

Tratamento cirúrgico de perfuração palatina induzida por cocaína: relato de caso

Subtítulo: Tratamento cirúrgico de perfuração palatina induzida por cocaína

Surgical treatment of cocaine-induced palatal perforation: case report

Subtitle: Surgical treatment of cocaine-induced palatal perforation

Mariana Pires Feletti¹, Clara Iasmin Marangone Cogo de Souza², Patrícia Roccon Bianchi³, Liliana Aparecida Pimenta de Barros⁴, Tânia Regina Grão-Velloso⁴, Daniela Nascimento Silva⁵

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas (PPGCO) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ²Graduanda em Odontologia da UFES, ³Doutora em Clínica Odontológica, Docente do Curso de Especialização da Associação Brasileira de Odontologia – Seção/ES, ⁴Doutora em Patologia Bucal, Docente do PPGCO/UFES, ⁵Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Docente do PPGCO/UFES.

Resumo

Introdução: a lesão destrutiva em linha média induzida por cocaína (LDLMIC) pode se manifestar a partir da inalação crônica dessa substância. As lesões palatinas causadas pela LDLMIC podem gerar defeitos funcionais na fala e na deglutição. O tratamento é desafiador e dependente da cessação do uso da droga. **Objetivo:** apresentar um caso clínico de paciente com LDLMIC, abordando a palatoplastia de von Langenbeck para fechamento da perfuração palatina. **Relato do caso:** mulher de 45 anos, parda, ex-usuária de cocaína, fumante, apresenta perfuração palatina e destruição parcial do septo nasal, associadas à LDLMIC. Os exames laboratoriais revelaram anemia, neutrofilia e eosinofilia discretas, e foram não reagentes para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), anticorpos anticitoplasma de neutrófilos-padrão citoplasmáticos (C-ANCA) e padrão perinuclear (P-ANCA) e VDRL, auxiliando no diagnóstico diferencial com outras lesões destrutivas de linha média. A palatoplastia de von Langenbeck foi eleita para tratamento cirúrgico da perfuração palatina. **Resultados:** a técnica de von Langenbeck foi eficaz e efetiva no fechamento completo da perfuração palatina. Não houve intercorrências em 2,5 anos de pós-operatório. A paciente permanece sem o uso da droga e em acompanhamento periódico para avaliar a estabilidade do tratamento a longo prazo. **Conclusão:** o manejo da paciente com perfuração palatina associada à LDLMIC foi baseado na abstinência completa e prolongada de cocaína e na reconstrução cirúrgica do palato. A palatoplastia de von Langenbeck promoveu o fechamento completo da perfuração palatina associada à LDLMIC, sendo uma alternativa viável para reabilitação funcional do palato, quando realizada após o paciente cessar o uso da droga.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; fístula bucoantral; transtornos relacionados ao uso de cocaína; obturadores palatinos.

Abstract

Introduction: Cocaine-induced midline destructive lesion (CIMDL) can manifest from chronic cocaine inhalation. Palatal lesions caused by CIMDL can generate functional defects in speech and swallowing. Treatment is challenging and depends on cessation of drug use. **Objective:** To present a clinical case of a patient with CIMDL, addressing von Langenbeck palatoplasty for the closure of the palatal perforation. **Case report:** A 45-year-old woman, brown, former cocaine user and smoker, presents palatal perforation and partial destruction of the nasal septum associated with CIMDL. Laboratory tests revealed mild anaemia, neutrophilia, and eosinophilia. They were nonreactive for Human Immunodeficiency Virus-HIV, Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies (C-ANCA) and Perinuclear Antibodies (P-ANCA), and VDRL, which helped in the differential diagnosis with other destructive midline lesions. Von Langenbeck palatoplasty was chosen for the surgical treatment of palatal perforation. **Results:** The von Langenbeck technique effectively and efficiently closed the palatal perforation. There were no complications in the 2.5-year postoperative period. The patient remains drug-free and undergoes periodic follow-up to assess the stability of long-term treatment. **Conclusion:** The management of the patient with palatal perforation associated with CIMDL was based on complete and prolonged abstinence from cocaine and surgical reconstruction of the palate. In this case report, Von Langenbeck palatoplasty promoted complete closure of palatal perforation associated with CIMDL, being a viable alternative for functional rehabilitation of the palate when performed after the patient has ceased drug use. **Keywords:** Oral surgery; oroantral fistula; cocaine-related disorders; palatal obturators.

INTRODUÇÃO

À medida que o uso de cocaína se dissemina, ainda que ilegal no Brasil, tornam-se mais frequentes, e com maior espectro, as patologias clínicas relacionadas a essa forma de abuso da droga, dentre elas, a lesão destrutiva

em linha média induzida por cocaína (LDLMIC). A LDLMIC foi descrita primeiramente por Becker, Hill¹ (1988) como “Granuloma de linha média devido ao uso ilícito de cocaína”, sendo definida como uma condição que pode se manifestar a partir da inalação crônica de cocaína e se caracteriza por necrose da linha média centrofacial².

A via de administração de cocaína em pó mais utilizada é a inalação intranasal ou “bufar”. Portanto, os efeitos adversos da droga no trato respiratório superior

Corresponding / Correspondence: Daniela Nascimento Silva – Endereço: Av. Marechal Campos, 1468, 29075-910 – Bonfim, Vitória – ES – E-mail: nascimentosilva.daniela@gmail.com

são frequentes³. Os usuários crônicos de cocaína parecem estar igualmente sujeitos aos efeitos isquêmicos e irritantes locais dos cristais de cocaína⁴, visto que sucessivos danos na mucosa e no pericôndrio podem levar à necrose isquêmica da cartilagem septal e perfuração do septo nasal. Ocasionalmente, a LDLMIC causa extensa erosão das estruturas osseocartilaginosas do nariz, dos seios maxilares e do palato^{2,5}. A perfuração palatina ou fístula oronasal pode variar de um pequeno defeito à completa destruição do palato duro nos casos mais avançados^{3,5-7}.

O tratamento da fístula oronasal pode ser conservador, com o uso de um obturador protético, ou o fechamento cirúrgico, e precisa ser individualizado para cada caso. Apesar de diversas técnicas de palatoplastia serem indicadas para correção do defeito palatino associado à LDLMIC^{7,8-10}, dentre elas a palatoplastia de von Langenbeck^{7,10}, não existe um consenso quanto à melhor opção terapêutica¹¹, e o tratamento cirúrgico é desafiador, pois seu sucesso depende da cessação do uso da droga¹².

Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente com LDLMIC, ex-usuária de cocaína, que foi submetida a tratamento cirúrgico para fechamento da perfuração palatina pela palatoplastia de von Langenbeck.

RELATO DE CASO

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Espírito Santo – UFES (parecer nº. 4719538), este relato de caso trata de uma paciente do sexo feminino, cor parda autodeclarada, 45 anos, fumante (média de 15 cigarros por dia), ex-usuária de cocaína (sem informações quanto à frequência e ao tempo de consumo, nem à dosagem utilizada), que buscou atendimento no Núcleo de Diagnóstico Bucal (NDB) da UFES, queixando-se de um “buraco no céu da boca”, sem sintomatologia dolorosa. Negou diabetes ou outro histórico médico de alterações locais e sistêmicas associado à fístula palatina. Ao exame intrabucal, observou-se uma fístula oronasal ovalada na região mediana do palato duro, medindo aproximadamente 5mm em seu maior diâmetro (Figura 1A).

A paciente não compareceu às consultas subsequentes e retornou somente após dois anos. Nessa consulta, a paciente informou ter cessado com o uso da droga há dois anos. Ao exame intrabucal, a fístula oronasal se apresentava com maiores dimensões, aproximadamente 15mm anteroposterior X 10mm transversal (Figura 1B). À época, foi confeccionada uma prótese parcial removível para reabilitação das áreas edêntulas (ausência dos elementos dentários 16, 18, 24, 26 e 27), com projeção para a abertura da fístula, utilizada como obturador palatino, a fim de impedir a regurgitação de líquidos e alimentos (Figura 1C).

Figura 1 – (A) Aspecto clínico intrabucal da fístula oronasal inicial; (B) após 2 anos de evolução; (C) prótese parcial removível utilizada com obturador palatino da fístula oronasal.



Fonte: autoria própria

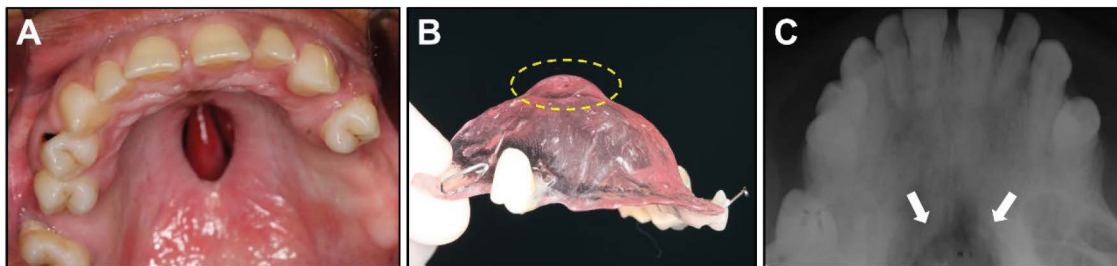
A paciente retornou após 4 anos, queixando-se de que a prótese com o obturador palatino (Figura 2B) estava mal adaptada e não vedava satisfatoriamente o orifício da fístula, permitindo a passagem de fluidos entre as cavidades oral e nasal. Na atualização da anamnese, a paciente informou que não fazia uso da cocaína há 6 anos, sendo, então, encaminhada para tratamento cirúrgico pela cirurgia bucomaxilofacial.

O exame físico não revelou alterações extrabucais e, intrabucalmente, a fístula oronasal manteve as dimensões registradas na consulta anterior (15 X 10mm). Através da fístula oronasal, foi possível visualizar uma

destruição parcial da porção inferior do septo nasal, cuja mucosa de revestimento se encontrava hiperemiada (Figura 2A). A mucosa palatina em torno da fístula se apresentava sem sinais de inflamação, necrose tecidual, exsudato, infecções ou presença de crostas. A paciente não apresentava alterações na fala, como voz nasalada em virtude da presença da fístula oronasal.

A radiografia oclusal total da maxila mostrou rarefação óssea na área onde clinicamente se apresentava a fístula, devido à reabsorção óssea palatina no local (Figura 2C).

Figura 2 – (A) Aspecto clínico intrabucal da fístula oronasal. Observa-se destruição da porção inferior do septo nasal, hiperemia da mucosa do septo e ausência de alguns elementos dentais. **(B)** Prótese parcial removível com obturador palatino (círculo tracejado) utilizada pela paciente. **(C)** Radiografia oclusal superior mostrando área radiolúcida (setas) onde clinicamente se apresentava a perfuração palatina.



Fonte: autoria própria

O diagnóstico de LDLMIC se baseou na anamnese detalhada, incluindo o relato da paciente quanto ao surgimento do orifício palatino após o uso crônico de cocaína, e no exame físico criterioso, sendo detectada a perfuração palatina e a destruição da porção inferior do septo nasal. Com auxílio de exames complementares, foram descartadas outras lesões destrutivas de linha média facial que fazem diagnóstico diferencial com a LDLMIC, como granulomatose com poliangiite (GPA ou doença de Wegener) e sífilis. No hemograma completo, destacam-se alterações discretas para anemia, especialmente pelo hematócrito (eritrócitos: 4,03 M/uL; hemoglobina: 11,5 g/dL; hematócrito 35,8%), neutrofilia (67,8 K/uL) e eosinofilia (7,5%). As pesquisas de anticorpos foram todas não reagentes para HIV (*human immunodeficiency virus* – vírus da imunodeficiência humana), autoanticorpos de neutrófilos-padrão citoplasmático (C-ANCA, *anticorps anti-cytoplasmatedes neutrophiles*) e padrão perinuclear (P-ANCA) (ambos < 0,20 EliA IU/mL) e VDRL (*venereal disease research laboratory*).

Profilaxia antibiótica com amoxicilina 500mg (04 cápsulas, 01 hora antes do procedimento) e uso do anti-inflamatório nimesulida 100mg (01 comprimido, 01 hora

antes do procedimento), ambos via oral, foram instituídos como medicação pré-operatória.

A cirurgia foi realizada pela equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial II do Curso de Odontologia da UFES, em ambiente ambulatorial. A palatoplastia de von Langenback sem retalho vomeriano foi eleita para o fechamento cirúrgico da fístula, sob anestesia local, por meio de bloqueio dos nervos palatinos maiores bilaterais e nasopalatino, utilizando-se lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine®, DFL, Rio de Janeiro/RJ, Brasil). A técnica de von Langenback consiste na realização de duas incisões parassagittais no palato duro, localizadas uma de cada lado e paralelamente à fístula palatina, com a finalidade de relaxar os tecidos moles lateralmente à fístula (Figura 3A). Os bordos da fístula também foram incisados, para torná-los cruentos e favorecer a união dos tecidos moles na linha média (Figura 3B). Procedeu-se ao descolamento mucoperiosteal total, formando um túnel entre as incisões laterais e os bordos da fístula, favorecendo o relaxamento do tecido (Figura 3C). Nessa técnica, as artérias palatinas maiores são preservadas e nutrem os retalhos mucoperiosteais bilateralmente.

Figura 3 – (A) incisões no palato duro laterais e paralelas à fístula; **(B)** incisões no bordo da fístula, tornando suas margens cruentas; **(C)** descolamento mucoperiosteal.



Fonte: autoria própria

Para sutura dos tecidos incisados, primeiramente foram realizados pontos simples isolados e em “U”, para aproximação completa dos bordos da fístula na linha média. Suturas contínuas ancoradas foram confeccio-

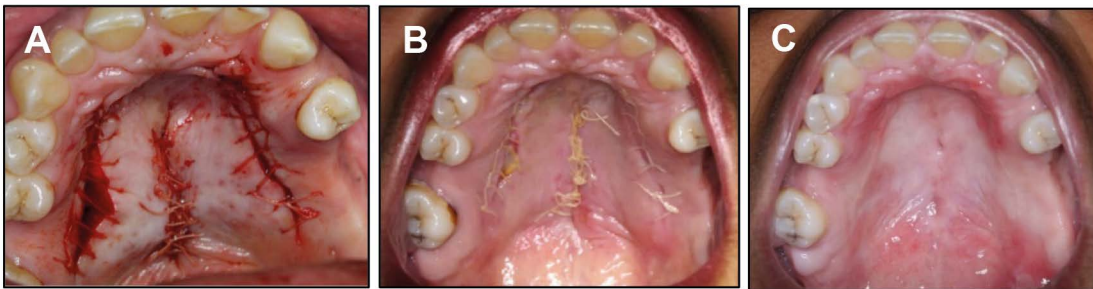
nadas nas incisões palatinas laterais para mantê-las em posição, sem intenção de aproximá-las, para não tensionar a sutura mediana (Figura 4A). Foi utilizado fio de sutura absorvível de Poliglactina 370 e Estearato de

Cálcio, número 4-0 (Vicryl®, Ethicon®, Johnson & Johnson do Brasil Ind. Com. Ltda). A medicação pós-operatória consistiu na administração de nimesulida 100mg (de 12/12h, por 04 dias) como anti-inflamatório e dipirona 500mg (de 06/06h, por 2 dias) para analgesia, ambos via oral. Os cuidados pós-operatórios incluíram dieta líquida-pastosa e fria, e limpeza na ferida cirúrgica com solução de digluconato de clorexidina 0,12%.

A palatoplastia de von Langenbeck resultou no fechamento cirúrgico completo da fístula palatina. Não houve intercorrências trans ou pós-operatórias. Aos 7 dias após a cirurgia, a mucosa palatina apresentava processo de cicatrização normal, com as suturas em posição (Figura

4B). Durante pandemia da Covid-19, o acompanhamento da paciente foi interrompido em virtude da suspensão dos atendimentos clínicos na Universidade. Na avaliação física pós-operatória de 2,5 anos, a paciente apresentou mucosa palatina com excelente cicatrização, fechamento completo do palato e sem sinais de recidiva (Figura 4C). Na avaliação clínica, a paciente não apresentou queixas e referiu melhora na qualidade de vida em virtude da possibilidade da deglutição sem regurgitação de alimentos para a cavidade nasal. A paciente foi encaminhada para reabilitação protética para substituição dos elementos ausentes.

Figura 4 – (A) suturas em pontos simples isolados e em U aproximando os bordos da fístula e sutura contínua nas incisões palatinas laterais. **(B)** pós-operatório de 7 dias. Mucosa em processo de cicatrização normal. Sutures em posição. **(C)** Pós-operatório de 2,5 anos: mucosa palatina com ótima cicatrização e fechamento completo da fístula.

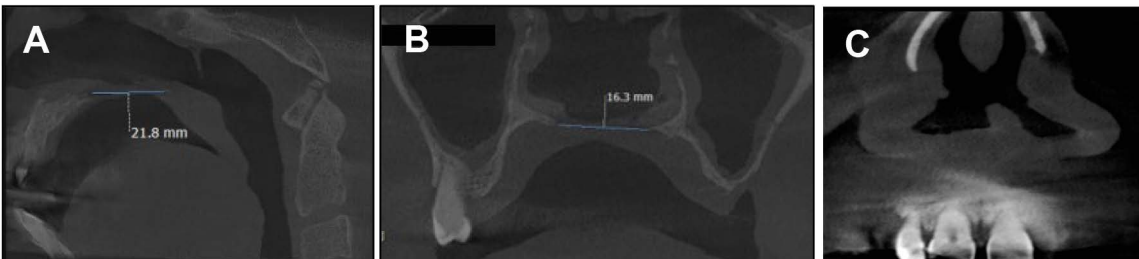


Fonte: autoria própria

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) pós-operatória mostra interrupção do contorno ósseo da abóbada palatina, medindo 21,8mm anteroposterior e 16,3mm transversal, observadas nos cortes sagital e coronal, respectivamente (Figura 5A e B), devido à reabsorção óssea na área onde clinicamente se apresentava a perfuração palatina, visto que não foi realizado enxerto

para reconstrução da perda óssea. Nota-se continuidade dos tecidos moles do palato adjacente à perda óssea, separando a cavidade bucal da cavidade nasal (Figura 5B). Observa-se destruição da porção inferior do septo nasal no corte coronal (Figura 5C). A paciente seguirá em acompanhamento para avaliar a estabilização da mucosa palatina a longo prazo.

Figura 5 – Corte sagital (A) e coronal (B) da tomografia computadorizada cone beam, mostrando as maiores dimensões da fístula oronasal no sentido anteroposterior e transversal, respectivamente. (C) Corte coronal mostrando a destruição da porção inferior do septo nasal.



Fonte: autoria própria

DISCUSSÃO

A etiopatogênese das LDLMIC é intrigante e multifatorial. A destruição tecidual parece ser uma resposta inflamatória necrótica desencadeada pelo abuso de

cocaína, resultante de uma combinação de fatores como vasoconstrição local, irritação química, trauma mecânico devido à inalação em alta velocidade, efeito tóxico de adulterantes misturados com cocaína (anfetaminas ou

caféina), infecção bacteriana secundária, formação de ANCA, imunossupressão e inibição dos osteoblastos. Os efeitos indutores de apoptose da cocaína são dependentes da dose e do tempo¹¹.

O diagnóstico de LDLMIC, nessa paciente, baseou-se em dois critérios básicos estabelecidos por Di Cosola et al.¹¹ (2021), que incluem, como elemento essencial para um diagnóstico correto, a história clínica detalhada, associada a um exame clínico exaustivo e preciso para avaliar os danos nos tecidos. Embora os usuários de cocaína raramente admitam a dependência de drogas^{2,11}, a paciente relatou, desde a primeira consulta, o surgimento da perfuração palatina após o uso crônico da cocaína. Segundo Blanco, Martín¹³ (2017), para o diagnóstico de LDLMIC, devem estar presentes pelo menos dois dos seguintes sinais: perfuração do septo nasal, destruição da parede nasal lateral e envolvimento ou perfuração do palato duro. Portanto, a presença de perfuração palatina e a destruição parcial do septo nasal, nessa paciente, já caracteriza a LDLMIC. O envolvimento com perfuração ou destruição do septo nasal é a complicação mais conhecida do consumo de cocaína via nasal, e pode ser encontrada em cerca de 5% dos usuários de cocaína⁹. Na casuística de Trimarchi et al.¹⁴ (2003), o acometimento do septo nasal esteve presente invariavelmente em todos os 25 pacientes com LDLMIC, enquanto 24% deles apresentaram perfuração palatina.

Não foram observados outros sinais clínicos da LDLMIC no presente caso. No entanto, a apresentação clínica pode variar desde atrofia da mucosa nasal, formação de tecido de granulação com crostas difusas intranasais, exsudato fétido, epistaxe, sinusite crônica, até cefaleia, febre, deformidades nasais, fístulas nasocutâneas, lesões ulcerativas necróticas e perfuração septal, destruição dos cornetos médio e superior, da parede lateral do nariz e palato duro, causando disfagia, refluxo nasal, dor orofaríngea, fala nasalada e halitose^{2,11,14}.

O consumo de cocaína está associado a múltiplas complicações, algumas das quais podem mimetizar doenças sistêmicas, particularmente vasculites associadas aos ANCA¹², e outras doenças inflamatórias neoplásicas e necrosantes agressivas com destruição palatina, sífilis terciária, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, tuberculose, leishmaniose e infecções fúngicas¹¹. Deve-se, portanto, estabelecer o diagnóstico diferencial da LDLMIC com outras lesões destrutivas da linha média.

Os resultados dos exames sorológicos para C-ANCA e P-ANCA não foram reagentes na paciente em questão, excluindo a GPA, que apresenta C-ANCA positivo. A realização desses exames é importante pois, apesar de a positividade de ANCA sugerir fortemente um diagnóstico da GPA, a literatura refere uma alta taxa de positividade de ANCA em usuários de cocaína^{14,15}. Os estudos de Wiesner et al. (2004)¹⁵ registraram 84% dos pacientes com LDLMIC positivos para o teste ANCA. O padrão de positividade do C-ANCA encontrado por Trimarchi et al.¹⁴ (2003), em cinco pacientes de sua amostra, era indistinguível daquele

tipicamente observado na GPA. No entanto, uma caracterização mais detalhada do ANCA detectado em usuários de cocaína mostra um espectro de epítomos diferente daqueles tipicamente encontrados na GPA. O padrão de coloração citoplasmática (C-ANCA) predomina na GPA, enquanto o padrão de coloração perinuclear (P-ANCA) é típico da LDLMIC. Os ANCA, especificamente para elastase de neutrófilos, representam um valioso marcador de diagnóstico para LDLMIC e quase nunca são detectáveis em pacientes com GPA¹¹. No entanto, um padrão distinto de P-ANCA direcionado à elastase está frequentemente presente em LDLMIC, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial. Nesses casos, o aspecto histopatológico da lesão pode conduzir ao diagnóstico conclusivo¹⁵.

Segundo Trimarchi et al.¹⁴ (2003), é possível que esses pacientes com LDLMIC P-ANCA positivos tenham uma predisposição subjacente para a formação de autoanticorpos, ou ainda que a cocaína ou outros adulterantes usados nas preparações induzam ANCA em tais pacientes predispostos. Por outro lado, muitas infecções foram associadas a uma variedade de ANCA. A presença de superinfecções e lesões de tecido necrótico podem dar origem a superantígenos que mantêm a produção de anticorpos, ou eles podem ser uma resposta específica direta a epítomos expressos no organismo, resultando em anticorpos que reagem de forma cruzada com constituintes de neutrófilos (mimetismo molecular). A paciente do presente caso não possuía sinais clínicos de infecção, nem tecido necrótico na área da fístula, apesar de apresentar leve neutrofilia não especificada, mas não associada à LMIDC, além de VDLR negativo, que exclui lesões palatinas da sífilis terciária.

O envolvimento palatino em pacientes com LDLMIC pode variar desde uma comunicação oronasal de alguns milímetros à completa destruição do palato^{3,5-7}, sendo preservado apenas o processo alveolar³, provavelmente devido à maior espessura óssea e à presença de osso esponjoso mais vascularizado dessa região. É frequente o profissional observar o surgimento e (ou) o aumento da destruição tecidual ao longo do período de acompanhamento, quando os pacientes continuam fazendo uso da cocaína⁶. No presente caso, houve um aumento do tamanho da perfuração palatina nos dois primeiros anos de acompanhamento, mesmo a paciente tendo relatado a suspensão do uso da cocaína.

Os achados radiográficos e tomográficos acompanharam os achados clínicos, no presente estudo. O exame tomográfico é importante, pois algumas estruturas mais internas, não visíveis clinicamente, podem ser identificadas pelas imagens tomográficas, como, por exemplo, o envolvimento das conchas nasais médias e superiores, da lâmina papirácea do osso etmoide, a ausência do vômer e a destruição das paredes dos seios maxilares e etmoidais^{3,9,14}. O exame de imagem por ressonância magnética tem sido indicado para descrever com precisão os diferentes componentes dos tecidos moles intranasais na LDLMIC, complementar ao exame tomográfico⁵.

A literatura mostra uma maior prevalência de LDL-MIC com perfuração palatina em mulheres. Ainda que o consumo de cocaína seja maior entre os homens, as mulheres têm se mostrado mais suscetíveis à perfuração do palato pelo uso crônico da cocaína, e propensas a desenvolverem um maior comprometimento inflamatório dos tecidos conjuntivos, cartilagosos e ósseos¹³. Uma possível explicação para isso pode ser o fato de as mulheres apresentarem níveis sanguíneos mais baixos da cocaína e poderem se tornar usuárias mais pesadas que os homens, devido a essa menor sensibilidade à droga⁸.

A abordagem e o tratamento de usuários de cocaína representam um verdadeiro desafio clínico⁹, em virtude da escassa cooperação do paciente e devido a seu estilo de vida, que favorece uma evolução desfavorável da LMIDC¹⁶.

Os principais objetivos do tratamento cirúrgico são o fechamento da fístula palatal e a correção de deformidade estética associada, se houver⁷. Deve-se considerar que as técnicas cirúrgicas para substituição do tecido perdido apresentam limitações, como morbidade do sítio doador, reabsorção de enxertos, exigência de maior tempo cirúrgico e indisponibilidade de área doadora autógena, em muitos casos¹⁷. Portanto, para muitos pacientes, um obturador protético pode ser o tratamento de escolha, mesmo temporário, enquanto se aguarda o momento do fechamento cirúrgico⁷. Como no presente relato, em que a paciente utilizou um obturador palatino protético por 4 anos, buscando pela reabilitação cirúrgica quando o obturador estava desadaptado.

A palatoplastia de von Langenbeck foi eleita para o fechamento da perfuração palatina por ser uma técnica simples e segura, apresentar menor morbidade, quando comparada a outros retalhos como os de base de língua e antebraço^{9,11}, e por ser indicada com sucesso para fechamento de fissuras palatinas, mesmo com grandes dimensões, sem envolvimento de lábio^{8,10}, bem como para fechamento de fístulas oronasais resultantes de sequelas de neoplasia palatinas ou de sua remoção cirúrgica¹¹. Outra vantagem atribuída à técnica de von Langenbeck é a menor necessidade de cirurgias secundárias, quando comparada às palatoplastias de Bardach, Veau-Wardill-Kilner e Furlow¹⁸.

O fechamento palatino simples preconizado por von Langenbeck, em 1859, é possivelmente a palatoplastia mais antiga, amplamente utilizada ainda hoje. As incisões laterais relaxantes foram introduzidas no intuito de reduzir a tensão no fechamento da linha média¹⁹. No presente caso, excelentes resultados foram alcançados. Com o fechamento completo da mucosa palatina na região da perfuração, a função palatina foi reestabelecida, sem complicações pós-operatórias e sem sinais de recidiva, de modo semelhante a resultados encontrados na literatura⁸. Taiwo, Braimah, Ile-Ogendengbe, Farouk¹⁰ (2022) relataram uma complicação pós-operatória pelo surgimento de uma fístula persistente na incisão parasagital da palatoplastia de von Langenbeck utilizada para

fechamento de perfuração palatina associada à LMIDC. Posteriormente, obtiveram sucesso com o uso de concentrado de plasma rico em fibrina na obliteração da fístula, por auxiliar a cicatrização e dificultar a ruptura da ferida.

No presente caso, optou-se pela técnica de von Langenbeck sem retalho vomeriano, na qual não se realiza a incisão e a sutura da mucosa do septo nasal à mucosa do assoalho nasal, devido à dificuldade de acesso à cavidade nasal via abertura palatina, ou narinas, e possibilidade de sangramento intenso da mucosa nasal, sendo desconfortável para a paciente, considerando que o procedimento cirúrgico foi realizado em ambiente ambulatorial.

Para evitar falha do tratamento cirúrgico, é imprescindível a suspensão do uso da cocaína pelo paciente antes, durante e após o tratamento, sem recaídas, sendo recomendado o monitoramento por meio de testes toxicológicos¹¹. O tempo mínimo de intervalo livre do uso da droga permanece controverso, e não há experiência significativa no tema que possa servir de orientação. Os pacientes devem confirmar que eles já não estão usando a droga, e a lesão deve estar relativamente estável. Somente a remoção consistente de estímulos à produção de autoanticorpos, ou seja, a cocaína e as infecções bacterianas, pode interromper o processo da doença, prevenir a progressão das lesões e aumentar a probabilidade de sucesso no tratamento cirúrgico⁹. No pré-operatório, a paciente informou que não fazia uso da cocaína há 6 anos, e a lesão permaneceu estável por 4 anos, constituindo pré-requisitos para o tratamento cirúrgico instituído.

Ainda hoje, as LMIDC são negligenciadas com frequência na prática clínica¹¹. Embora vários procedimentos reconstrutivos ou próteses obturadoras maxilares tenham sido propostos para reparar defeitos palatais, a melhor opção terapêutica continua sendo objeto de estudo na literatura¹¹. A abordagem e o tratamento de usuários de cocaína representam um verdadeiro desafio clínico⁹, em virtude da escassa cooperação do paciente e devido a seu estilo de vida, que favorece uma evolução desfavorável da LMIDC¹⁶.

Os pacientes precisam ser orientados quanto aos riscos do uso indevido de cocaína e ao insucesso do tratamento caso esse hábito não seja removido definitivamente¹⁶. Se o abuso continuar, qualquer intervenção terapêutica está fadada ao fracasso. A decisão de tratar ou não, bem como o melhor momento do tratamento em relação à duração da abstinência representa um diferencial na decisão sobre a melhor conduta⁹.

Ainda hoje, as LMIDC são negligenciadas com frequência na prática clínica¹¹. Embora vários procedimentos reconstrutivos ou próteses obturadoras maxilares tenham sido propostos para reparar defeitos palatais, a melhor opção terapêutica continua sendo objeto de estudo na literatura¹¹.

Os pacientes precisam ser orientados quanto aos riscos do uso indevido de cocaína e ao insucesso do tratamento caso esse hábito não seja removido definitivamente.

vamente¹⁶. Se o abuso continuar, qualquer intervenção terapêutica está fadada ao fracasso. A decisão de tratar ou não, bem como o melhor momento do tratamento em relação à duração da abstinência representa um diferencial na decisão sobre a melhor conduta⁹.

CONCLUSÃO

O manejo da paciente com perfuração palatina associada à LDLMIC se baseou na abstinência completa e prolongada de cocaína e na reconstrução cirúrgica do palato. A palatoplastia de von Langenbeck mostrou-se uma técnica simples, segura, e efetiva para o fechamento completo da perfuração palatina associada à LDLMIC, sendo uma alternativa viável para reabilitação funcional do palato, quando realizada após o paciente cessar o uso da droga.

REFERÊNCIAS

1. Becker GD, Hill S. Midline granuloma due to illicit cocaine use. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988 Jan;114(1):90-1. doi: 10.1001/archotol.1988.01860130094023
2. Trimarchi M, Bondi S, Della Torre E, Terreni MR, Bussi M. Palate perforation differentiates cocaine-induced midline destructive lesions from granulomatosis with polyangiitis. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2017 Aug;37(4):281-5. doi: 10.14639/0392-100X-1586
3. Seyer BA, Grist W, Muller S. Aggressive destructive midfacial lesion from cocaine abuse. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Apr;94(4):465-70. doi: 10.1067/moe.2002.126020
4. Trimarchi M, Bussi M, Sinico RA, Pierluigi M, Specks U. Cocaine-induced midline destructive lesions—an autoimmune disease? *Autoimmun Rev.* 2013 Feb;12(4):496-500. doi: 10.1016/j.autrev.2012.08.009
5. Maldjian C. Giant mucocele secondary to cocaine abuse. *Radiol Case Rep.* 2020 Dec 30;16(3):589-92. doi: 10.1016/j.radcr.2020.12.025
6. Bianchi FA, Gerbino G, Tosco P, Tanteri G, Gatti G, Ramieri G. Progressive midfacial bone erosion and necrosis: case report and differential diagnosis. *J Cranio Maxillofac Surg.* 2014 Dec;42(8):1698-703. doi: 10.1016/j.jcms.2014.06.002
7. Colletti G, Autelitano L, Chiapasco M, Biglioli F, Giovanditto F, Mandalà M, et al. Comprehensive surgical management of cocaine-induced midline destructive lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Jul;72(7):1395. doi: 10.1016/j.joms.2014.03.013
8. Cintra HL, Basile FV, Tournieux TT, Pitanguy I. Midline palate perforation secondary to cocaine abuse. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008 Mar;61(5):588-90. doi: 10.1016/j.bjps.2007.08.028
9. Mari A, Arranz C, Gimeno X, Lluch J, Pericot J, Escuder O, et al. Nasal cocaine abuse and centrofacial destructive process: report of three cases including treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Apr;93(4):435-9. doi: 10.1067/moe.2002.121989
10. Taiwo AO, Braimah RO, Ile-Ogendengbe BO, Farouk AM. Role of Platelet Rich Fibrin in the Closure of Oronasal Fistula. A Case Report. *J West Afr Coll Surg.* 2022 Apr-Jun;12(2):115-8. doi: 10.4103/jwas.jwas_41_22
11. Di Cosola M, Ambrosino M, Limongelli L, Favia G, Santarelli A, Cortelazzi R, et al. Cocaine-Induced Midline Destructive Lesions (CIMDL): A Real Challenge in Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jul 23;18(15):7831. doi: 10.3390/ijerph18157831
12. Blaison F, Faganello D, Goigoux C, Mercié P, Baulier G, Contin-Bordes C, et al. Cocaïne et lésions destructrices centro-faciales: à propos d'un cas. *Rev Méd Interne.* 2020 Sept;41(9):622-7. doi: 10.1016/j.revmed.2020.04.010
13. Blanco GF, Martínéz M. Case for diagnosis. Palate perforation due to cocaine use. *An Bras Dermatol.* 2017 Nov-Dec; 92(6):877-8. doi: 10.1590/abd1806-4841.20177232
14. Trimarchi M, Nicolai P, Lombardi D, Facchetti F, Morassi MA, Maroldi R, et al. Sinonasal osteocartilaginous necrosis in cocaine abusers: experience in 25 patients. *Am J Rhinol.* 2003 Jan-Feb;17(1): 33-43. doi: 10.1177/194589240301700107
15. Wiesner O, Russell KA, Lee AS, Jenne DE, Trimarchi M, Gregorini G, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies reacting with human neutrophil elastase as a diagnostic marker for cocaine-induced midline destructive lesions but not autoimmune vasculitis. *Arthritis Rheum.* 2004 Sept;50(9):2954-65. doi: 10.1002/art.20479
16. Souza VG, Marcório EC, de Lourdes Carvalho A, Miranda CSS. Cocaine-induced midline destructive lesion: an unfavorable evolution. *Clin Toxicol.* 2021 Feb;59(2):175-6. doi: 10.1080/15563650.2020.1775242
17. Martínez Álvarez O, Barone A, Covani U, Fernández Ruiz A, Jiménez Guerra A, Monsalve Guil L, et al. Injertos óseos y biomateriales en implantología oral. *Av Odontostomatol.* 2018 May-Jun;34(3):111-9.
18. Simkova Gabrielova Z, Macho P, Fedeles J, Simko L, Radtke C, Demesova L. Evaluation of patients after different types of secondary cleft palate repair. *Bratisl Lek Listy.* 2022;123(7):491-5. doi: 10.4149/BLL_2022_078
19. Sakran KA, Liu R, Yu T, Al-Rokhami RK, He D. A comparative study of three palatoplasty techniques in wide cleft palates. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021 Feb;50(2):191-7. doi: 10.1016/j.ijom.2020.07.016

Submetido em 18/08/2023

Aceito em 10/09/2024