

MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)

5



MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)

5



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 5

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 5 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0137-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.377222804>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Uma definição categórica sobre as Ciências Médicas, basicamente, gira em torno do aspecto do desenvolvimento de estudos relacionados à saúde, vida e doença, com o objetivo de formar profissionais com habilidades técnicas e atuação humanística, que se preocupam com o bem estar dos pacientes, sendo responsáveis pela investigação e estudo da origem de doenças humanas, e além disso, buscando proporcionar o tratamento adequado para a recuperação da saúde.

O campo teórico da saúde no geral é um pilar fundamental, haja vista que todo conhecimento nas últimas décadas tem se concentrado nos bancos de dados que fornecem investigações e métodos substanciais para o crescimento vertical e horizontal do conhecimento. Atualmente as revisões bibliográficas no campo da saúde estabelecem a formação dos profissionais, basta observarmos a quantidade desse modelo de material produzido nos trabalhos de conclusão de curso das academias, assim como nos bancos de dados internacionais, onde revisões sistemáticas também compõe a geração de conhecimento na área.

Assim, formação e capacitação do profissional da área da saúde, em sua grande maioria, parte de conceitos e aplicações teóricas bem fundamentadas que vão desde o estabelecimento da causa da patologia individual, ou sobre a comunidade, até os procedimentos estratégicos paliativos e/ou de mitigação da enfermidade.

Dentro deste aspecto acima embasado, a obra que temos o privilégio de apresentar em cinco volumes, objetiva oferecer ao leitor da área da saúde exatamente este aspecto informacional, isto é, teoria agregada à formação de conhecimento específico. Portanto, de forma integrada, a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, proporciona ao leitor produções acadêmicas relevantes abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas.

Desejo uma proveitosa leitura a todos!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ANÁLISE DO AUMENTO DAS INTERNAÇÕES POR SARAMPO E DIMINUIÇÃO DA COBERTURA VACINAL NO PERÍODO DE 2010 A 2019 NO BRASIL

Yves Rangel Pereira

Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228041>

CAPÍTULO 2..... 11

AVALIAÇÃO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE UM GRUPO DE CORREDORES DE RUA DAS CIDADES DE JABOTICATUBAS E LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

Nataly Ventura Dias

Beatriz Silva Pereira Bernucci

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228042>

CAPÍTULO 3..... 22

CARCINOMA BASOCELULAR: TRATAMENTO COM CIRURGIA DE ROTAÇÃO DE RETALHOS (CRR)

Aline Custódio Silva


Andrea Evelyn Silva Rios Saad

Bruna Silva Rios Saad

Ívena Botelho Fiuza

Laís Silva Rios Saad

Matheus Reginato Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228043>

CAPÍTULO 4..... 25

CIRURGIA FUNCIONAL NO MELANOMA SUBUNGUEAL, QUAL O LIMITE?

Sarah Hulliane Freitas Pinheiro de Paiva

Luiz Fernando Martins Ferreira

Jadivan Leite de Oliveira

Lálya Cristina Sarmiento Freitas

Kássya Mycaela Paulino Silva

Kaique Torres Fernandes


Rafael Leal de Menezes

Priscila Ferreira Soto

João Paulo Morais Medeiros Dias

Débora Nobre de Queiroz Teixeira

Evelyn Bueno da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228044>

CAPÍTULO 5..... 33

DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANS (DFSP) INGUINAL MULTI RECORRENTE: RESSECÇÃO AMPLA E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO CUTÂNEO

ABDOMINAL


Sarah Hulliane Freitas Pinheiro de Paiva
Rafael Leal de Menezes
Jadivan Leite de Oliveira
Luiz Fernando Martins Ferreira
Priscila Ferreira Soto
Débora Nobre de Queiroz Teixeira
João Paulo Morais Medeiros Dias
Lálya Cristina Sarmiento Freitas
Kássya Mycaela Paulino Silva
Kaique Torres Fernandes
Evelyn Bueno da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228045>

CAPÍTULO 6..... 44

DOENÇA ONCOLÓGICA, MULTIDIMENSIONALIDADE E DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA ALÍVIO DA DOR


Andreia Tanara de Carvalho
Elizabeth Rosane Palharini Yoneda Kahl
Rosane Maria Sordi
Liege Segabinazzi Lunardi
Terezinha de Fátima Gorreis
Flávia Giendruczak da Silva
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228046>

CAPÍTULO 7..... 53

ENCEFALITE AUTOIMUNE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Vitória Lucchesi Ribeiro
Rafaella Rossi Ferramenta de Souza
Mariana Prado Severino
Gabriel Stoinski Frutuoso
Tercio de Campos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228047>

CAPÍTULO 8..... 56

FÍGADO E SUA ATUAÇÃO NO METABOLISMO DOS LÍPIDIOS-BREVE REVISÃO

Ana Cláudia Carvalho de Sousa
Ismaela Maria Ferreira de Melo
Valéria Wanderley Teixeira
Álvaro Aguiar Coelho Teixeira
Jaiurte Gomes Martins da Silva
Lais Caroline da Silva Santos
Marina Gomes Pessoa Baptista

Carolina Arruda Guedes
Maria Vanessa da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228048>

CAPÍTULO 9..... 64

INGUINODINIA APÓS TÉCNICA DE LICHTENSTEIN E TÉCNICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS (TEP E TAPP): REVISÃO SISTEMÁTICA


Mariana Fonseca Guimarães
Cirênio de Almeida Barbosa
Ronald Soares dos Santos
Weber Chaves Moreira
Tuian Santiago Cerqueira
Marcela de Matos Assunção

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3772228049>

CAPÍTULO 10..... 77

INTERRELAÇÕES DA VIOLÊNCIA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEAÇÃO SUICIDA


Tiago Medeiros Sales
Raimunda Hermelinda Maia Macena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280410>

CAPÍTULO 11 89

NEUROSSÍFILIS COM ACOMETIMENTO MESENCEFÁLICO: RELATO DE CASO

Juliana Oliveira de Almeida
Renata Soares Ferreira
Kirsten Araujo Melo
Allef Roberto Gomes Bezerra
João Vitor Nunes Sobreira Cruz
Pedro Thiago Simões Ferreira
Alice Cavalcante de Almeida Lins
Bruna Acioly Leão
Fernando Tenório Gameleira
Patrícia Pereira Nunes Ribeiro
Nayra Roberta Sales Salvador

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280411>

CAPÍTULO 12..... 98

O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Bruna Sayuri Oyadomari
Alecssander Silva de Alexandre


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280412>

CAPÍTULO 13..... 111

PERFURAÇÃO INTESTINAL INTRAÚTERO DEVIDO ÍLEO MECONIAL POR FIBROSE

CÍSTICA

Ariana Pinheiro Caldas
Rachel Roana
Walthon Pereira Miranda Jr
Denise Caldas Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280413>

CAPÍTULO 14..... 113

PROJETO VOLUNTÁRIO DO DIRETÓRIO ACADÊMICO PAULO MENDES: RELATO DE EXPERIÊNCIA


Lanúzia do Nascimento Moura
Júlia Lima Vieitas
Maria Fernanda Saka Moreira Dornellas
Rodrigo Cesar Carvalho Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280414>

CAPÍTULO 15..... 117

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA MONITORIA DO MÓDULO DE NUTROLOGIA


Lucas Carvalho Vasconcelos
Pedro Edson Martiniano Lopes
Laryssa Loá Martins pinto
Maria Beatriz Aguiar Chastinet
Lara Vasconcelos
Luiz Barbosa Da Silva Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280415>

CAPÍTULO 16..... 119

TRATAMENTO MULTIMODAL DO CÂNCER ORAL COM A MICROCIURURGIA RECONSTRUTORA E A RADIOTERAPIA ADJUVANTE USANDO RETALHOS MICROCIURÚRGICOS DIFERENTES: UMA SÉRIE DE CASOS

Wilber Edison Bernaola-Paredes
Mônica Lúcia Rodrigues
Henrique Perez Carvalho
Fernando dos Santos Bittencourt
Sergio Leonardo Favareto
Arthur Ferrari de Arruda
Henrique Rocha Mazorchi Veronese
Felipe D'Almeida Costa
Nicholas Pascuotte Filippetti
Hugo Fontan Kohler
José Guilherme Vartanian
Antônio Cássio Assis Pellizzon


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280416>

CAPÍTULO 17..... 134

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POR ADENOCARCINOMA: RELATO DE CASO

Tássia Faller Tetemann

Rovena Onofre dos Santos
Taynara Oliveira Sena
Stéfany Jacobsen
Victor Delevedove Mendes
Leandro José Krause Binda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37722280417>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	139
ÍNDICE REMISSIVO.....	140

CAPÍTULO 16

TRATAMENTO MULTIMODAL DO CÂNCER ORAL COM A MICROCIURURGIA RECONSTRUTORA E A RADIOTERAPIA ADJUVANTE USANDO RETALHOS MICROCIRÚRGICOS DIFERENTES: UMA SÉRIE DE CASOS

Data de aceite: 01/04/2022

Wilber Edison Bernaola-Paredes

Departamento de Rádio-Oncologia, A.C.
Camargo Cancer Center
São Paulo, Brasil

Mônica Lúcia Rodrigues

Departamento de Cirurgia de Cabeça e
Pescoço & Otorrinolaringologia, A.C. Camargo
Cancer Center
São Paulo, Brasil

Henrique Perez Carvalho

Departamento de Cirurgia de Cabeça e
Pescoço & Otorrinolaringologia, A.C. Camargo
Cancer Center
São Paulo, Brasil

Felipe D'Almeida Costa

Researcher holder , Department of Anatomic
Pathology, A.C. Camargo Cancer Center, Sao
Paulo, Brazil
ORCID: 0000-0001-6484-6548

Fernando dos Santos Bittencourt

Departamento de Cirurgia de Cabeça e
Pescoço & Otorrinolaringologia, A.C. Camargo
Cancer Center
São Paulo, Brasil

Sergio Leonardo Favareto

Departamento de Rádio-Oncologia, A.C.
Camargo Cancer Center
São Paulo, Brasil

Arthur Ferrari de Arruda

Departamento de Anatomia Patológica, A.C.
Camargo Cancer Center
São Paulo, Brasil

Henrique Rocha Mazorchi Veronese

Departamento de Estomatologia, Centro
Universitário "UNIFAMINAS"
Muriaé, Minas Gerais, Brasil

Nicholas Pascuotte Filippetti

Departamento de Rádio-Oncologia, A.C.
Camargo Cancer Center
São Paulo, Brasil

Hugo Fontan Kohler

Departamento de Cirurgia de Cabeça e
Pescoço & Otorrinolaringologia, A.C. Camargo
Cancer Center
São Paulo, Brasil

José Guilherme Vartanian

Department of Head and Neck Surgery and
Otorhinolaryngology, A.C. Camargo Cancer
Center, São Paulo, Brazil
ORCID: 0000-0003-1995-6742

Antônio Cássio Assis Pellizzon

Departamento de Rádio-Oncologia, A.C.
Camargo Cancer Center
São Paulo, Brasil

RESUMO: Introdução: A cirurgia ablativa do câncer oral, independente do subtipo histológico, acarreta defeitos teciduais amplos e danos funcionais e estéticos. O uso de retalhos livres microvascularizados tem sido amplamente utilizado na reconstrução após ressecção, com taxas de sucesso satisfatórias juntamente à radioterapia adjuvante. **Objetivos:** O presente estudo visa descrever a microcirurgia reconstrutora de quatro casos de carcinomas

orais a partir do uso de diferentes tipos de retalhos livres microvascularizados, e a radioterapia adjuvante realizada antes e após cirurgia. **Série de casos:** Quatro pacientes foram submetidos à microcirurgia reconstrutora após ressecção cirúrgica de câncer oral, a partir do uso de retalhos livre microvascularizados do antebraço, osteomiocutâneo de fíbula e musculocutâneo da coxa. A radioterapia adjuvante foi realizada em dos pacientes. Após 03 meses da reconstrução microcirúrgica e a radioterapia adjuvante observou-se estabilidade clínica dos retalhos posicionados. **Conclusão:** Defeitos teciduais extensos após ressecções de carcinomas orais podem ser tratados com sucesso a partir de microcirurgia reconstrutora com uso de diferentes tipos de retalhos microvascularizados. A radioterapia adjuvante para o controle local da doença mostrou-se satisfatória e não observaram-se alterações nos retalhos colocados.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma de células escamosas da cavidade oral; reconstrução mandibular; cirurgia microreconstrutora; radioterapia adjuvante; retalhos livres microvascularizados.

MICROVASCULAR RECONSTRUCTION AND ADJUVANT RADIOTHERAPY AS MULTIMODAL TREATMENT IN ORAL CARCINOMA USING DIFFERENT FREE FLAPS: A CASE SERIES

ABSTRACT: INTRODUCTION: Ablative surgery for oral cancer, irrespective of the histological subtype, causes large tissue defects, functional and aesthetic damage. Microsurgical free flaps have been widely used in reconstruction after resection, with satisfactory success rates in conjunction with adjuvant radiotherapy (RT). This study aims to describe our experience of multimodal treatment of four cases diagnosed with Oral Carcinoma based on the use of different types of microvascular free flaps, and RT performed. CASE SERIES: Four patients underwent reconstructive microsurgery after surgical resection of oral cancer, using three types of free flap: radial forearm fasciocutaneous, osteomyocutaneous fibular, and anterolateral thigh musculocutaneous flaps; RT was performed in two patients. In the period of 03 months after microsurgical reconstruction and RT, clinical stability of the flaps was observed. CONCLUSION: After resection of oral carcinomas, extensive tissue defects can be successfully treated with reconstructive microsurgery using different types of microvascular free flaps. RT for local disease control is a feasible option and did not seem to interfere with the survival of flaps placed.

KEYWORDS: Oral squamous cell carcinomas; mandibular reconstruction; reconstructive surgical surgery; adjuvant radiotherapy; microsurgical free flaps.

1 | INTRODUÇÃO

O carcinoma de cabeça e pescoço é a sexta neoplasia maligna mais comum em todo o mundo e responsável por aproximadamente 90% dos cânceres orais (1). Sua incidência em mucosa gengival é rara, e pouca atenção tem sido direcionada a este local em específico (2).

O carcinoma Espinocelular de mucosa gengival (CECMG) representa cerca de

25% dos casos de carcinomas espinocelulares orais (3), com características clínicas e patológicas variáveis de acordo com as diferentes regiões mundiais (2). O CECMG possui maior predileção por idosos, com média de idade superior a 60 anos, e o envolvimento da mucosa gengival mandibular tem sido o mais observado (2)(4). Por outro lado, o Carcinoma Verrucoso Oral (CVO) é uma variante menos frequente, responsável pelo 2-12% de todos os carcinomas orais. Apresenta-se como uma lesão exofítica, de crescimento lento e bem localizada, com lesões verrucosas mamiladas ou placa branca espessa e indolor de aspecto de couve-flor, e que são localizadas na região de mucosa jugal, rebordo alveolar residual gengival, língua, lábio, e assoalho bucal com taxas de metástases pouco relatadas, sendo sua maior incidência em pacientes idosos (5)(6).

Clinicamente, CECMG se apresenta como uma lesão eritematosa, leucoplásica ou mista, de aspecto exofítico, verrucoso ou ulcerado, associada ao afrouxamento dentário, edema, dormência labial e sintomatologia dolorosa (2)(4). Além disso, devido à espessura delgada da mucosa gengival e do tecido conjuntivo subjacente e à ausência de musculatura local, os pacientes com CECMG frequentemente experimentam uma infiltração da medular óssea de forma rápida, o que aumenta as chances de metástases à distância e locorreionais, e reduz a taxa de sobrevida global e livre de doença dos pacientes (7).

Entretanto, apesar do aspecto maligno da condição, o CECMG particularmente tende a possuir características benignas, o que pode promover atrasos e/ou equívocos diagnósticos. Dentre os diagnósticos clínicos diferenciais dos CECMG se destacam as doenças periodontais e periapicais, o granuloma piogênico, o granuloma periférico de células gigantes, o fibroma ossificante periférico, o líquen plano e lesões inflamatórias ou reativas inespecíficas (2)(4).

O tratamento cirúrgico a partir da ressecção marginal ou segmentar do tumor primário com margens de segurança, associado ou não ao esvaziamento cervical e à radioterapia e/ou quimioterapia pós-operatórias tem sido a abordagem terapêutica primária escolhida pela maioria dos estudos para o manejo do CECMG, sendo orientada, principalmente, pela extensão e estadiamento da lesão (2)(7). Niu et al. (2016) e Yang et al. (2015) observaram em seus estudos uma taxa de sobrevivência geral após 5 anos de aproximadamente 72% em casos de acometimento da gengiva mandibular e 57% em gengiva maxilar, respectivamente.

Entretanto, os tratamentos ressectivos da lesão promovem defeitos teciduais amplos, com danos funcionais e estéticos ao paciente. Frente a isto, as reconstruções com placas e microcirurgias se tornaram uma opção efetiva para a reabilitação oral destes pacientes, caracterizando-se como um desafio ao cirurgião nos casos mais amplos (2)(8). No caso de defeitos extensos palatino-maxilares produto da ressecção cirúrgica de cânceres na região da maxila, palato duro e/ou palato mole, com alto índice de morbidade e implicações funcionais e psicológicas decorrentes de importantes complicações tais como disfagia, vazamento de alimentos e líquidos para cavidade nasal, função mastigatória deficiente,

fala hipernasal, e perda de suporte para tecidos moles médio-faciais. A reabilitação oral é imprescindível, a qual visa restaurar os limites divisórios entre a cavidade bucal e nasal e restabelecer as funções do sistema estomatognático (9)(10), por isso, o uso de retalhos microvascularizados e próteses obturadoras são amplamente utilizadas para reabilitação dos defeitos palatino-maxilares, com prognósticos satisfatórios (11).

Inúmeras variações de retalhos microvasculares foram relatadas na literatura para a reconstrução tecidual após ressecção de neoplasias orais malignas, com resultados previsíveis, relativas baixas complicações e taxas de sucesso superiores a 90% (12). Reconstruções a partir de retalho radial do antebraço, retalho fibular, retalho lateral do braço, retalho anterolateral de coxa, dentre outros, são amplamente utilizados (2)(8) (12). Estas reconstruções pós-cirúrgicas, quando bem-sucedidas, promovem melhorias substanciais na qualidade de vida dos pacientes e se associam a um aumento na sobrevivência global dos mesmos, principalmente em casos avançados da lesão (8).

O presente estudo visa descrever os aspectos clínicos, de imagem, histopatológicos e terapêuticos de casos de pacientes tratados por câncer de cavidade oral, com ênfase nas técnicas de reconstrução microcirúrgicas a partir do uso de diferentes tipos de retalhos livres microvascularizados.

2 | SÉRIE DE CASOS

Caso 1:

Paciente homem de 82 anos que foi diagnosticado com múltiplas lesões papilomatosas na região da mucosa jugal e na borda lateral esquerda da língua, compareceu à instituição com a queixa da lesão ter voltado, sendo que foi submetido à ressecção cirúrgica em dezembro de 2020. Após a biópsia incisional, a análise anatomopatológica confirmou o diagnóstico de Carcinoma Verrucoso (CV). A terapêutica foi baseada no estadiamento clínico da lesão, segunda última edição dos Tumores de Cabeça e Pescoço pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual de pT1N0M0, e decidiu-se pela ressecção cirúrgica completa. Desta forma, uma extensa pelveglossectomia foi realizada, a qual se estendeu à região da mucosa de lábio inferior (**FIGURA 1A-B**). Finalmente, o paciente foi submetido à reconstrução microcirúrgica com retalho microvascularizado de antebraço com a finalidade de se obter um ganho de tecido mole e desta forma viabilizar-se a reabilitação maxilofacial da região (**FIGURA 1C**). O exame anatomopatológico da peça confirmou o diagnóstico de CEC bem diferenciado, subtipo verrucoso, com extensão lateral de 1,0 cm e profundidade de infiltração de 4,0 mm, sem invasão perineural ou linfovascular. Após o laudo anatomopatológico confirmar que as margens cirúrgicas foram livres de neoplasia (>5 mm), terapias adjuvantes não foram indicadas.

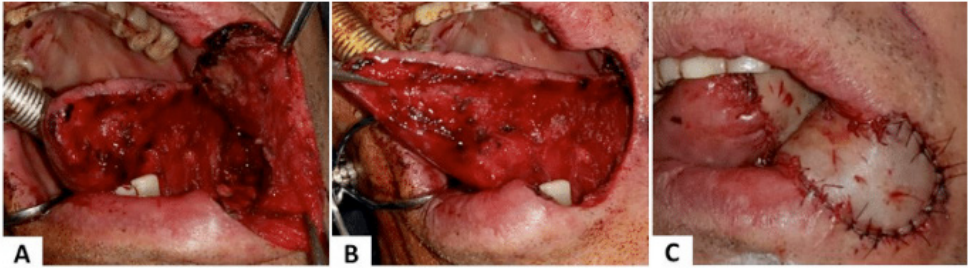


Figura 1. Reconstrução microcirúrgica após cirurgia ablativa de remoção de Carcinoma Verrucoso de gengiva inferior. Nas Figuras A-C, apresenta-se as fases pós remoção do tumor, no qual usou-se o retalho pediculado microcirúrgico de antebraço para reconstrução do defeito.

Caso 2:

Paciente homem de 62 anos compareceu à nossa instituição diagnosticado com Carcinoma Espinocelular (CEC) de língua, cujo estadiamento clínico foi de cT4aN2bM0 e que foi tratado com quimioterapia concomitante à radioterapia exclusiva em 2015. A Radioterapia (RT) foi realizada através da técnica 3D (Conformada Tridimensional), com dose total de 70Gy em tumor e linfonodos comprometidos, e 44Gy na fossa supraclavicular (FSC) e cérvico-faciais (CFs), em um total de 35 frações (**FIGURA 2A-D**). Após nova biópsia incisional na região do rebordo gengival direito em 2019, a recorrência foi confirmada. Sendo assim, a ressecção cirúrgica foi realizada a qual consistiu em uma pelveglossomandibulectomia à direita (**FIGURA 3A-B**), com esvaziamento cervical supraomohiideo dos níveis I a III à direita e a reconstrução microcirúrgica foi realizada através de retalho livre microvascularizado osteomiocutâneo de fíbula (**FIGURA 3C-D**), com reposicionamento do retalho tecidual (**FIGURA 3E-F**). O exame anatomopatológico evidenciou lesão bem diferenciada com profundidade de infiltração de 6,0 mm, sem invasão perineural ou linfovascular, porém com margens ósseas cirúrgicas comprometidas pela neoplasia. Foi decidido através de consenso multidisciplinar (Tumor Board) realizar radioterapia adjuvante através de protocolo institucional de re-irradiação dos cotos mandibulares ainda acometidos pelo tumor após ressecção. Foi realizado com Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) na dose total de 35Gy, dividida em 5 sessões de 700cGy na região acometida, em dias alternados, a qual foi finalizada satisfatoriamente sem complicações locorregionais (**FIGURA 4A-D**).

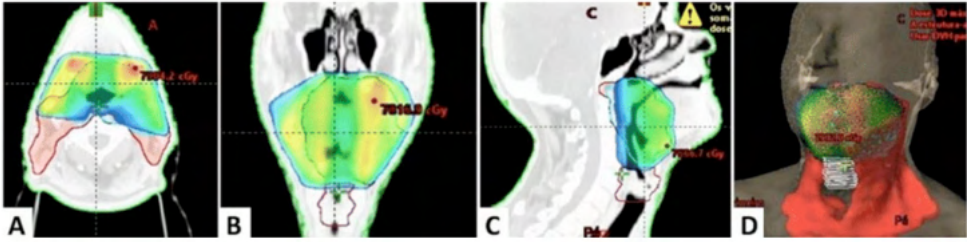


Figura 2. Radioterapia adjuvante (RT) inicial. Nas Figuras A-D, apresenta-se a RT com técnica 3D em 2015 e observa-se a distribuição de dose entre 7000 e 7932 cGy na primeira irradiação.

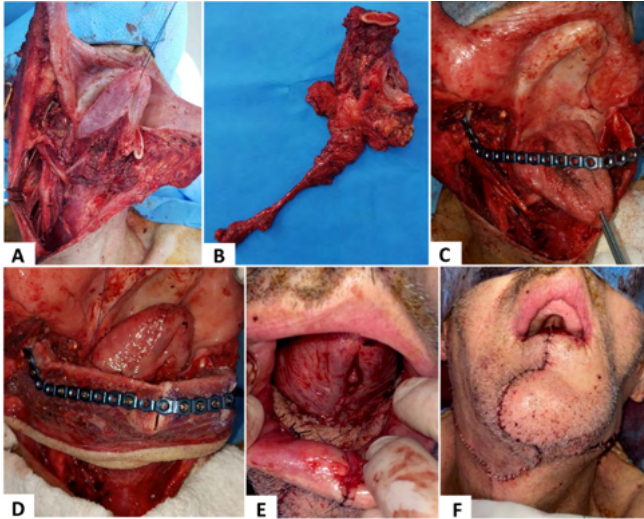


Figura 3. Reconstrução microcirúrgica de recidiva de CEC em mandíbula. Nas Figuras A-B, apresenta-se o leito cirúrgico após mandibulectomias segmentar à direita e remoção de tumor. Nas Figuras C-D, observa-se a colocação de placa de reconstrução de titânio para para contorno mandibular e fixação do retalho osteomiocutâneo de fíbula. Nas **Figuras E-F**, apresenta-se o pós-operatório imediato intra e extra oral após posicionamento do retalho.

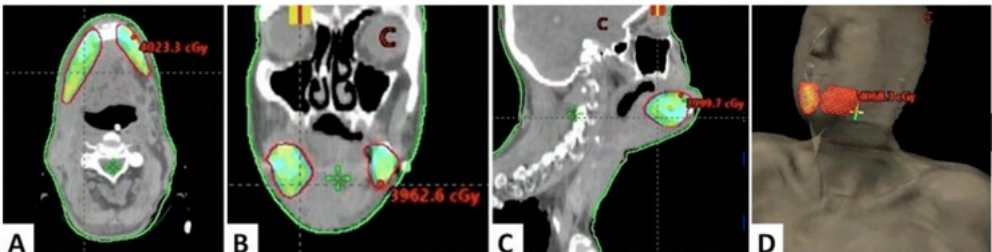


Figura 4. Nas **Figuras A-D**, a RT foi realizada através da técnica de IMRT com uma distribuição da dose entre 3500 e 4068,3cGy, protocolo de re-irradiação aplicado nos cotos mandibulares.

Caso 3:

Paciente homem de 75 anos comparece à instituição com a queixa de lesão ulcerada

na gengiva do rebordo alveolar residual inferior do lado esquerdo, com exposição óssea e que se estendia à região da pele ipsilateral, associado ao trauma crônico por prótese mal-adaptada. Com histórico de adenocarcinoma de estômago como primeiro tumor primário, diagnosticado em 2014 e tratado em 2015. Após avaliação clínica, imagiológica e a biópsia incisional realizada em novembro de 2020, o diagnóstico de CEC foi confirmado, e o paciente relatou que iniciou o tratamento com três ciclos de quimioterapia neoadjuvante (Taxol + cisplatina-CCDP). O estadiamento clínico inicial da lesão foi de cT4N0M0, sendo assim, a ressecção cirúrgica completa em abril de 2021 foi realizada e consistiu na pelvemandibulectomia segmentar esquerda ampliada para pele e o espaço mastigatório ipsilateral, com esvaziamento cervical supraomohioideo I-III à esquerda (**FIGURA 5A-B**). A reconstrução microcirúrgica foi realizada com retalho livre microvascularizado musculocutâneo de coxa (**FIGURA 5C-D**), com a finalidade de se obter ganho de tecido mole na região para futuramente a reabilitação maxilofacial seja viabilizada, apresentando evolução pós-operatória satisfatória (**FIGURA 5E-F**).

O exame anatomopatológico evidenciou lesão moderadamente diferenciada com profundidade de infiltração de 2,0 cm, com invasão perineural presente e infiltração óssea cortical de padrão erosivo. As margens cirúrgicas foram livres de neoplasia.

A radioterapia adjuvante foi indicada através da técnica de IMRT com dose total de 60Gy no leito tumoral e 54Gy na região dos linfonodos da cadeia supramoioidea Ib-III à esquerda seguindo a trajetória do ramo mandibular do nervo trigêmeo (V3) até a base de crânio, dividida em 30 frações (**FIGURA 5G-H**). Paralelamente à RT, a prevenção de mucosite radioinduzida foi estabelecida através de protocolo de fotobiomodulação (laserterapia) em toda a mucosa oral e estruturas adjacentes ao retalho posicionado, durante todo o período da RT.

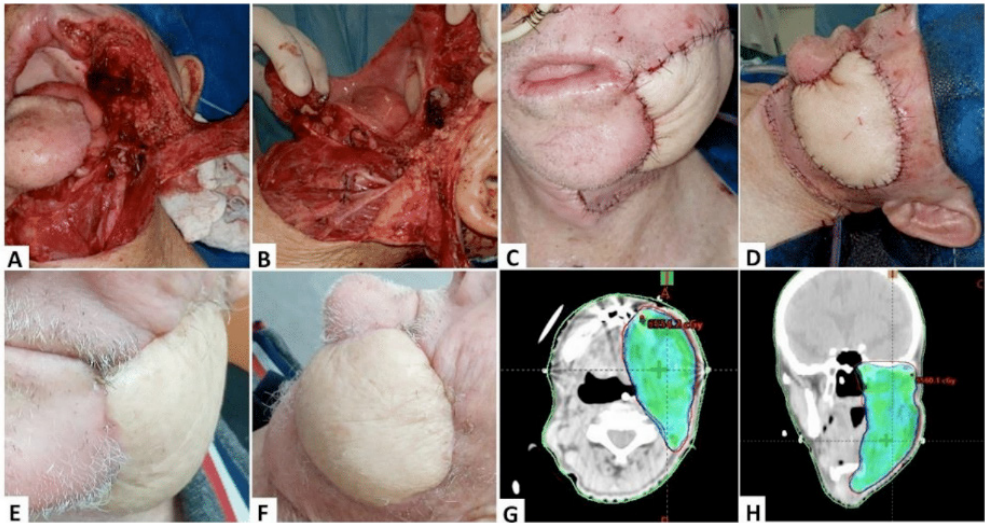


Figura 5. Terapia multimodal após cirurgia ablativa de CEC de rebordo gengival. Nas **Figuras A-D**, observa-se o leito cirúrgico após pelvemandibulectomia o qual estende à pele ipsilateral e reconstrução com retalho musculocutâneo de coxa. Nas **Figuras E-F**, observa-se dois meses de pós-operatório e na nona sessão de RT. Nas **Figuras G e H**, apresenta-se o plano de tratamento associado à técnica IMRT e distribuição de dose entre 6000 e 6681,6cGy nos planos axial e coronal, respectivamente.

Caso 4:

Paciente mulher de 68 anos compareceu à consulta após ter relatado lesão na região posterior de palato duro. Anteriormente, a paciente foi submetida à pelveglossectomia, esvaziamento cervical à direita e supraomohioideo à esquerda e reconstrução microcirúrgica com retalho musculocutâneo de peitoral maior devido ao diagnóstico de CEC de língua em março de 2017, com estadiamento clínico cT4aN2cM0 e patológico após terapêutica de pT4apN2aM0. Posteriormente, em junho de 2020 realizou biópsia incisional em lesão com aspecto de couve-flor na região do palato duro, sendo que se tratava de um papiloma escamoso ulcerado após análise histopatológica. Após uma segunda biópsia incisional no palato duro em fevereiro de 2021, o diagnóstico de CEC foi confirmado. A terapêutica baseou-se na ressecção cirúrgica completa em abril de 2021 através de maxilectomia inframesoestrutural bilateral ampliada para palato mole (**FIGURA 6A-B**), sendo que a reconstrução microcirúrgica foi realizada com retalho pediculado com espessura de pele total de antebraço à esquerda devido à extensão do defeito e a impossibilidade de colocação de prótese obturadora. O exame anatomopatológico evidenciou lesão bem diferenciada, com profundidade de infiltração de 1,5 mm, estadiamento patológico T4N0 e margens cirúrgicas livres de neoplasia, não sendo indicadas terapias adjuvantes. Atualmente e após 03 meses, a paciente apresentou evolução clínica satisfatória da área cirúrgica (**FIGURA 6C**) e realiza acompanhamento com o Serviço de Fonoaudiologia e Nutrição devido à disfagia moderada apresentada.

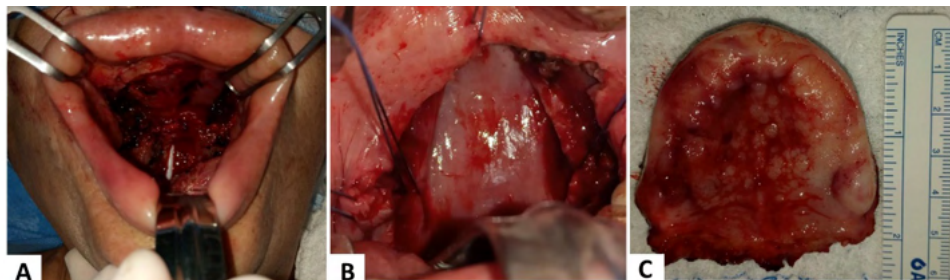


Figura 6. Ressecção cirúrgica de CEC em palato duro. Na Figura A, observa-se o leito cirúrgico após maxilectomia bilateral ampliada para palato mole. Na Figura B, apresenta-se a peça cirúrgica após ressecção do palato.

A análise histopatológica foi realizada em todos os casos conforme descrita na **FIGURA 7A-D**. Em todos os casos após 06 meses de acompanhamento (follow-up) mostrou-se uma boa condição clínica e satisfatória dos retalhos posicionados como apresentado na **FIGURA 8A-G**.

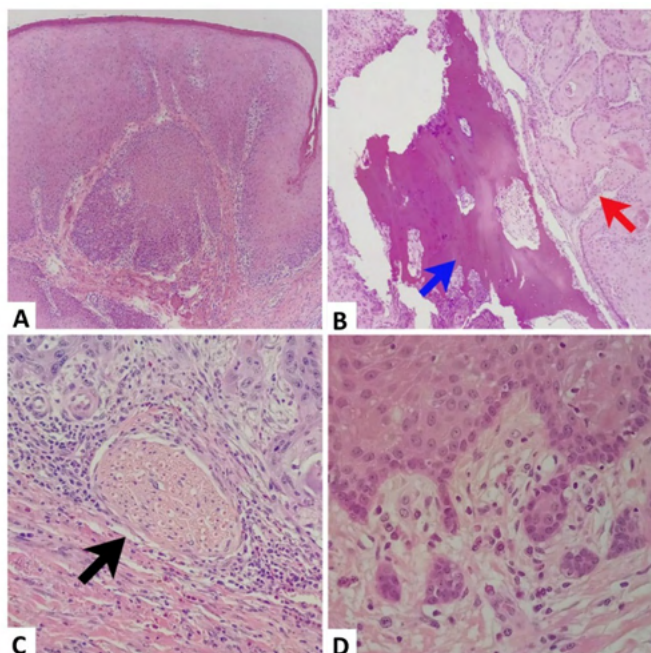


Figura 7. Análise histopatológica com Hematoxilina & Eosina (HE). **A)** Caso 1 (HE, 40x); Carcinoma de células escamosas bem diferenciado com atipias celulares mínimas e frente de invasão ampla, característicos do subtipo verrucoso. **B)** Caso 2 (HE, 100x); Carcinoma de células escamosas bem diferenciado em área de infiltração óssea próxima à margem anterior. Nota-se remanescente de tecido ósseo (seta azul) em meio à neoplasia (seta vermelha). **C)** Caso 3 (HE, 100x); Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado em área de invasão perineural. Nota-se nervo (seta) em meio ao estroma desmoplásico. **D)** Caso 4 (HE, 100x); Carcinoma de células escamosas bem diferenciado com padrão de invasão tipo 4 (células isoladas ou grupamentos de menos de 15 células na periferia do tumor).

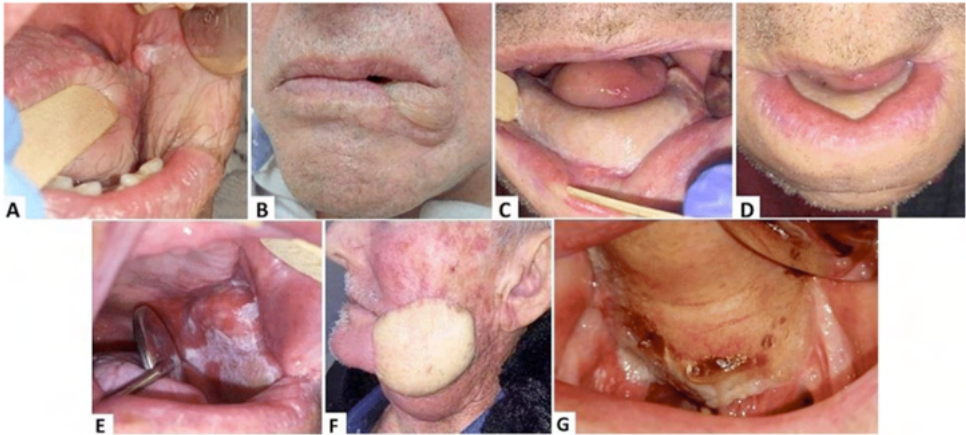


Figura 8. Avaliação clínica pós-operatória de 3 meses. **A-B) Caso 1;** Exame intra e extra-oral que mostra o bom aspecto do retalho em ambas localizações. **C-D) Caso 2;** Estabilidade do retalho intra e extra-oral, sem sinais flogísticos ou falha clínica após reconstrução e RT. **E-F) Caso 3;** Apresenta-se áreas de mucosite na região do retalho intraoral após término da RT adjuvante e Radiodermite Grau 1 na região extraoral. **G) Caso 4;** Ferida operatória em processo de cicatrização após 03 meses de posicionamento do retalho para cobertura de defeito na região do palato.

3 | DISCUSSÃO

O câncer de cabeça e pescoço ainda se constitui uma doença desafiadora para a equipe multiprofissional, embora técnicas de rastreamento e de diagnóstico tenham superado limitações anteriormente difíceis, e que com o avanço das técnicas é possível determinar os fatores prognósticos e preditores (13)(14). O CEC de cavidade oral é o subtipo histopatológico com maior prevalência na região, sendo que a incidência é variável e ainda mais a depender da topografia acometida (1)(8)(13). O Carcinoma de gengiva, nos seus diversos tipos histológicos, é pouco frequente e muitas vezes de difícil diagnóstico e que acarreta atrasos no estabelecimento da conduta terapêutica (2)(4).

O diagnóstico diferencial com lesões de origem odontogênica e não odontogênica está bem estabelecido na literatura, sendo infecções tais como granuloma piogênico, lesões de origem viral e fúngica e associadas a tratamento endodôntico às principalmente relatadas (2)(4). O estadiamento clínico segundo a classificação atual para tumores na região de cabeça e pescoço tem facilitado as condutas terapêuticas estabelecidas, que abrange de ressecções cirúrgicas de médio a grande porte, visando a obtenção de margens livres após ressecção e em consequência um aumento na taxa de sobrevivência global, sobrevivência livre de doença e sobrevivência livre de progressão (14). Por outro lado, as terapias adjuvantes associadas à cirurgia favorecem um melhor controle local, ou seja, uma redução na falha clínica local e nas metástases à distância (15).

Os tumores iniciais são altamente curáveis por cirurgia ou radioterapia, e a escolha do tratamento é feita com vistas a um melhor resultado cosmético e funcional. Já para os

tumores avançados qualquer uma das duas modalidades isoladas oferece baixas taxas de controle local e a combinação das duas deve ser sempre considerada. Alguns casos avançados não são passíveis de tratamento cirúrgico, restando a radioterapia como única opção terapêutica radical, (15). Na última década tem-se observado um crescimento da associação da quimioterapia e radioterapia, sendo a primeira com finalidade citorrredutora ou potencializadora da segunda. A maioria das falhas de tratamento ocorre durante os dois primeiros anos, sabendo-se que o risco de desenvolvimento de um segundo tumor primário e/ou recidiva tumoral ocorre em 20 a 30% dos pacientes, basicamente no trato aero-digestivo superior (16)(17).

Histologicamente, os CEC da cavidade oral tendem a ser bem ou moderadamente diferenciados, sendo caracterizados por células com citoplasma amplo e eosinofílico, núcleos redondos com hiper cromasia discreta e desmossomos evidentes, além de áreas frequentes de disqueratose e pérolas córneas. Os CEC pouco diferenciados, menos frequentes, exibem maior atipia celular e perda das características escamosas, sendo por vezes necessário estudo imuno-histoquímico para sua definição diagnóstica (18) (19).

O grau de diferenciação por si só não tem correlação direta com o prognóstico, sendo os principais fatores de risco histológicos a profundidade de infiltração maior que 4 mm, invasão perineural ou linfovascular, infiltração óssea e padrões de infiltração agressivos (20). A classificação pelo pior padrão de infiltração é convencionalizada na literatura em padrões de 1 a 5, com os padrões 4 (células isoladas ou grupamentos de menos de 15 células) e 5 (nódulos satélite com distância maior de 1 mm da neoplasia) tendo prognósticos menos favoráveis (20).

Dentre os subtipos conhecidos do carcinoma de células escamosas, o Carcinoma verrucoso é caracterizado por crescimento exofítico com frente de invasão expansiva e atipias celulares mínimas, sendo considerado de bom prognóstico e não-metastazante (ainda que possa progredir para ou coexistir com um CEC convencional) (18).

O carcinoma de gengiva, independentemente do tipo histológico, em ambas as arcadas dentárias têm comportamentos semelhantes, sendo o tipo histológico mais frequente o CEC. A drenagem linfática desta região anatômica é preferencialmente para os níveis Ib e II (região submandibular e júbulo-digástrica). Aproximadamente 30% dos pacientes apresentam-se com linfonodos comprometidos à admissão quando as lesões são de gengiva inferior. No caso da gengiva superior, o índice de acometimento é de 13 a 24%. A ressecção cirúrgica local com rotação de retalho é melhor opção para os tumores em estádios iniciais de gengiva inferior, devido à baixa tolerância da mandíbula a altas doses de irradiação. Por outro lado, lesões superficiais de gengiva superior que acometem o palato duro ou mole podem ser tratadas com radioterapia, o que minimiza o defeito que poderia ser ocasionado pela cirurgia. No entanto, lesões localmente avançadas com destruição da cortical óssea e linfonodos positivos devem ser tratadas com associação de cirurgia e radioterapia pós-operatória (15)(16).

A cirurgia reconstrutiva da região da cabeça e pescoço é um campo bem estabelecido em muitos centros, entretanto, a preparação e a experiência para ressecções extensas, as quais resultam em defeitos de espessura total e em consequentes futuras reconstruções, podem variar. Nesse contexto, o subtratamento dos pacientes pode vir a ocorrer, promovendo danos nos resultados oncológicos e funcionais em termos de qualidade de vida pós-terapêutica. Dentre os tipos de retalhos livres usados para reparo dos defeitos em cavidade oral descritos com maior frequência se destacam o retalho anterolateral da coxa (82,7%), o retalho radial do antebraço (9,1%), o retalho da escápula (9,1%), o retalho da fíbula (6,1%) e o músculo latíssimo retalho dorsal (3%). Ressecções extensas de tumor na área de cabeça e pescoço, incluindo as de espessura total, são viáveis, e a reconstrução com retalhos livres torna-se uma ferramenta versátil para restaurar a função e a estética, ao mesmo tempo que fornece taxas aceitáveis de controle local da doença. O retalho anterior de coxa é a alternativa mais versátil para reconstrução dos defeitos extensos, haja vista seu volume, bom comprimento do pedículo e baixa morbidade da área doadora. Além disso, a necessidade geral de retalhos maiores para defeitos de espessura total pode acarretar um risco maior de falha do retalho (21).

Embora a quimiorradiação primária seja uma opção relevante para alguns pacientes com doença localmente avançada, fatores como localização do tumor, realização prévia de terapia adjuvante em casos de tumores recorrentes, razões médicas ou inerentes aos pacientes e especialistas em tratamento, tornam a cirurgia radical a opção terapêutica principal para estes casos. A radioterapia (RT) adjuvante oferece boas taxas de controle local e regional, principalmente após abordagem cirúrgica primária, com vantagens que se baseiam na possibilidade de obtenção de resultados clínicos satisfatórios junto à ressecção completa do tumor, o que pode auxiliar na detecção e tratamento de possíveis metástases em linfonodos ocultos e na restauração de áreas onde a extensão tumoral seja acentuada, reduzindo o volume tumoral quando a RT for aplicada (21).

A RT pré-operatória está associada a um maior risco de falha do retalho livre e futuras complicações. Sabe-se que, a RT causa alterações vasculares microscópicas e macroscópicas. No entanto, num estudo recente no qual foram incluídos 19 pacientes que haviam sido submetidos à RT pré-operatória, apresentaram uma taxa de sobrevivência de 100% dos retalhos. A falha do retalho é geralmente causada por trombose vascular sendo as causas mais comuns o vasoespasmo causado por hipotermia, hipotensão e estresse mecânico durante a anastomose microcirúrgica. O risco de trombose é maior em 80% no segundo dia pós-operatório e diminui em 10% após 3 dias pós-operatório. A partir do descrito pode-se inferir que a transferência de tecido livre microvascular também pode ser realizada com sucesso em pacientes que foram submetidos a RT (22).

Neste estudo apresentou-se um caso de reconstrução microcirúrgica após ressecção de CEC na maxila, envolvendo palato duro e mole. Nos casos de defeitos extensos ou localizados em regiões anteriores que inviabilizam o uso de obturadores maxilares, os

retalhos livres microvascularizados são indicados (9,10). Dessa forma, diferentes tipos de retalhos têm sido usados para reconstruir estes defeitos maxilares, com sucesso de aproximadamente 95%. No entanto, dentre das desvantagens apresentadas destacam-se a necessidade de longos tempos cirúrgicos e da recuperação com potenciais riscos para complicações em comparação à obturação protética (11). Além disso, atrasos no diagnóstico de recorrências locais têm sido associados ao uso destes retalhos, embora ainda permaneça controverso (10). Em contrapartida, o uso de obturadores palatinos tem sido preconizado para a reconstrução de defeitos de pequeno e médio porte, sendo as principais vantagens o curto tempo operatório, o menor tempo de internação e a visualização completa do leito cirúrgico após maxilectomia, o que auxilia o acompanhamento oncológico. No entanto, desvantagens têm sido descritas tais como aumento da fala hipernasal, regurgitação de alimentos e líquidos na cavidade nasal, dificuldade de higienização protética e a necessidade de ajustes protéticos repetidos o que acarreta dificuldade na manipulação e/ou uso. A maioria dos estudos que realizaram a comparação dos resultados funcionais obtidos a partir da reabilitação protética e do uso de retalhos livres microvascularizados na reconstrução destes defeitos não mostraram diferenças significativas entre ambas as alternativas, e conseqüentemente, a indicação da reabilitação será determinada pela extensão do defeito (11).

4 | CONCLUSÃO

A reconstrução microcirúrgica com retalhos livres microvascularizados é uma alternativa terapêutica viável para o reparo dos defeitos extensos após cirurgia ablativa de câncer de cavidade oral. A RT tem mostrado um melhor controle local da doença e não tem sido associada à falha nos retalhos colocados após término do tratamento nesta série de casos. Um adequado acompanhamento após a terapêutica multimodal nestes pacientes para avaliar os efeitos de ambos os tratamentos e o impacto causado na qualidade de vida dos pacientes é um fator determinante no que diz respeito às taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença; porém, estudos de coorte precisarão ser realizados para um maior entendimento do papel de ambos os tratamentos realizados de forma independente ou combinados.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):394–424. DOI: 10.3322/caac.21492
2. Niu LX, Feng ZE, Wang DC, Zhang JY, Sun ZP, Guo CB. Prognostic factors in mandibular gingival squamous cell carcinoma: A 10-year retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Feb;46(2):137–43. DOI: 10.1016/j.ijom.2016.09.014

3. Yang X, Song X, Chu W, Li L, Ma L, Wu Y. Clinicopathological Characteristics and Outcome Predictors in Squamous Cell Carcinoma of the Maxillary Gingiva and Hard Palate. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jul;73(7):1429–36. DOI: 10.1016/j.joms.2014.12.034
4. Fitzpatrick SG, Neuman AN, Cohen DM, Bhattacharyya I. The clinical and histologic presentation of gingival squamous cell carcinoma: A study of 519 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Oct;114(4):509–15. DOI: 10.1016/j.oooo.2012.06.018
5. Santosh HN, Nagaraj T, Saxena S, Biswas A, Pai SA. Verrucous carcinoma: A clinicopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2019;23(2):303. DOI: 10.4103/jomfp.JOMFP_59_19
6. Peng Q, Wang Y, Quan H, Li Y, Tang Z. Oral verrucous carcinoma: From multifactorial etiology to diverse treatment regimens (Review). *Int J Oncol*. 2016 Jul;49(1):59–73. DOI: 10.3892/ijo.2016.3501
7. Okura M, Yanamoto S, Umeda M, Otsuru M, Ota Y, Kurita H, et al. Prognostic and staging implications of mandibular canal invasion in lower gingival squamous cell carcinoma. *Cancer Med*. 2016 Dec;5(12):3378–85. DOI: 10.1002/cam4.899
8. Mücke T, Wolff KD, Wagenpfeil S, Mitchell DA, Hölzle F. Immediate microsurgical reconstruction after tumor ablation predicts survival among patients with head and neck carcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2010 Jan;17(1):287–95. DOI: 10.1245/s10434-009-0758-0
9. Tirelli G, Rizzo R, Biasotto M, Di Lenarda R, Argenti B, Gatto A, et al. protesizzazione mediante otturatore dopo resezione palatale: Casi clinici. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2010 Feb;30(1):33–9.
10. Gupta V, Cohan DM, Arshad H, Kuriakose MA, Hicks WL. Palatal reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Aug;20(4):225–30. DOI:10.1097/MOO.0b013e328355389f
11. Moreno MA, Skoracki RJ, Hanna EY, Hanasono MM. Microvascular free flap reconstruction versus palatal obturation for maxillectomy defects. *Head Neck*. 2010 Jul;32(7):860–8. DOI: 10.1002/hed.21264
12. Arce K, Bell RB, Potter JK, Buehler MJ, Potter BE, Dierks EJ. Vascularized free tissue transfer for reconstruction of ablative defects in oral and oropharyngeal cancer patients undergoing salvage surgery following concomitant chemoradiation. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Jun;41(6):733–8. DOI: 10.1016/j.ijom.2012.03.004
13. Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L, et al. Prognoses and improvement for head and neck cancers diagnosed in Europe in early 2000s: The EUROCARE-5 population-based study. *Eur J Cancer*. 2015 Oct;51(15):2130–43. DOI: 10.1016/j.ejca.2015.07.043
14. Huang SH, O'Sullivan B. Overview of the 8th Edition TNM Classification for Head and Neck Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2017 Jul;18(7):40. DOI: 10.1007/s11864-017-0484-y
15. Tao Y, Daly-Schweitzer N, Lusinchi A, Bourhis J. Advances in radiotherapy of head and neck cancers. *Curr Opin Oncol*. 2010 May;22(3):194–9. DOI: 10.1097/cco.0b013e3283388906
16. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Cohen RB, Jones CU, Sur RK, et al. Radiotherapy plus cetuximab for locoregionally advanced head and neck cancer: 5-year survival data from a phase 3 randomised trial, and relation between cetuximab-induced rash and survival. *Lancet Oncol*. 2010 Jan;11(1):21–8. DOI: 10.1016/S1470-2045(09)70311-0

17. Glennly A-M, Furness S, Worthington H V, Conway DI, Oliver R, Clarkson JE, et al. Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010;(12). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006387.pub2>
18. Yue LE, Sharif KF, Sims JR, Sandler ML, Baik FM, Sobotka S, et al. Oral squamous carcinoma: Aggressive tumor pattern of invasion predicts direct mandible invasion. *Head Neck*. 2020 Nov;42(11):3171-3178. Doi: 10.1002/hed.26360.
19. Larson AR, Kemmer J, Formeister E, El-Sayed I, Ha P, George J, et al. Beyond Depth of Invasion: Adverse Pathologic Tumor Features in Early Oral Tongue Squamous Cell Carcinoma. *Laryngoscope*. 2020 Jul;130(7):1715-1720. Doi: 10.1002/lary.28241.
20. Li Y, Bai S, Carroll W, Dayan D, Dort JC, Heller K, et al. Validation of the risk model: high-risk classification and tumor pattern of invasion predict outcome for patients with low-stage oral cavity squamous cell carcinoma. *Head Neck Pathol*. 2013 Sep;7(3):211-23. Doi: 10.1007/s12105-012-0412-1.
21. Moratin J, Mrosek J, Horn D, Metzger K, Ristow O, Zittel S, et al. Full-thickness tumor resection of oral cancer involving the facial skin—microsurgical reconstruction of extensive defects after radical treatment of advanced squamous cell carcinoma. *Cancers (Basel)*. 2021 Apr;13(9). DOI: 10.3390/cancers13092122
22. Kim S, Lee D-H, Ahn K-M. Microvascular reconstruction for maxillofacial defects: a retrospective analysis of outcomes and complications in 121 consecutive cases. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2020 Dec;42(1):29. DOI: 10.1186/s40902-020-00273-4

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ácidos graxos 57, 58, 59, 60, 61
Adenocarcinoma 22, 125, 134, 135, 136, 137, 138
Adenocarcinoma Basocelular 22
Alunos 113, 114, 115, 117, 118
Antropometria 11
Apresentações atípicas 90, 92
Autoimune 53, 54, 55
Avaliação nutricional 11, 21

C

Câncer de pele 22, 45
Cirurgia 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 65, 68, 71, 73, 111, 119, 120, 123, 126, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 137
Cirurgia conservadora de melanoma 26
Cirurgia funcional 25, 26, 27, 30, 31, 32
Corrida 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21

D

Doação 114, 115
Doença genética neonatal 112
Dor 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 104, 134, 135, 136, 138
Dor crônica 46, 51, 52, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73

E

Educação em saúde 44
Encefalite autoimune 53, 54, 55
Epidemiologia 1, 3, 5, 96

F

Fibrose cística 111, 112

G

Gordura 15, 17, 21, 57

H

Hepatócitos 57, 58

Hérnia inguinal 64, 65

I

Ideação suicida 77, 78, 82, 83, 84, 88

Íleo meconial 111, 112

Infância 1, 53, 54, 55

Infecções por SARS-CoV-2 98

Integração 114

Intussuscepção 134, 135, 136, 137, 138

L

Laparoscopia 64

Laparotomia 111, 134, 135, 136, 138

Lipogênese 57, 59

M

Melanoma *in situ* 26, 28, 32

Melanoma subungueal 25, 26, 28, 30, 31, 32

N

Neoplasia cutânea 22

Neurossífilis 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

Nutrição 11, 15, 17, 18, 20, 21, 84, 106, 107, 126

O

Oncologia 44, 45, 49, 52, 119

P

Perfuracao intestinal intraútero 112

R

Recomendações 67, 98, 99, 101, 102, 103, 107

S

Sarampo 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10

Saúde comunitária 98, 109

Saúde infantil 98, 99, 102, 106

Síndrome de nothangel 90, 91, 92, 96

T

Técnicas de abdome aberto 64

Teste do pezinho 111, 112

Transtornos mentais comuns 77, 78, 84

V

Vacinação 1, 2, 3, 8, 9, 106, 107, 108, 109

Violência 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 106

Voluntário 113, 114

Vulnerabilidade social 98, 99, 106, 108, 113, 114


MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

5

MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

5