

Enxerto Dermogorduroso para Tratamento da Atrofia Hemifacial Progressiva

Dermis-fat Graft for Treatment of the Progressive Hemifacial Atrophy

José Thiers Carneiro Júnior^I | Aline Semblano Carreira Falcão^{II} | Paulo Cezar Torres^{III}

RESUMO

A atrofia hemifacial progressiva (síndrome de Parry-Romberg) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por atrofia facial unilateral, que afeta pele, subcutâneo, músculo e, raramente, estruturas osteocartilaginosas. As deformidades faciais, causadas pela doença, causam transtornos psicológicos e sociais aos pacientes acometidos. O tratamento consiste na correção dessas deformidades por meio da reposição de tecido que foi perdido em função da atrofia. Preenchimento com enxertos dérmico, gorduroso, cartilaginoso ou ósseo, injeção de silicone ou próteses de acrílico são alternativas sugeridas para correção da atrofia facial. O objetivo deste estudo é relatar um caso de atrofia hemifacial progressiva, tratada com enxerto dermogorduroso e demonstrar que essa manobra cirúrgica pode melhorar o aspecto estético da face do paciente com base na discussão dos aspectos terapêuticos dessa desordem.

Descritores: Hemiatrofia facial; Transplante; Transplante autólogo.

ABSTRACT

The progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome) is a rare disease of unknown etiology characterized by unilateral facial atrophy that affects skin, subcutaneous tissue, muscle, and rarely osteocartilaginous structures. Facial deformities caused by the disease cause social and psychological problems to affected patients. Treatment consists of correction of these deformities by replacing tissue that has been lost due to atrophy. Fill with grafts of dermal, fat, cartilage or bone, injection of silicone or acrylic prostheses are alternatives suggested to correct the facial atrophy. The aim of this study is to report a case of progressive hemifacial atrophy treated with dermis-fat graft and demonstrate that this surgical procedure may improve the aesthetic appearance of the patient's face and discuss the therapeutic aspects of this disorder.

Descriptors: Facial hemiatrophy; Transplantation; Transplantation autologous.

INTRODUÇÃO

A atrofia hemifacial progressiva, também conhecida como síndrome de Parry-Romberg, consiste, essencialmente, em uma atrofia progressiva dos tecidos moles de uma metade da face, que acomete o tecido subcutâneo, pele e mucosas,

com tardio envolvimento de músculos e estruturas osteocartilaginosas.^{1,2}

É uma desordem rara, de origem desconhecida, que ainda continua sendo uma condição mal compreendida.^{2,3} A hemiface esquerda é a mais atingida e pode estender-se para o hemicorpo ip-

I. PhD, Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Ophir Loyola, Belém PA/ Brasil.

II. DDS, Msc, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará-UFPA, Belém PA/ Brasil.

III. Mastologista, Cirurgia geral, Hospital da Ordem Terceira de São Francisco, Belém PA/ Brasil

silateral. Ambos os sexos são acometidos de forma igual, e a atrofia progride lentamente, por vários anos e, em seguida, torna-se estacionária.^{1,4}

Comumente, a atrofia limita-se à linha média e não se estende para o outro lado da face. Clinicamente, a pele da hemiface afetada pode ser seca, com pigmentação escura ou mesmo vitiligo, e uma linha de demarcação é vista entre a pele normal e anormal, o que tem sido denominado de “golpe de sabre”.²

Frequentemente, há o comprometimento oftalmológico, sendo mais comum a perda de gordura intraorbital e a enoftalmia, que é causada pela atrofia da gordura periorbitária. As complicações neurológicas mais comuns são neurite do trigêmeo, parestesia facial, dor de cabeça severa e convulsões.⁵

O tratamento deve basear-se na correção das deformidades faciais, visando à melhora do aspecto estético. Para isso, existe um grande número de abordagens, que vão desde a simples intervenção ortopédica-ortodôntica passando pela reabilitação protética até manobras cirúrgicas de preenchimento, como enxertos dérmico, gorduroso, cartilaginoso ou ósseo, inclusão de tantalium, acrílico e silicone sólido ou líquido e lipoenxertia autóloga.^{1,6}

O objetivo deste estudo é relatar um caso de atrofia hemifacial progressiva, tratada com enxerto dermogorduroso, para demonstrar que essa manobra cirúrgica pode melhorar o aspecto estético da face do paciente com base na discussão dos aspectos terapêuticos dessa desordem.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, procurou o serviço de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco com queixa estética de assimetria facial progressiva, iniciada no final da primeira década de vida.

Ao exame físico, foi observada assimetria facial

severa com o “golpe de sabre” característico. Mentão e nariz desviado para o lado esquerdo da face acometida, rima labial desviada para cima e para trás, atrofia do tecido subcutâneo e da musculatura da mímica e mastigatória. A enoftalmia era marcante devido à atrofia da gordura periorbitária, e a paciente referia, ainda, amaurose (Figura 1). A paciente apresentou déficit motor no lado afetado pela lesão. A cavidade oral apresentava-se simétrica, percebendo-se, apenas atrofia da metade esquerda da língua e mutilação dentária, o que contribuía para a deformidade estética.

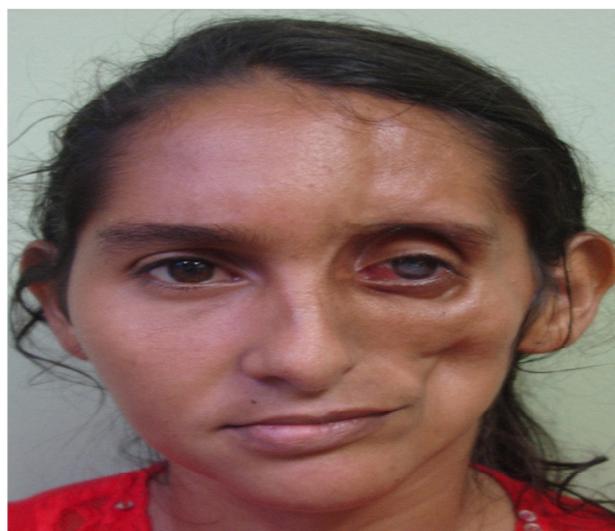


Figura 1 - Vista frontal da paciente com característica de atrofia hemifacial progressiva.

A paciente foi tratada com enxerto dermogorduroso removido da região suprapúbica após a remoção da camada epitelial, com espessura de 1,5 cm dobrada sobre o seu maior eixo, de modo que a gordura ficasse justaposta.

Realizou-se uma incisão pré-auricular, com extensão temporal e outra na região submandibular, dissecando-se à semelhança de uma ritidectomia.

O enxerto foi distribuído no seu leito receptor e segurado com sutura transfixante para, em seguida, ser realizada a sutura dos acessos com nylon 5.0 (Figura 2).

No pós-operatório, a paciente apresentou débito seroso pelo acesso submandibular que regrediu espontaneamente, apenas mantendo antibiótico-

terapia.

Após seis meses, foi necessário remover o excesso de tecido enxertado em regiões frontal e temporal para um melhor resultado estético. No pós-operatório de 18 meses, a paciente encontra-se reabilitada proteticamente, com sensível melhora do ponto de vista estético e psicológico (Figura 3).



Figura 2- Acesso pré-auricular com extensão temporal e submandibular, dissecação semelhante a uma ritidectomia (A). Enxerto dermogorduroso no leito receptor (B).



Figura 3- Vista frontal pós-operatório com melhora da estética facial.

DISCUSSÃO

A síndrome de Parry-Romberg é caracterizada por deformidades hemifaciais marcantes, que trazem transtornos psicológicos e sociais aos pacientes acometidos. Como sua etiologia permanece

obscura, o tratamento consiste na correção das deformidades causadas pela doença.^{1,2,3}

A correção dessas deformidades é baseada na reposição de tecido que foi perdido em função da atrofia. Enxertos autólogos oferecem menor risco de rejeição tecidual e, conseqüentemente, menor reação inflamatória local e sistêmica. Por outro lado, os enxertos autólogos de tecido gorduroso são os mais utilizados, uma vez que o tecido gorduroso é modelável, tem boa disponibilidade e de fácil acesso.¹

Em casos brandos, a simples terapia protética pode alcançar uma condição estética aceitável para o paciente, por ser de baixo custo e ser uma alternativa quando o paciente se sente receoso diante da cirurgia. Em casos moderados, o transplante livre de gordura autóloga pode oferecer bons resultados. É uma técnica de baixo custo, que apresenta mínima morbidade e sequelas cicatriciais, fator importante principalmente para os pacientes pediátricos quando o risco de cicatrização hipertrófica é elevado. Contudo, embora o procedimento possa ser repetido, uma reabsorção é esperada.⁷

O emprego de tecido autógeno é preferível a implante sintético, pois apresenta textura, contorno e expressões faciais mais naturais. O enxerto dermogorduroso fornece o volume necessário previsto, com boa textura e aparência do observado durante dinâmica da expressão facial. Como a parte dérmica proporciona maior relação enxerto-leito receptor, oferece a oportunidade de maior irrigação sanguínea com menor absorção de gordura. As desvantagens estão relacionadas à presença de cicatrizes (na face e no leito receptor) e formações císticas, que são pouco frequentes.⁸

As áreas doadoras mais usadas para o enxerto dermogorduroso são os tecidos das nádegas e o abdominal. Estudos apontam que o contorno da face fica melhor quando a parte dérmica está em contato com a superficialidade do leito receptor, permitindo maior vascularização, além de diminuir

o atrito sobre o tecido adiposo, evitando traumas, que levam à maior absorção.^{9,10}

No presente caso, foi utilizado enxerto dermogorduroso, de modo que a dobradura da derme ficasse para o lado externo, em contato com a parte superficial do leito receptor considerando-se as razões expostas na literatura. Observou-se que, embora apresente algumas desvantagens relacionadas a cicatrizes, essa técnica apresentou pouca reabsorção, proporcionando um resultado estético bem aceitável. Contudo, foi necessário um segundo tempo operatório para a remoção do excesso da enxertia na região frontal.

Conclui-se que a técnica do enxerto dermogorduroso junto com a reabilitação protética mostraram boa eficiência, melhora do ponto de vista psicológico e satisfação estética da paciente. Além disso, sugere-se ao se utilizar essa técnica com dobradura em que a derme protege o tecido adiposo, que seja utilizado somente o volume de enxerto necessário para evitar a sobrecorreção.

REFERÊNCIAS

1. Alencar JC, Andrade SH, Pessoa SG, Dias IS. Autologous fat transplantation for the treatment of progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome: case report and review of medical literature). *An Bras Dermatol*. 2011 Jul-Aug;86(4 Suppl 1):S85-8.
2. Sharma M, Bharatha A, Antonyshyn OM, Aviv RI, Symons SP. Case 178: Parry-Romberg syndrome. *Radiology*. 2012 Feb;262(2):721-5.
3. Budrewicz S, Koszewicz M, Koziorowska-Gawron E, Szewczyk P, Podemski R, Słotwiński K. Parry-Romberg syndrome: clinical, electrophysiological and neuroimaging correlations. *Neurol Sci*. 2012 Apr;33(2):423-7.
4. Duymaz A, Karabekmez FE, Keskin M, Tosun Z. Parry-Romberg syndrome: facial atrophy and its relationship with other regions of the body. *Ann*

Plast Surg. 2009 Oct;63(4):457-61.

5. Pinheiro TP, Silva CC, Silveira CS, Botelho PC, Pinheiro Md, Pinheiro J de J. Progressive Hemifacial Atrophy-case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006 Mar 1;11(2):E112-4.
6. Kodama Y, Miyazawa M, Fukuda J, Iida A, Ono K, Takagi R. Progressive hemifacial atrophy treated by orthodontic surgery. *Oral Science International*. 2005 Nov 2(2):131-5.
7. Drommer RB, Mende U. Free fat transplantation in the face. *J Craniomaxillofac Surg*. 1995 Aug;23(4):228-32.
8. Leaf N, Zarem HA. Correction of contour defects of the face with dermal and dermal-fat grafts. *Arch Surg*. 1972 Nov;105(5):715-9.
9. Tweed AE, Manktelow RT, Zuker RM. *Ann Plast Surg*. Facial contour reconstruction with free flaps. 1984 Apr;12(4):313-20.
10. Endo T, Nakayama Y, Matsuura E, Natsui H, Soeda S. Facial contour reconstruction in lipodystrophy using a double paddle dermis-fat radial forearm free flap. *Ann Plast Surg*. 1994 Jan;32(1):93-6.

ENDEREÇO AUTOR PRINCIPAL

José Thiers Carneiro Júnior

Rua Boaventura da Silva, 351 Belém, PA/ Brasil.

CEP: 66053-050

E-mail: jthiers53@uol.com.br