

## **Atuais Controvérsias no Manejo dos Tumores Malignos de Parotida**

Devido aos avanços notáveis durante a última década em nossa compreensão da biologia do tumor, aberrações intracelulares ultra-estruturais, imagem, radioterapia e o sinergismo da radioterapia quando utilizado com a quimioterapia, nós continuamos a experimentar áreas de controvérsia no manejo das neoplasias primárias do parótidas. Existem vários fatores que contribuem com a razão pela qual não há respostas claras em determinadas situações clínicas. Dentre estes fatores há a raridade e múltiplos subtipos histológicos que existem em neoplasias da parótida. Além disso, muitos destes tumores são de crescimento lento e requer longo tempo de observação. As seguintes controvérsias serão discutidas neste artigo: a utilidade do PAAF, modalidades de imagem, ressonância magnética em relação ao CT e PET, utilidade da radioterapia pós-operatória, a gestão do nervo facial e esvaziamento cervical eletivo para gerenciar N0 pescoço.

### **Geral**

Neoplasias malignas de parótida representam cerca de 1-3% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. Recorrência dessas neoplasias, muitas vezes indica doença agressiva que pode vir a ser difícil de tratar, podendo prever a falha terapêutica futura. Por isso, é importante tentar reconhecer características agressivas inicialmente para prevenir a recorrência. Fatores como o estágio do tumor, o envolvimento do nervo facial, doença cervical e grau histológico estão entre os mais importantes para avaliar.

## **História dos Tumores de Glândulas Salivares**

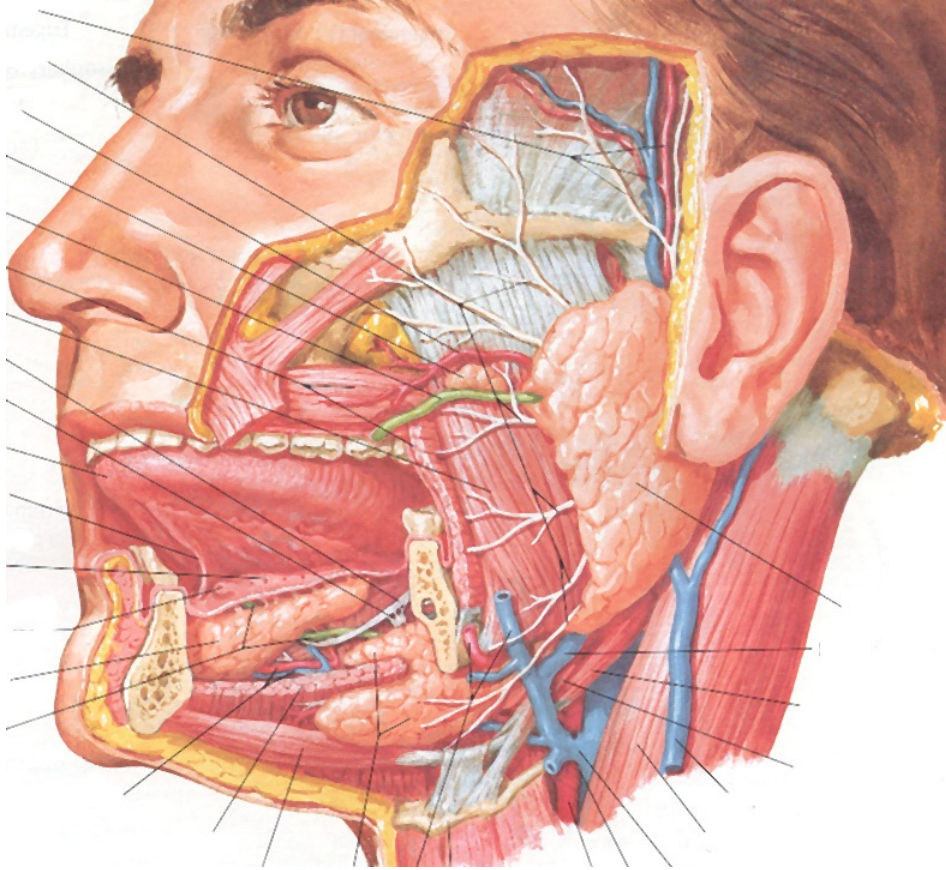
Em 1648 Riolan identificou a substância glandular da parótida e Neils Stenson, em seguida, identificou o ducto parotídeo em ovinos em 1660. No entanto, foi só em 1825 que Heyfelder evitou o nervo facial durante uma parotidectomia. Esta foi precedida pela identificação bem-sucedida do tronco do nervo facial por Velpeau em 1830. Bell e Velpeau determinaram que o nervo facial era responsável pela mimica facial. Eles determinaram que a inervação sensitiva facial era feita pelo V par craniano.

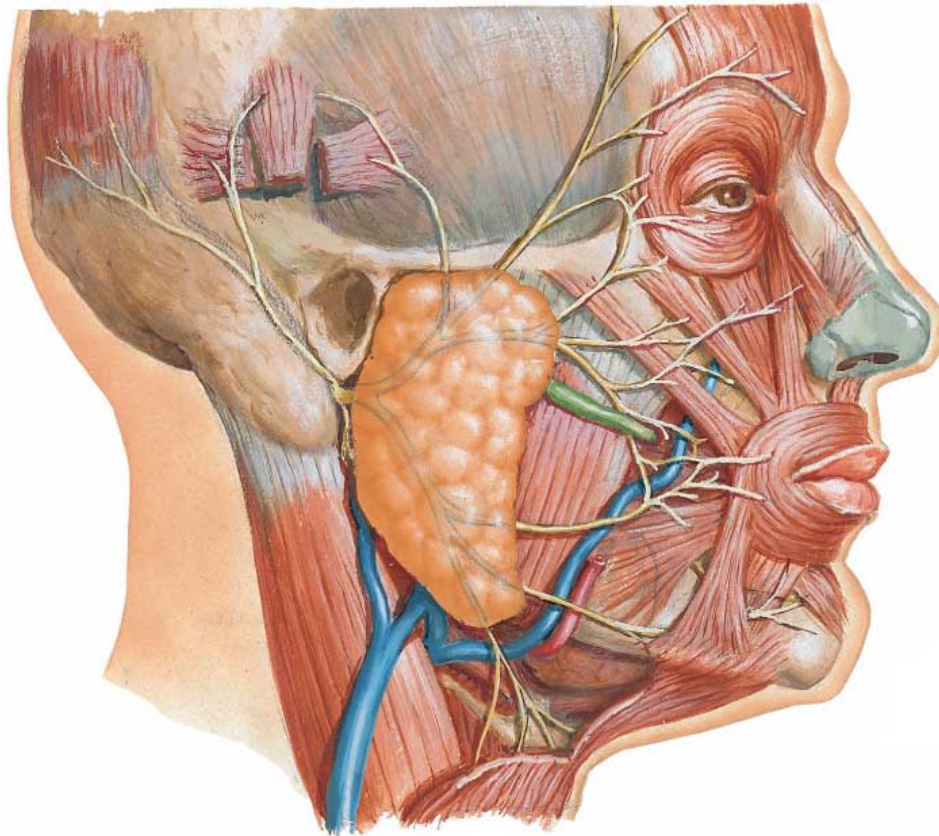
## **Anatomia**

A glândula parótida é a maior glândula salivar. O ducto da parótida encontra-se em uma linha imaginária entre as narinas externas e tragus da orelha. Os limites da glândula parótida são descritos como: canal auditivo externo, ramo da mandíbula e apófise da mastóide. A glândula é envolta por uma bainha que é contínua com o sistema musculo aponeurótico facial e com a musculatura da face. O ducto de Stensen cursa anteriormente ao musculo masseter, cruza o m. bucinador e termina na cavidade oral, na altura do segundo molar superior. Uma divisão artificial é criada embriologicamente entre os lobos superficial e profundo, pelo nervo facial.

O nervo facial se origina do forame estilomastóideo e depois divide-se em temporofacial e cervicofacial. Seus ramos terminais são Temporal / Frontal, Zigomatico-orbital, bucal, mandibular e cervical. A fim de ajudar a encontrar o nervo facial durante uma parotidectomia, vários marcos importantes foram descritos por vários autores. Entre os mais úteis são a sutura timpanomastóidea, o musculo digástrico e o tragus. O tronco do nervo facial pode ser identificado um centímetro profundo e inferior ao tragus. Além disso, o nervo é conhecido por ser lateral ao processo estilóide e

superficial em relação a veia retromandibular. Se o tumor tornar difícil identificar o tronco principal, uma dissecação retrógrada pode ajudar a encontrar o nervo também.





## Histologia

Parâmetro	Valor
Componente intracístico (área ocupada por cistos) <20%	+2
Invasão Neural	+2
Necrose	+3
Mitose >4/10	+3
Anaplasia	+4

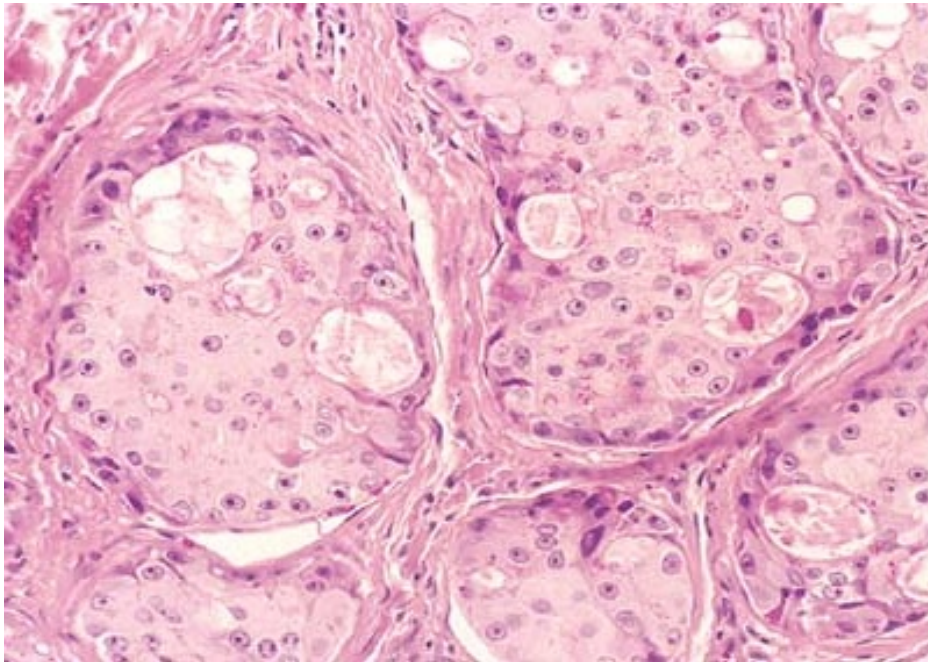
<b>Grau total</b>	<b>Total de Pontos</b>
Baixo	0-4
Intermediário	5-6
Alto	>7

Carcinoma mucoepidermóide é a neoplasia maligna mais comum da glândula parótida e segundo tumor maligno mais comum da glândula submandibular. Constitui aproximadamente 30% de todos os tumores malignos das glândulas salivares.

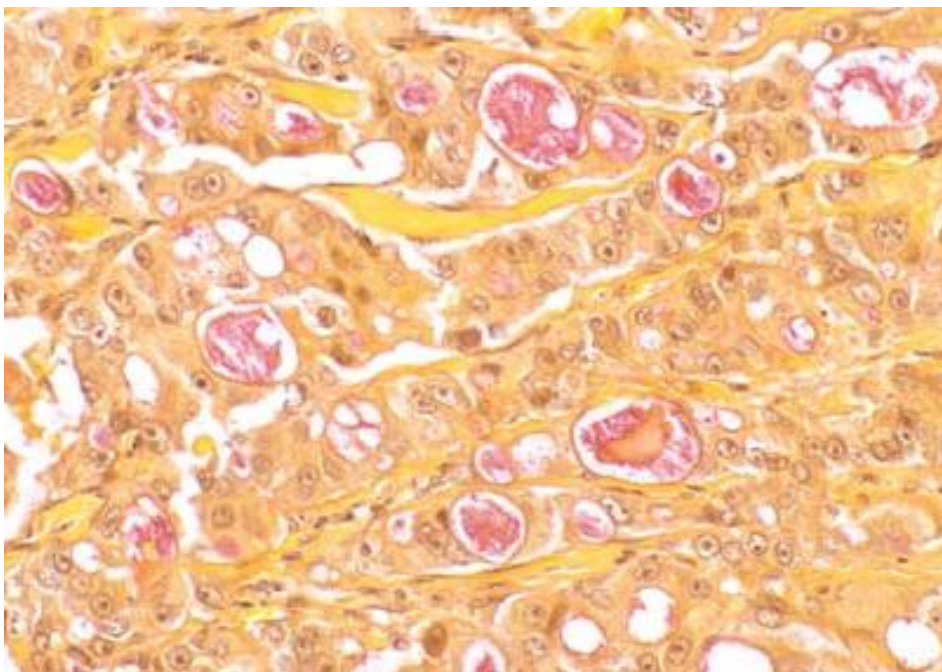
Carcinomas mucoepidermóide são geralmente classificados como tumores de baixo grau ou alto grau. No entanto, alguns autores também incluem um intermediário grau. Tumores de baixo grau têm uma maior proporção de células mucosas a células epidermóides. Essas lesões se comportam mais como neoplasias benignas, mas ainda são, no entanto, capazes de invasão local e metástases. Carcinomas mucoepidermóides de alto grau têm uma maior proporção de células epidermóides, e pode ser difícil diferenciar esta entidade de carcinomas de células escamosas. Tumores de alto grau são neoplasias agressivas, com uma alta propensão para metástases.

Tumores de baixo grau são geralmente pequenos e parcialmente encapsulados. Neoplasias de alto grau são geralmente maiores e localmente invasivas. Em cortes, o carcinoma mucoepidermóide de baixo grau pode conter fluido mucinoso, enquanto que tumores de alto grau são sólidos. Microscopicamente, carcinomas mucoepidermóides de baixo grau demonstram agregados de células mucóides separados por cordões de células epidérmicas. Tumores de alto grau têm poucos elementos

mucóides e as células epidermóides predominam.



Caracterizado por ilhas com células escamosas, bem como células claras, contendo células mucosas e cels. intermediárias



Mancha com Mucicarmine Positiva

Carcinomas adenoide císticos somam aproximadamente 10% de todas as neoplasias de glândulas salivares. É a segunda neoplasia mais comum das glândulas parótidas, mas é o tumor maligno mais comum das glândulas submandibulares e salivares menores. O carcinoma adenoide cístico ocorre com igual freqüência em homens e mulheres, geralmente na quinta década de vida. A paralisia facial e dor ocorrerem como sintomas iniciais em uma pequena fração dos casos.

O carcinoma adenoide cístico tem um curso clínico contraditório. O tumor é de crescimento lento, mas a sua evolução clínica é implacável. Múltiplas recorrências locais pode ocorrer apesar da intervenção cirúrgica e, embora metástase regional é incomum, propagação distante para os pulmões e os ossos são freqüentes.

Grosseiramente, o tumor é geralmente monolobular e não encapsulado ou parcialmente encapsulado. A massa frequentemente demonstra infiltração do tecido normal circunjacente. Microscopicamente, carcinoma adenoide cístico tem um epitélio basal disposto em formações cilíndricas em um estroma hialino eosinofílico. Diferentes padrões histológicos foram identificados, incluindo cribriforme, sólido, cilíndrico e tubular. O padrão histológico sólido parece ter um pior prognóstico em termos de metástases à distância e sobrevida a longo prazo.

Invasão perineural é uma característica típica de carcinoma adenoide cístico. Isto explica a dificuldade na erradicação de tumores apesar da aparência de remoção completa do tumor. Excisão cirúrgica completa e radioterapia no pós-operatório é recomendado para o manejo deste tumor. Pode-se selecionar tumores pequenos que são completamente excisados, onde a radioterapia pós-operatória pode ser dispensada. Existe também evidência crescente que a radioterapia de neutrons rápidos pode ser mais eficaz do que a radiação de fótons convencional para carcinomas adenoides

císticos. Acompanhamento a longo prazo é obrigatório para estes pacientes, devido à lenta e implacável evolução da doença.

Os carcinomas de células acinares são responsáveis por 5% a 11% de todos os cânceres de glândulas salivares. A grande maioria ocorre na glândula parótida. Afeta mais freqüentemente mulheres e ocorre da quarta à sexta década de vida. O tumor pode ser multicêntrico em 2% a 5% dos casos e fica atrás de tumor de Warthin para a freqüência de envolvimento parótida bilateral.

Macroscopicamente, os tumores bem circunscritos, muitas vezes têm uma cápsula fibrosa. Existem duas populações de células: as células acinares serosas semelhantes as das glândulas salivares e aqueles com um citoplasma claro. Os tumores ocorrem em várias configurações, incluindo cística, papilar, vacuolizado ou folicular. Muitas vezes existe um infiltrado linfóide, e as células são caracteristicamente positivas na coloração de ácido periódico de Schiff.

Adenocarcinoma ocorre mais comumente nas glândulas salivares menores, seguidos pela glândula parótida. Esta neoplasia representa aproximadamente 15% de neoplasias malignas de parótida. Adenocarcinomas ocorrer igualmente em ambos os sexos e, geralmente, apresentam-se como uma massa palpável. Eles se comportam de forma agressiva com uma forte propensão a recorrência e metástase.

Macroscopicamente, o adenocarcinoma é firme ou duro e aderido ao tecido circundante. Microscopicamente, as células cilíndricas com altura variável formam papilas, ácinos, ou massas sólidas. A maioria das neoplasias produzem muco, que pode ser detectado pela mancha mucarminica. O adenocarcinoma pode ser diferenciado de carcinoma mucoepidermóide pela falta de coloração de queratina. O grau de formação glandular tem sido utilizado como um meio de classificação destes tumores.

O carcinoma epidermóide das glândulas salivares



representa uma neoplasia rara que constitui 0,3% a 1,5% dos tumores de glândulas salivares. Esta malignidade ocorre mais freqüentemente na glândula submandibular do que a glândula parótida. O correto diagnóstico de carcinoma de células escamosas requer a exclusão de propagação contígua de um carcinoma de células escamosas na glândula, metástases à glândula, e carcinoma mucoepidermóide de alto grau.

Estes tumores geralmente apresentam como massas firmes endurecidas e ocorrem mais comumente em homens, geralmente na sétima década de vida. Histologicamente, estes tumores revelam queratinização intracelular, pontes intercelulares, e formação de queratina em perola. No entanto, eles não produzem muco.

Há uma alta incidência de metástases regionais e à distância. O prognóstico para o carcinoma de células escamosas da glândula salivar é pobre. A terapia consiste na ressecção cirúrgica completa e radioterapia pós-operatória.

## **RESUMO**

- Neoplasias de baixo grau:
  - Tumor de cels. Acinares
  - Carcinoma mucoepidermóide de graus I e II
- Neoplasias de alto grau:
  - Carcinoma mucoepidermóide de grau III
  - Adenocarcinoma
  - Carcinoma mal diferenciado ou anaplásico
  - Carcinoma espinocelular
  - Carcinoma adenóide cístico

## **Apresentação do Paciente**

Neoplasias malignas de glândulas salivares representam 3-4% dos distúrbios malignos da cabeça e pescoço. A incidência é de 1-2 por 100.000 indivíduos. Neoplasias das glândulas salivares menores apresentam um pior prognóstico do que aquelas primárias das parótidas. Em média, 20-25% dos tumores da glândula parótida são malignos e a idade média de apresentação é de 56,6 anos. Massas de parótida são normalmente identificados pelo próprio paciente ou seus entes queridos, e os estes, geralmente, se apresentam aos cirurgiões com queixa de uma massa incidental. Ao avaliar um paciente com uma massa em parótida, é útil perguntar se há alguma dor associada com a massa, a presença de linfadenopatia, a função do nervo facial, bem como funções linguais e hipoglosso. Também é útil avaliar trismo e aderência da massa.

Menos de 10% de desordens malignas salivares são metástases de outros locais. A maioria deles são metástases linfáticas do câncer de pele na face, couro cabeludo e orelha. O mais comum encontrado é CEC e Melanoma. Parotidectomia superficial e esvaziamento cervical eletiva deve ser realizada para melanoma primário de profundidade intermediária (1,5-4mm) localizado dentro de área de drenagem periparotidea.

Estadiamento TNM:

- Susan McCammon, MD
  1. T1 Tumor menos de 2cm
  2. T2 Tumor entre 2cm e 4cm
  3. Tumor T3 maior que quatro centímetros e / ou extensão extraparenquimatosa
  4. T4a doença moderadamente avançada, invade pele, orelha, mandíbula ou n. facial.
  5. T4b doença muito avançada, invade base de crânio e pterigóides ou carótida

## Opções Terapêuticas

- ESTADIO I
  - Baixo Grau
    - Cirurgia
    - Radioterapia em casos que a cirurgia envolve déficit cosmético ou funcional importante ou tratamento adjuvante quando margens positivas
  - Alto Grau
    - Cirurgia quando restritos a glândula
    - Radioterapia principalmente se margens positivas
- ESTADIO II
  - Baixo Grau
    - Cirurgia
    - Radioterapia idem estadio I
  - Radioterapia primária para tumores inoperáveis ou recorrentes
- ESTADIO III
  - Baixo Grau
    - Cirurgia
    - Radioterapia idem estadio I
    - Envolvimento cervical – ressecção do tu. Primário e dos linfonodos com ou sem radioterapia
  - Alto Grau
    - Cirurgia + Radioterapia (principalmente se margens positivas)
    - Radioterapia primária se tu inoperáveis
    - Linfonodos regionais – linfadenectomia regional como parte do tratamento inicial; Radioterapia adjuvante para diminuir a recidiva
- ESTADIO IV
  - Terapia com acelerador de neutrons ou

hiperfracionamento são considerados mais efetivos que a radioterapia convencional

- *Clinical trials* – combinações agressivas de quimioterapia e radioterapia
- Tumores Recorrentes
  - Mau prognóstico independente do estadio
  - Tratamento depende: tipo do tumor, tratamento prévio, local de recorrência e o próprio paciente.
  - Acelerador de neutrons e hiperfracionamento

## **Síndrome de Frey**

- Sudorese gustatória
- Sintomas geralmente surgem seis semanas após o procedimento cirúrgico (regeneração do nervo lesado), mas podem apresentar-se tardiamente (relatos na literatura de 14 anos)
- Precipitados por qualquer tipo de estímulo gustatório
- Clássica tríade: hiperemia, calor e sudorese na região pré-auricular e do ângulo da mandíbula
- Confirmado com o teste de coloração do amido pelo iodo
- Teoria de regeneração aberrante

## **Áreas de Controvérsia**

### **PAAF**

Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é um procedimento pelo qual as células são removidas por aspiração com uma pequena agulha. O citopatologista é incapaz de visualizar estrutura de tecido e deve fazer um diagnóstico baseado na morfologia celular. George Papanicolaou (1883-1962) é creditado com a descoberta do exame citopatológico, o que tem sido fundamental na

redução do câncer cervical. O PAAF depende da capacidade para extrair informações de diagnóstico a partir do aparecimento de células individuais e agregados de células.

Para que o PAAF seja útil, este deve ser capaz de diferenciar tumores malignos de benignos, identificar linfoma e também metástases de um câncer de pele. Os opositores argumentam que os resultados de um PAAF não alteram o tratamento, que normalmente é cirúrgico, exceto nos linfomas. Eles também argumentam que o PAAF pode obscurecer o diagnóstico final e que a frequência de amostragem inadequada requer múltiplas biópsias, prolonga curso da doença e também aumenta o custo do tratamento. Proponente argumento é que a PAAF é importante para distinguir a natureza benigna ou maligna da neoplasia, e importante no aconselhamento do paciente pré-operatório e planejamento cirúrgico. Além disso, eles argumentam que a PAAF ajuda a diferenciar entre os processos neoplásicos e não-neoplásicos.

Entre os sítios da cabeça e pescoço, a glândula parótida apresenta as maiores taxas de imprecisão do PAAF devido a:

- Grande número de número e diversidade de tumores de glândulas salivares.
- Relativamente incomum - experiência citopatológica limitada.
- Os distintos tipos de tumores, muitas vezes compartilham de algumas características morfológicas que se sobrepõem.
- Alguns carcinomas de parótidas podem parecer benignos e não invasores ao nível celular.

Balakrishnan concluiu que a PAAF não pode distinguir de forma confiável benigno de maligno. Em seu estudo 46% das culturas foram sugestivas do diagnóstico final, 31% eram não-diagnósticas, 15% foram erros de amostragem e em 10% dos casos, os resultados eram

enganosos. A sensibilidade da PAAF na detecção de doença maligna foi de 79% com uma sensibilidade de 84% e valor preditivo positivo de 68%. Além disso, eles comentaram que PAAF não foi adequada para estimar/diagnosticar linfoma, mas pode ter evitado parotidectomia radical.

Heller et. al. concluiu que as complicações do PAAF parecem ser raras. Eles não conseguiram identificar quaisquer sinais de implantação do tumor pela PAAF. A punção resultou numa alteração na abordagem clínica em 35% dos pacientes. Eles foram capazes de evitar a cirurgia em 27% dos pacientes e realizaram um menor procedimento em 8% dos pacientes.

- Argumentos CONTRA:

- Não muda o manejo
- Obscurece o diagnóstico patológico final
- Frequência da amostragem "inadequada", requer múltiplas biópsias, prolonga curso até que o tratamento definitivo, aumenta o custo

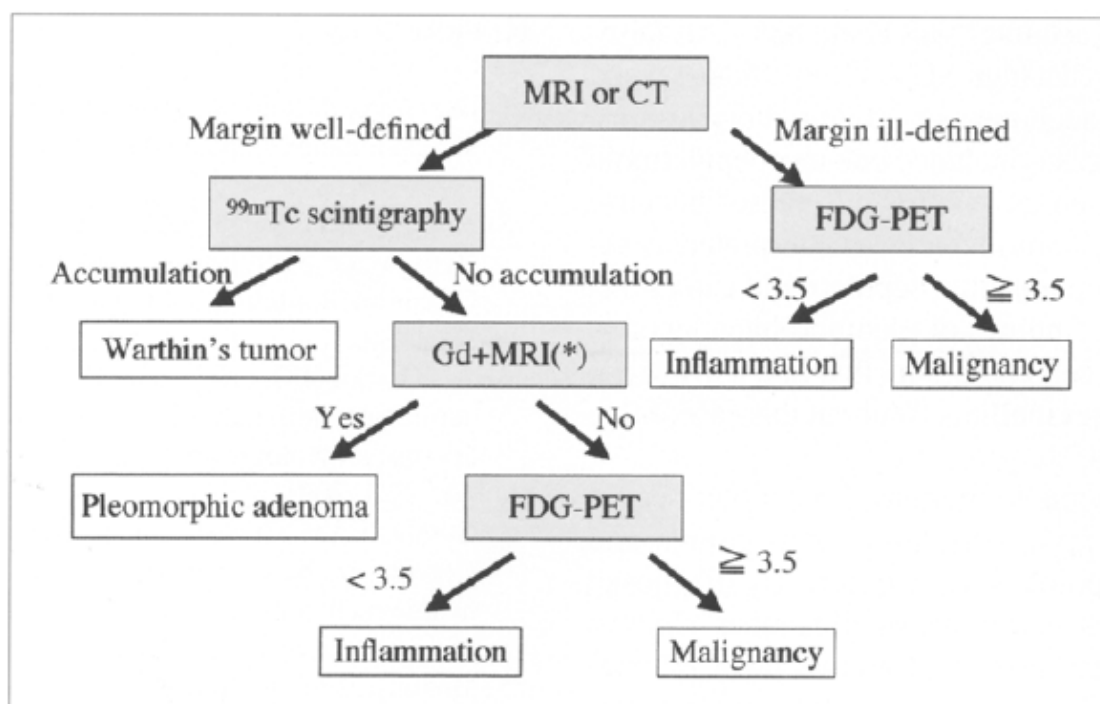
- Argumentos A FAVOR:

- Importante para distinguir a natureza benigna ou maligna de neoplasia
- Aconselhamento pré-operatório ao paciente
- Planejamento cirúrgico
- Diferenciar processos neoplásicos e não-neoplásica
- Evitar a cirurgia num número de pacientes

## **PET scan**

PET scan é cada vez mais útil no estadiamento e seguimento de neoplasias malignas em geral e pode ser útil para descartar metástases regionais ou a distancia. Em 69% dos casos, pode prever com confiança a

natureza das neoplasias. Tem demonstrado uma sensibilidade de quase 100% de malignidade, mas uma taxa de falsos positivos de 30%. Seu papel, portanto, não está bem definido ainda. Há, ainda, o fato de o PET ser positivo com lesões inflamatórias, tais como Warthin e em adenomas pleomórficos. Ozawa et. al. realizou uma investigação para determinar a utilidade do PET na diferenciação de massas benignas e malignas de parótida. Eles determinaram que a acurácia foi de 53%, falsos-positivos 55% quando o valor de corte fixado foi de 3.5. Em comparação, Keyes et al., que relataram uma precisão de 69% e taxa de falso-positivo de 30% para a diferenciação de nódulos benignos e malignos, utilizando PET. PET identificou todas as 26 lesões na parótida, das quais 12 eram lesões malignas. Ele identificou corretamente todas elas como malignas. No entanto, o diagnóstico correto ocorreu em apenas 69% dos casos, porque haviam sido identificadas lesões benignas como sendo malignas. Assim, não foi tão bom quanto os métodos mais convencionais de diagnóstico, nos quais o correto diagnóstico representa 85% (clínica), 87% (TC / RM), e 78% (PAAF) nos mesmos pacientes.



## TC e RNM

Ressonância magnética e tomografia computadorizada têm qualidades e defeitos. O ideal seria apenas um exame que demonstrasse facilmente o diagnóstico, possuindo um custo mínimo. Na realidade, muitas vezes, em casos complicados, o médico é forçado a fazer ambos. Vários autores têm tentado identificar qual o melhor estudo para distinguir várias características importantes, tais como o envolvimento do nervo, invasão óssea, disseminação linfática e determinação de qual lobo da parótida está envolvido.

TC é o único que fornece excelentes detalhes de volume do tumor, é útil na avaliação do espaço parafaríngeo e pode ajudar com o planejamento cirúrgico na identificação da relação com pontos de referência ósseos, bem como identificar vasos linfáticos envolvidos. Isto, contudo, exige contraste e radiação, e pode haver artefatos das obturações dentárias em toda a parótida. Em contraste, a RNM não requer contraste ou radiação, fornece detalhes excelentes de tecidos moles. RM é superior na definição dos limites do tumor e pensa-se ser mais útil para determinar se há envolvimento do nervo.

Koyuncu et. al. realizaram um estudo retrospectivo comparando TC e RM na detecção de malignidade. Eles concluíram que RNM era melhor para distinguir se a doença era intrínseca ou extrínseca a glândula. A taxa de imprecisão de ambos RNM e CT foi a mesma em relação a infiltração do tumor. No entanto RM foi três vezes mais cara do que a tomografia computadorizada. No final, eles concluíram que a TC e RM são morfologicamente estudos equivalentes e têm o mesmo potencial de diagnóstico em tumores de parótida. Eles também afirmam que a RM foi melhor para determinar envolvimento perineural do que TC. Eles listaram vários critérios a serem utilizados para determinar a invasão do nervo na ressonância magnética:



substituição do nervo pelo tumor, realce com gadolínio, e um aumento no tamanho neural.

Parker et. al. realizaram uma investigação mais extensa detalhando os achados radiológicos perineurais de neoplasias da parótida. Eles concluíram que a RM era melhor na determinação segmento cisternal e seio cavernoso e que ambos os exames eram virtualmente idênticos em demonstrar a invasão tumoral perineural abaixo da base do crânio. Eles também concluíram que a RM T1 antes e após o GAD é o estudo da escolha se ha suspeita de invasão perineural. Geralmente, a RM indicada quando ha suspeita do envolvimento neural.

## **A Radioterapia Pós-operatória**

A cirurgia é o tratamento primário para pacientes com tumores malignos da glândula parótida, mas a radioterapia pós operatória eh bem aceita naqueles pacientes com grande risco de recorrência. Duas técnicas de radiação são comumente usadas para o tratamento do leito da parótida; uma usa um par de feixes de fótons  $^{60}\text{Co}$  ou de alta energia orientadas em ângulos oblíquos para abranger o leito parótida, e o outra utiliza um campo ipsilateral. Jardim et. al. relataram sua experiência usando a radioterapia pós-operatória para pacientes selecionados com neoplasias da parótida, com destaque para o controle local e regional, variáveis prognósticos que possam sugerir uma modificação do tratamento e complicações tardias das duas técnicas de tratamento. Eles concluíram que quando a radioterapia é usada houve uma recorrência local de 9% e taxas de controle de 90% em 10 anos. Além disso, a necessidade de sacrificar o nervo facial e realizar um esvaziamento cervical foi associada à falha local. Baseado fora de seus resultados, eles recomendaram radioterapia pós-operatório para:

- Alto grau histológico
- Doença recorrente

- Inadequadas margens cirúrgicas
- Extensão da doença para além da glândula
- Invasão perineural
- Linfonodos acometidos

## **Nervo Facial e Esvaziamento Cervical Eletivo**

A filosofia tradicional do tratamento cirúrgico para tumores de parótida tem sido a de manter a continuidade do nervo facial, sempre que possível, se o nervo é funcionalmente intacto no pré-operatório. Se necessário, dissecando um ramo do nervo facial fora do tumor sem uma margem verdadeira de tecido normal tem sido suportada. Esta abordagem pode facilitar o tratamento uniforme de tumores de parótida com avaliação pré-operatória mínima. Entretanto, o uso aumentado de aspiração com agulha fina permite o diagnóstico de carcinoma adenóide cístico no pré-operatório em 77% a 90% dos casos e esta informação pode ser útil no aconselhamento pré-operatório e planejamento cirúrgico. Isel et. al. concluiu que o sacrifício do nervo facial seletivamente foi associado a controle local e melhor sobrevida, mas pior qualidade de vida. Pacientes tratados com radioterapia pós-operatória tiveram melhores taxas de controle local do que aqueles sem. Pacientes N0 raramente desenvolvem metástases para linfonodos regionais.

Valstar et. al. realizou uma metanálise para determinar a utilidade de um esvaziamento cervical eletivo no pescoço clinicamente negativo. Eles revisaram um total de 39 publicações de 1997 a 2007. Eles identificaram 83% (de 871 pacientes) N0 por palpação e radiologia. Em 23% nódulos patológicos foram identificados. Tratamento eletivo com esvaziamento cervical (seletivo) ou radioterapia são, portanto, amplamente praticados. Recidivas regionais são apenas 5% após a terapia agressiva. Existem vários fatores que

são preditivos de doença agressiva, se estes estiverem presentes um esvaziamento cervical deve ser realizado como um adjuvante do tratamento para o sitio principal:

- Tumor de alto grau
- Paralisia facial
- Idade avançada (> 54 anos)
- Invasão perilinfática
- Extensão extra-parotídea
- T3/T4

## **Conclusões**

Os carcinomas de parótida somam 3-4% dos cancres de cabeça e pescoço. Realizar uma PAAF é um aspecto importante para o aconselhamento dos pacientes com neoplasias de parótidas, mesmo que a informação revelada através da realização pode ser limitada e deve ser analisados com vários outros fatores. PAAF é especialmente importante quando o nervo facial está envolvido.

Existem várias morfologias que se mostram como um desafio diagnóstico citológico, especialmente em centros com baixo volume. A TC é geralmente útil e RM tende a ser mais útil quando invasão perineural é suspeita.

O PET pode desempenhar um importante papel, mas não no diagnóstico inicial. Falsos positivos observados em processo inflamatório limita sua utilidade em distinguir lesões benignas de malignas. PET scan não pode distinguir de forma confiável entre benigno e maligno. Radioterapia pós-operatória eh indicada quando ha envolvimento do nervo facial ou pescoço clinicamente positivo. Esvaziamento eletivo, eventualmente, eh indicado em determinadas circunstâncias, tais como aqueles em que há doença agressiva.

## **Considerações Importantes**

### **Dr. Lauro Araki**

#### Dissecção Retrógrada

- sob o platisma, acha-se o ramo mandibular do n. Facial e disseca-se retrogradamente, até encontrar o tronco do n. Facial
- Atenção que, dependendo do tamanho do tumor e da invasão perineural, o tronco não se encontra no local de costume

Se, durante a dissecção tumoral, houver comprometimento do tronco do n. Facial ou do segmento superior, é necessário realizar a tarsorrafia do terço lateral para evitar lesões córneas

Tratamento da Sd. De Frey em pacientes com sintomatologia intensa:

- rodar retalho do m. ECM sobre as fibras nervosas

#### **Observação:**

Teste do iodo: Realizado para diferenciar fístula de sd. De Frey.