

Localizador
05-090

Criocirurgia sob anestesia tumescente no manejo de carcinomas em área de risco do nervo facial

Cryosurgery under tumescent anesthesia in the handling of carcinomas in area of risk of the facial nerve

Há diversas modalidades no tratamento do carcinoma cutâneo, a saber, exérese cirúrgica, eletrodissecção, curetagem, cirurgia de Mohs e criocirurgia. A escolha do tipo de tratamento do carcinoma dependerá do tipo histológico, tamanho, infiltração e localização, e na dependência do *status* clínico do paciente[1]. Lesões localizadas em área de risco do nervo facial (Figura 1), conduzidos a exérese cirúrgica, não raramente determinam seqüelas motoras indesejadas. Nestes casos, a criocirurgia ganha destaque.

O objetivo da criocirurgia é a destruição total do tecido neoplásico. A temperatura terapêutica recomendada para carcinomas cutâneos varia de -50° a -60° C, medida na base da lesão. Contudo, não há necessidade de se utilizar agulhas térmicas para tal precisão. Medidas clínicas podem ser usadas para qualificar o congelamento e estabelecer se foi efetivo ou não. Estas medidas incluem o tempo de congelamento, tempo de descongelamento do halo e tempo de descongelamento total. O tempo de descongelamento do halo parece ser o elemento mais importante, onde deveria ter uma duração 2 a 3 vezes ao tempo de congelamento. Geralmente isto é obtido com um a dois ciclos de 60 segundos de congelamento[2]. Fatores intimamente relacionados com o sucesso da criocirurgia são a velocidade do congelamento, a duração do congelamento, e a temperatura mínima

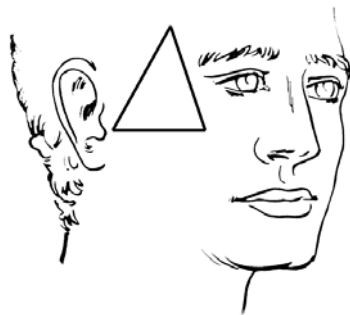


Figura 1. Área de risco do ramo temporal do nervo facial.

atingida. Por exemplo, um rápido congelamento determina cristalização mais intracelular do que extracelular, o que é mais destrutivo e conseqüentemente mais eficaz. A curetagem associada a criocirurgia aumenta estatisticamente a taxa de cura do procedimento[1].

A criocirurgia, método terapêutico secular, se destaca por ser simples, versátil, rápido, efetivo e potencialmente mais seguro na condução destas lesões em área de risco, com taxa de cura variando de 95 a 97%. São contra-indicações absolutas a intolerância ao frio, doença ou fenômeno de Raynaud, urticária ao frio, crioglobulinemia, pioderma gangrenoso e distúrbios auto-imunes[3, 4]. Como contra-indicações relativas temos carcinomas maiores que 3 cm, carcinoma esclerodermiforme maior que 2 cm, tumores localizados no terço inferior da perna e em fendas embrionárias (sulco nasal, sulco retroauricular, canto interno ocular) e tumores recorrentes[5].

O uso de anestesia tumescente visa determinar uma maior proteção do nervo facial ao criar um “terceiro espaço”. Além do mais, pelo efeito vasoconstrictor desta solução anestésica, o potencial criocirúrgico é aumentado, bem como o sangramento pós-operatório é reduzido[6]. A curetagem pode preceder a criocirurgia, pois além de facilitar a marcação das margens também aumenta a taxa de cura[1]. A técnica consiste em

demarcar as margens clinicamente visíveis. Toda área é então submetida à anestesia tumescente constituída de 3 a 5 ml de lidocaína 2%, 5 ml de soro fisiológico e 0,1 ml de adrenalina 1:1.000. Após 10 minutos podemos realizar curetagem da lesão com cureta em anel para melhor definir as margens tumorais; contudo, o carcinoma espinocelular frequentemente é de difícil manejo com cureta. Usamos a técnica da pulverização (*spray*) com movimentos circulares partindo do centro da lesão para periferia (Figura 2 e 3).

O pós-operatório é delimitado com analgésicos, curativos diários com soro fisiológico e pomada de neomicina. A cicatrização completa é esperada em torno de 12 a 16 dias. O paciente deve ser acompanhado por um período de dois anos, onde existe o risco de recorrência tumoral[1, 2]. Quanto aos eventos que sucedem a criocirurgia, os classificamos como fenômenos obrigatórios e complicações. Como fenômenos obrigatórios temos surgimentos de vesículas ou bolhas, edema, exsudação moderada a intensa, e desconforto leve a moderado. Quadro febril e manifestações neurovegetativas são fenômenos não-obrigatórios e geralmente temporários. As complicações



Figura 2. Paciente de 69 anos, do sexo feminino, carcinoma basocelular bem-diferenciado em região temporal direita, com dimensão de 2 x 1,5 cm e margens irregulares.



Figura 3. Criocirurgia.

incluem infecção, hemorragia, cicatriz atrófica, hipertrófica ou queloidiana, mílio, hiper e hipopigmentação[4]. O efeito colateral mais freqüente é a hipocromia que pode passar despercebido em pacientes de baixo fototipo, podendo ser temporário, porém freqüentemente é definitivo (Figura 4). Deve ser salientado que a criodestruição é célula ou tecido específico. Assim, o melanócito é o elemento biológico mais sensível ao congelamento, sendo destruído a uma temperatura de -4° a -7° C. A destruição criogênica dos queratinócitos requer uma temperatura mínima de -30° a -40° C. O perineuro

ou bainha conjuntiva do nervo é uma das estruturas mais resistentes ao congelamento[4].

Diante de uma afecção maligna o objetivo do cirurgião dermatológico será sempre a cura. Contudo, também sempre devemos questionar possibilidades curativas que ofereçam resultados estéticos potencialmente melhores. Assim, a fim de evitar percalços neurológicos, a anestesia tumescente pode ser utilizada nestes casos visando prevenir lesões nervosas e determinando cura clínica e biológica.



Figura 4. Pós-operatório de três meses.

Referências

1. Mallon E, Dawber R. Cryosurgery in the treatment of basal cell carcinoma – assessment of one and two freeze-thaw cycle schedules. *Dermatol Surg* 1996;22:854-8.
2. Biro DE, Biro L. Cryosurgery in the nursing home. *J Geriatric Dermatol* 1997;5:16-9.
3. Kuflik EG, Gage AA, Lubritz RR, Graham GF. History of Dermatologic Cryosurgery. *Dermatol Surg* 2000;26:715-722.
4. Thai K, Sinclair RD. Cryosurgery of benign skin lesions. *Aust J Dermatol* 1999;40:175-86.
5. Kuflik EG. Cryosurgery update. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:925-44.
6. Field LM. Facial Tumescent Solution for Cryosurgery: Subtract the Epinephrine, Add a Steroid, and Avoid Spinal Needles. *Dermatol Surg* 2001;27: 98-99.

Mauricio Zanini

Especialista em Dermatologia. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Secretário Nacional do Departamento de Cirurgia Dermatológica ano 2002/2003.

Correspondência:

Mauricio Zanini
Rua Marechal Floriano Peixoto, 245 - Sala 87
Blumenau - Santa Catarina - Brasil - 89010-500
Tel.: 47-326-5326
e-mail: drzanini@ig.com.br