



RETALHO MICROVASCULAR DE FÍBULA PARA RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR PÓS-RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Rainde Naiara Rezende de Jesus¹; Lara Krusser Feltraco¹; José Luís Dissenha¹; Fernando Luiz Zanferari¹; Tayron Bassani²; Laurindo Moacir Sassi¹

1. Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR;
2. Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR;
E-mail: rainde.rezende@outlook.com



PE 93

INTRODUÇÃO:

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente invasivo, com predileção pela mandíbula em adultos. Sua variante convencional pode apresentar comportamento clinicamente mais agressivo, caracterizado pela invasão de tecidos moles adjacentes, associada a dor e aumento volumétrico significativo. Apesar do baixo potencial metastático, apresenta elevada taxa de recorrência, o que reforça a complexidade de seu manejo clínico-cirúrgico.

Abordagens terapêuticas mais radicais, fundamentadas em ressecções amplas são necessárias, sendo a mandibulectomia parcial com margens seguras a conduta preconizada. A reconstrução imediata com retalho microvascularizado de fíbula (RMF) constitui o padrão-ouro para reabilitação funcional e estética de grandes defeitos mandibulares, oferecendo vantagens biomecânicas e vasculares, alta taxa de integração óssea e baixo índice de complicações.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente feminina, 35 anos, com queixa de lesão ulcerada em mandíbula posterior à esquerda com evolução de 3 meses, com rápida progressão e aumento volumétrico em hemiface. Ao exame físico, observou-se lesão exofítica ulcerada, sugestiva de tumor maligno, medindo aproximadamente 3 x 2 cm (anteroposterior x lateromedial), associada a tumefação firme extraoral estendendo-se à região submandibular.



Fig. 1 – Fob clínic extraoral.

Fig. 2 – Fob clínic intraoral.

Fig. 3 – Radiografia panorâmica pré-operatória.

A biópsia incisional confirmou características de ameloblastoma convencional. Indicou-se mandibulectomia parcial, do corpo ao ramo mandibular, com margem ampla de 2 a 3 cm e preservação do côndilo, associada à linfadenectomia do nível I em razão da infiltração de partes moles. Realizou-se reconstrução imediata do defeito (8,3 cm, anteroposterior) com RMF esquerdo, previamente planejada por cirurgia virtual, fixado com miniplacas e parafusos do sistema 2.0 e anastomosado à artéria e veia facial, bem como à veia retromandibular, em procedimento multidisciplinar envolvendo as equipes de cirurgia bucomaxilofacial e de cabeça e pescoço.

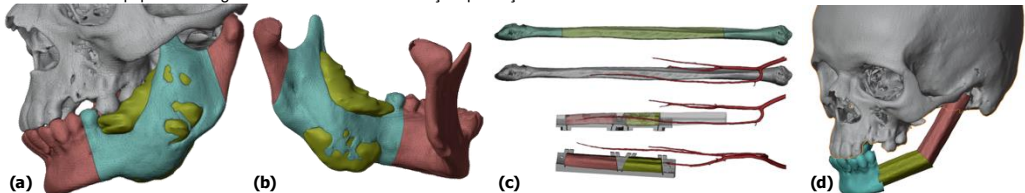


Fig. 4 – Planejamento virtual cirúrgico de mandibulectomia parcial, do corpo ao ramo mandibular, com margem ampla de 2 a 3 cm e preservação do côndilo (OrtoOnBlender). (a) Visão vestibular e (b) lingual da lesão; (c) osteotomia segmentar do enxerto de fíbula; e (d) reconstrução tridimensional do defeito anatômico.



Fig. 5 – Corte histológico (biópsia incisional – H&E, 40x).

Fig. 6 – Fob transoperatória da lesão tumoral – acesso de Weber-Ferguson.

Fig. 7 – Fob transoperatória do defeito anatômico.

Fig. 8 – Peça anatômica proveniente da ressecção segmentar.

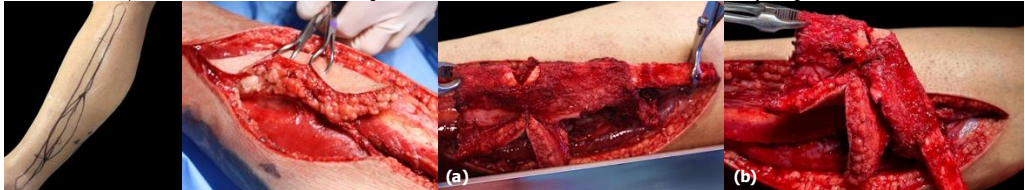


Fig. 9 – Demarcação anatômica da fíbula e linha de incisão.

Fig. 10 – Elevação subfascial da pele para identificação dos vasos perfurantes da ilha cutânea.

Fig. 11 – Segmento ósseo da fíbula ilustrando (a) a osteotomia segmentar, previamente planejada por meio de cirurgia virtual, (b) conforme as dimensões do defeito anatômico.

Fig. 12 – Fixação dos segmentos da fíbula realizada com miniplacas do sistema 2.0.



Fig. 12 – Fixação dos segmentos da fíbula realizada com miniplacas do sistema 2.0.

Fig. 13 – Placa interdental para bloqueio intermaxilar transoperatório.

Fig. 14 – RMF fixado ao coto de mandíbula com miniplacas e côndilo mandibular com miniplacas 2.0, previamente à anastomose.

Fig. 15 – Fob extraoral evidenciando mandíbula remanescente de corpo e côndilo mandibular com miniplacas região submandibular posterior.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

O ameloblastoma convencional, de comportamento clinicamente agressivo, demanda abordagens terapêuticas amplas. Dessa forma, a mandibulectomia parcial com margens seguras, associada à reconstrução imediata com RMF, mostrou-se eficaz tanto para o controle da doença quanto para o restabelecimento funcional e estético, contribuindo para a redução do risco de recorrência e para a melhora do prognóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Neville, Brad W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1263-1267.
2. Sassi, L. M., Pellini, R., Tamagno, G., De Stefano, A., & Succo, G. (2013). Reconstruction of mandible with microvascular fibula flap and extension of surface contact through stumps fenestration of the posterior surface of the fibula. *Oral Oncology*, 49(8), 794-798. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.03.425>