade.

Houve viabilidade total do retalho com boa adaptação do enxerto cutâneo. A anatomia patológica da peça cirúrgica revelou carcinoma triquilémico que tocava as margens cirúrgicas. Este tumor raro, tinha indicação para alargamento de margens, que o doente não aceitou pela morbilidade resultante (sacrifício do nervo facial), pelo que se decidiu realização de radioterapia adjuvante, que completou. O doente encontra-se no quinto ano de seguimento, sem doença oncológica activa. Estaria também indicada uma petrosectomia subtotal (para exclusão do ouvido médio e externo) por estenose do CAE nos meses após a cirurgia. No entanto, dada a idade do doente e pela ausência de complicações até à data, optou-se pela vigilância em consulta de ORL.

#### **DISCUSSÃO**

O objetivo da apresentação destes dois casos clínicos é relembrar a utilidade do retalho muscular temporal na reconstrução de defeitos complexos da cabeça e pescoço após ressecção oncológica, neste caso na região pré-auricular. As vantagens deste retalho são o facto de ser um retalho de volume adequado para

preenchimento de defeitos da face e de vascularização fiável com dois pedículos dominantes (Mathes and Nahai tipo III)<sup>3</sup> características que o tornam resistente no caso de realização de radioterapia adjuvante. O facto de ser um retalho pediculado reduz o tempo operatório em comparação com retalhos livres, o que o torna uma opção interessante para doentes com idade avançada e múltiplas comorbilidades. As desvantagens do retalho são a morbidade da zona dadora: depressão da fossa temporal, alopecia, lesão dos ramos temporal e zigomático do nervo facial e limitação da abertura da boca.<sup>4,5,6</sup> Ainda assim consideramos que a morbidade da zona dadora é mínima, considerando outras opções reconstrutivas.

Outro retalho regional que poderia ser aplicado nestes casos clínicos que tem tido popularidade crescente nos últimos anos é o retalho fasciocutâneo supraclavicular. Este é baseado na artéria supraclavicular e tem as vantagens de ser fiável, de rápida disseção e de ter coloração semelhante à pele da face<sup>7</sup>. Tem contudo menos volume que o retalho temporal, apresenta uma área dadora mais conspícua e suscetível a cicatrizações hipertróficas e maiores taxas de necrose distal do retalho, onde a vascularização é randomizada.

Quer o retalho muscular temporal quer o retalho supraclavicular têm tempos de disseção semelhantes. A utilização de um ou outro retalho prende-se com as suas contra-indicações, isto é, a violação prévia da vascularização dos retalhos devido a cirurgias/traumatismos, e pela preferência do cirurgião e do próprio doente. Especificamente nestes casos clínicos, a localização anatómica pré-auricular implicaria uma maior disseção do retalho supraclavicular e, pelo que descreve Herr *et al.*<sup>7</sup>, pode ser menos fiável para o revestimento do defeito pela vascularização randomizada da extremidade distal do retalho.

Poder-se-ia também equacionar a utilização de um retalho de avanço-rotação cervicofacial para revestimento dos defeitos, mas o facto de se tratar de um retalho randomizado também acarreta a desvantagem de possível sofrimento da extremidade distal do retalho, agravada pela tensão conferida com o encerramento e posterior realização de radioterapia. Os casos clínicos apoiam a utilização do retalho regional muscular temporal para revestimento de defeitos pré-auriculares complexos, dado os bons resultados funcionais e estéticos apresentados. Este retalho é uma excelente alternativa a retalhos livres na reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço após ressecção oncológica.

### Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

### Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

### Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

### Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

### Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

### Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

### Referências bibliográficas

1. Lentz J. Résection du col du condyle avec interposition d'un lambeau temporal entre les surfaces de résection. Guérison. Assoc Franc. de Chirur. 1895; 9:113–117.
2. Hanasono MM, Utley DS, Goode RL. The temporalis muscle flap for reconstruction after head and neck oncological surgery. *Laryngoscope*. 2001 Oct; 111(10):1719-25 doi: 10.1097/00005537-200110000-00009.
3. Spanio Di Spilimbergo S, Nordera P, Mardini S, Castiglione G. et al. Pedicled Temporalis Muscle Flap for Craniofacial Reconstruction: A 35-Year Clinical Experience with 366 Flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2017 Feb; 139(2):468e-476e. doi: 10.1097/PRS.0000000000003011.
4. Shanmugam S, Govindasamy G, Hussain SA. et al. Temporalis Muscle Flap in Head and Neck Reconstructions Is That Forgotten or Forbidden? Our Case Series and Review of Literature. *Indian J Surg Oncol* 2017; 8(3): 321–325 doi.org/10.1007/s13193-017-0656-z.
5. Clauser L, Curioni C, Spanio S. The use of the temporalis muscle flap in facial and craniofacial reconstructive surgery: A review of 182 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1995 Aug; 23(4):203-14. doi: 10.1016/s1010-5182(05)80209-4.
6. Cordeiro PG, Wolfe SA. The temporalis muscle flap revisited on its centennial: Advantages, newer uses, and disadvantages. *Plast Reconstr Surg*. 1996 Nov; 98(6):980-7. doi: 10.1097/00006534-199611000-00008.
7. Herr MW, Emerick KS, Deschler DG. The Supraclavicular Artery Flap for Head and Neck Reconstruction. *JAMA Facial Plast Surg*. 2014 Mar-Apr; 16(2):127-32 doi: 10.1001/jamafacial.2013.2170.