

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica

Evandro Matheus Pantoja Pereira

**Planejamento Cirúrgico e Reconstrução de Parede Torácica com o Retalho
Fasciocutâneo Tóracoepigástrico em Câncer de Mama Localmente Avançado**

Rio de Janeiro

2019

Evandro Matheus Pantoja Pereira

Planejamento Cirúrgico e Reconstrução de Parede Torácica com o Retalho Fasciocutâneo Tóracoepigástrico em Câncer de Mama Localmente Avançado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica

Orientador: Dr. Frederico Avellar Silveira Lucas

Rio de Janeiro

2019

Evandro Matheus Pantoja Peireira

Planejamento Cirúrgico e Reconstrução de Parede Torácica com o Retalho Fasciocutâneo Tóracoepigástrico em Câncer de Mama Localmente Avançado

Avaliado e Aprovado por:

Dr Frederico Avellar Silveira Lucas – orientador

Ass. _____

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Rio de Janeiro

Ano 2019

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos pacientes, pois me ensinaram, e ensinam, a ser
cada vez mais simples, mais fraterno e mais humano.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a sabedoria universal, mente cósmica onipresente, a que chamamos de Deus, pois é Dele que tudo flui e a que tudo retorna.

EPÍGRAFE

“Senhor que és Deus, se eu Te busco pelo medo do Teu inferno, queima-me no Teu inferno! Se eu Te busco pelo desejo do Teu céu, expulsa-me do Teu Céu. Mas se eu Te busco apenas pelo que és, recebe-me no seio da Tua glória e revela-me a Tua face.”

RESUMO

PEREIRA, Evandro Matheus Pantoja. **Planejamento Cirúrgico e Reconstrução de Parede Torácica com o Retalho Fasciocutâneo Tóracoepigástrico em Câncer de Mama Localmente Avançado** Monografia – INCA. Rio de Janeiro, 2019.

O Câncer de mama localmente avançado continua a ser um problema significativo em países em desenvolvimento e uma apresentação de câncer de mama comum em todo o mundo, caracterizado pelos estádios clínicos IIIB ou IV, que representam 20 a 25% de todos os casos. . O fechamento adequado do defeito torácico é a principal preocupação e uma variedade de técnicas tem sido implementadas através das últimas quatro décadas. Os defeitos originados do tratamento cirúrgico devem ser cuidadosamente estudados para o planejamento da reconstrução mais adequada, levando em consideração a localização, o tamanho, a profundidade e os possíveis retalhos da vizinhança. O retalho fasciocutâneo tóracoepigástrico insere-se nesse cenário como uma boa alternativa de reconstrução após ressecção de tumores de mama localmente avançados.

Palavras-chave: RETALHO TORACOEPIGASTRICO; RETALHO FASCIOCUTÂNEO; RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA; NEOPLASIA DE MAMA;

ABSTRACT

PEREIRA, Evandro Matheus Pantoja. **Planejamento Cirúrgico e Reconstrução de Parede Torácica com o Retalho Fasciocutâneo Tóracoepigástrico em Câncer de Mama Localmente Avançado** Monografia – INCA. Rio de Janeiro, 2019.

Locally advanced breast cancer continues to be a significant problem in developing countries and a common breast cancer presentation worldwide, characterized by clinical stages IIIB or IV, which account for 20 to 25% of all cases. . Proper closure of the thoracic defect is the primary concern and a variety of techniques have been implemented over the past four decades. The defects originated from the surgical treatment must be carefully studied for the most adequate reconstruction planning, taking into account the location, size, depth and possible neighborhood flaps. The thoracoepigastric fasciocutaneous flap presents itself on this background as a good alternative for reconstruction after locally advanced breast tumors resections.

Keywords: RETALHO TORACOEPIGÁSTICO; RETALHO FASCIOCUTÂNEO; RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA; NEOPLASIA DE MAMA;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Anatomia do Retalho Toracoepigástrico	3
Figura 2. Marcação do Retalho Toracoepigástrico.....	3
Figura 3. Dissecção do Retalho Toracoepigástrico.....	4
Figura 4. Vascularização do Retalho Toracoepigástrico.....	5
Figura 5. Variantes do Retalho Toracoepigástrico.....	5

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	2
2.1	INDICAÇÕES PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA.....	2
2.2	PLANEJAMENTO CIRÚRGICO	2
3.	RETALHO TÓRACOEPIGÁSTRICO	2
3.1	ANATOMIA	2
3.1.1	MARCAÇÃO E PROJEÇÃO DO RETALHO	3
3.1.2	DISSECÇÃO DO RETALHO.....	4
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	5

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama localmente avançado continua a ser um problema significativo em países em desenvolvimento e uma apresentação de câncer de mama comum em todo o mundo¹. Seu tratamento agressivo, que algumas vezes pode incluir altas doses de irradiação, hipertermia e quimioterapia, tem aumentado a complexidade no tratamento dos defeitos ocasionados². A reconstrução imediata é controversa, particularmente suas indicações clínicas e o tipo de reconstrução. O fechamento adequado do defeito torácico é a principal preocupação e uma variedade de técnicas tem sido implementadas através das últimas quatro décadas, incluindo enxertos de pele, retalhos locais fasciocutâneos e cutâneos, retalhos de omento, e retalhos miocutâneos tais quais peitoral maior, reto-abdominal, grande dorsal e oblíquo externo³.

Avanços nas técnicas cirúrgicas, na ventilação mecânica, no suporte de terapia intensiva, nos antibióticos com amplo espectro e na anestesia permitiram ressecções mais amplas, com morbidade e mortalidade aceitáveis, o que proporcionou melhora no prognóstico dos pacientes.

Os principais músculos utilizados para a reconstrução da parede torácica são: o latíssimo do dorso (LD), peitoral maior e o reto do abdome, cada um com suas vantagens e desvantagens, porém todos robustos, confiáveis e versáteis, com uma anatomia vascular consistente e possibilidade de utilização de uma ilha de pele associada. Retalhos locais ao acaso e retalhos fasciocutâneos toracoabdominais também apresentam sua utilidade em casos selecionados.

A escolha da técnica depende da localização extensão do defeito, da sua localização e disponibilidade das áreas doadoras, devendo-se levar em consideração abordagens cirúrgicas anteriores na região torácica e abdominal, bem como radioterapia⁴.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INDICAÇÕES PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA

A reconstrução da parede torácica compreende tanto a abordagem da parte esquelética como dos tecidos moles. Para quase todos os defeitos da caixa torácica, o fechamento primário, se possível, é o método mais simples e adequado. A localização e o tamanho do defeito são os fatores de maior importância para decisão da abordagem a ser feita. Se a deformidade causada pela ressecção envolve parcialmente a parede torácica, o fechamento primário com ou sem enxerto cutâneo satisfaz tanto do ponto de vista estético como oncológico. Não se deve esquecer a preservação dos vasos epigástricos superiores no sentido de manter a viabilidade dos músculos retos abdominais que poderão ser usados na reconstrução das partes moles⁴.

2.2 PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Os seguintes itens devem ser levados em conta no planejamento cirúrgico: 1.localização e extensão do comprometimento da parede torácica; 2.condições locais dos tecidos, como por exemplo, irradiação prévia, infecção localizada, inflamação ou cicatriz prévia; 3.estado clínico do paciente, levando se em conta se ele está em uso de quimioterápicos ou corticosteróide; 4.finalidade do procedimento, isto é, se a reconstrução da parede tem finalidade curativa ou paliativa⁵.

3 RETALHO TÓRACOEPIGÁSTRICO

3.1 ANATOMIA

O retalho tóracoepigástrico é baseado em perfurantes da artéria epigástrica superior estendendo-se a partir do músculo reto abdominal através do bainha anterior do reto na gordura do retalho. A anatomia venosa é através de perfurantes que acompanham a veia epigástrica superior. O suprimento nervoso fica por conta da divisão anterior dos ramos cutâneos laterais do sexto ao décimo nervos intercostais⁶.

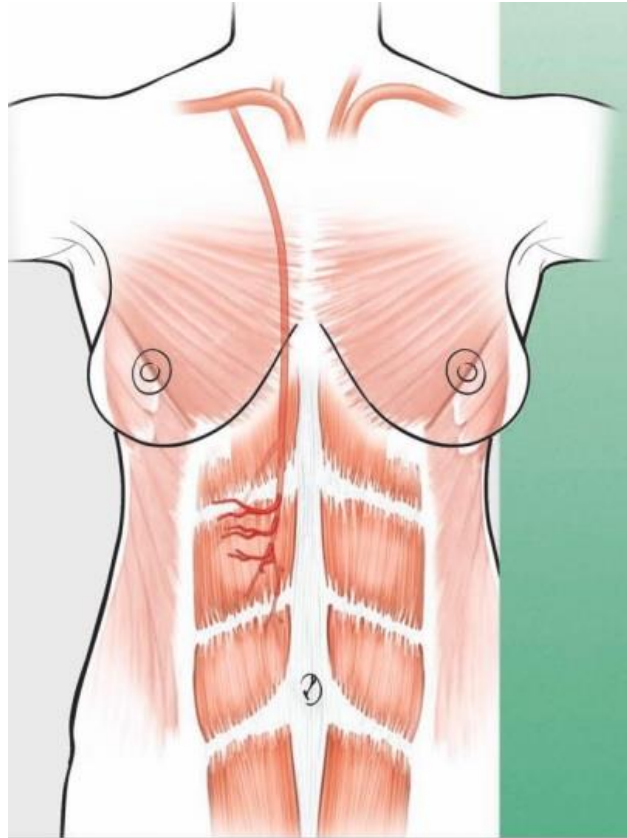


Figura 1: Anatomia do Retalho Toracoepigastrico

3.1.1 MARCAÇÃO E PROJEÇÃO DO RETALHO

O retalho de pele é orientado transversalmente ou ligeiramente obliquamente através do tronco lateral. A base da aba se estende entre o processo xifóide e um ponto 7 cm abaixo deste. Duas linhas paralelas desenhadas a partir desses dois pontos, que se estendem lateral ou obliquamente, os limites superior e inferior dos limites das abas. As duas linhas paralelas são então unidas como uma terminação elíptica ou retangular⁶.

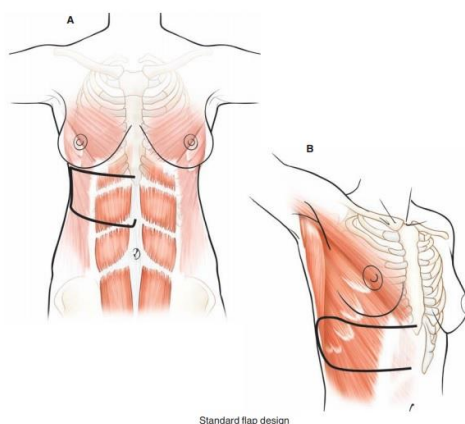


Figura 2. Marcação do Retalho Toracoepigástrico

3.1.2 DISSECÇÃO DO RETALHO

As incisões superior e inferior são incisadas e a dissecção superior é realizada sobre o músculo serrátil anterior; a incisão inferior é estendida até o músculo oblíquo externo. A ponta do retalho é então levantada imediatamente superficial às camadas faciais do serrátil e oblíquo externo, movendo-se progressivamente de lateral para medial. A dissecção estende-se até a linha semilunar medial, podendo ser realizada até que as perfurantes sejam vistas, mas essa dissecção pode ser perigosa, pois pode causar danos ao pedículo, tornando a aba isquêmica⁶.

Uma variante do retalho existe pela não confecção de uma borda inferior, sendo o retalho incisado somente com uma borda transversal e uma lateral. Um corte compensatório inferior em direção à linha média pode permitir uma rotação superior maior do retalho. A ponta deste retalho além da linha axilar anterior não é tão confiável quanto os componentes mais proximais e a viabilidade do retalho pode ser aumentada usando o procedimento de retardo vascular de 3 a 7 dias antes da elevação do retalho.

O fechamento da área doadora é feito primariamente por meio do descolamento reverso do abdome. Drenos são utilizados na área receptora e doadora do retalho⁵.

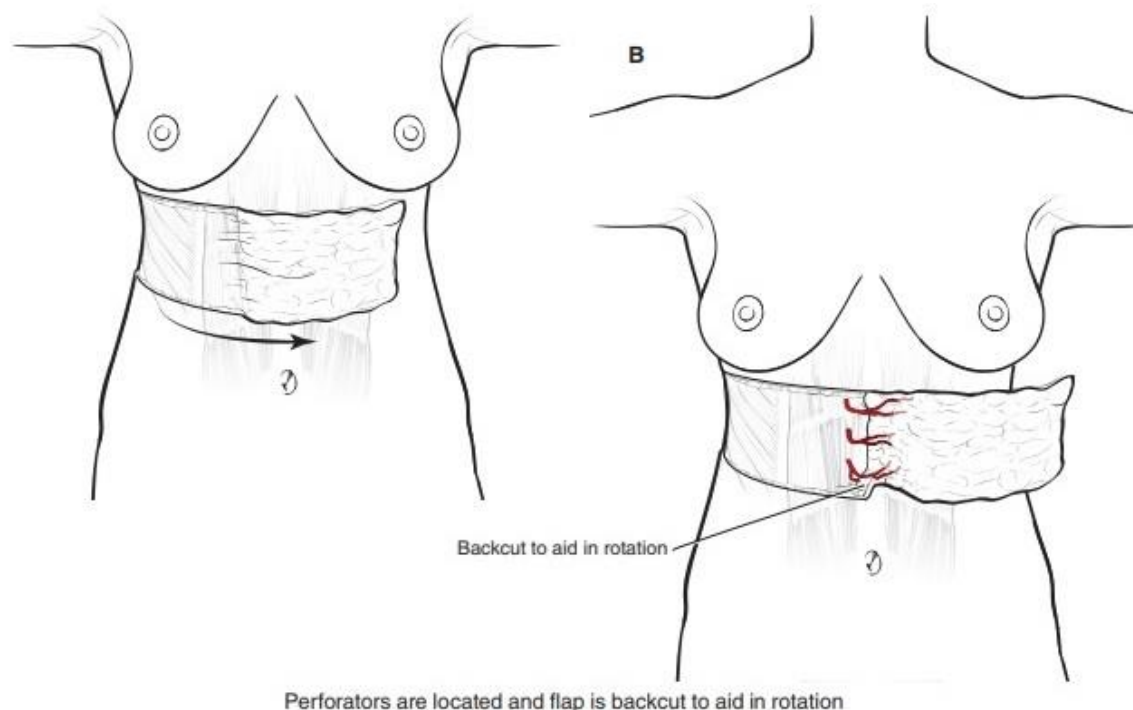


Figura 3. Dissecção do Retalho Toracoepigástrico

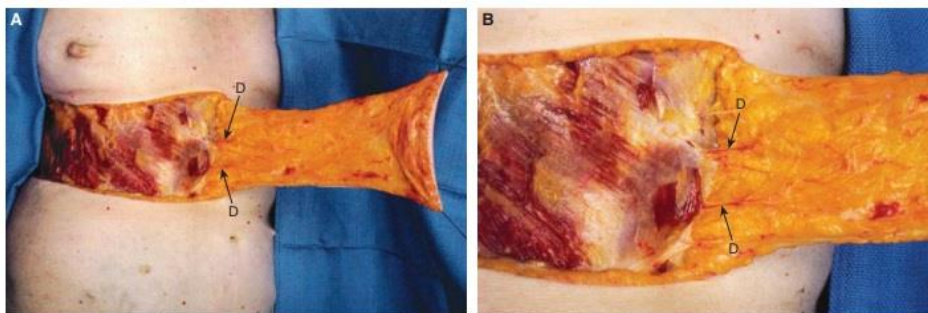


Figura 4. Vascularização do Retalho Toracoepigástrico

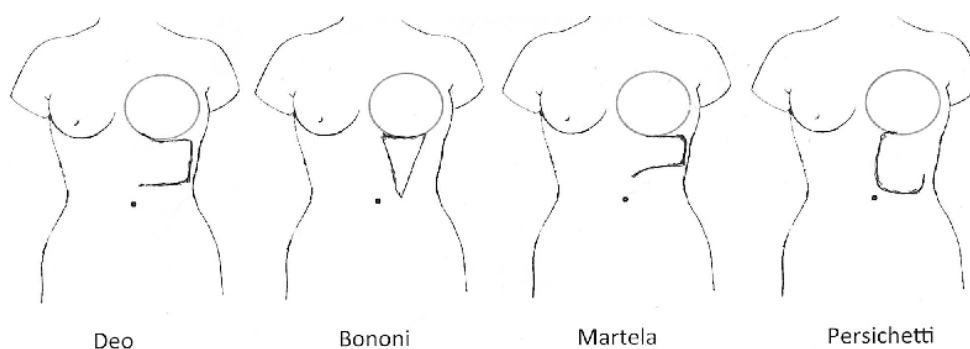


Figura 5. Variantes do Retalho Toracoepigástrico

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio localmente avançado do tumor primário, a qualidade do tecido adjacente à mama irradiada nas recidivas tumorais e as condições clínicas das pacientes são questões críticas para escolher o melhor método de reconstrução da parede torácica. Retalhos fasciocutâneos representam uma boa opção para o tratamento dessas lesões. Relatos de série de casos utilizando o retalho fasciocutâneo transverso abdominal toracoepigástrico em reconstrução de tórax, limitam-se a um número de dois a 16 casos. Estes relatos, apesar de descreverem bem a técnica, padrão vascular, limites anatômicos do retalho e das lesões torácicas fechadas por ele, não individualizam adequadamente suas complicações e o apresentam como um retalho delicado do ponto de vista vascular, por ter um segmento ao acaso ligado a sua porção axial. A linha axilar anterior define o final do padrão axial do retalho e, quanto mais ele se alonga em direção à linha axilar posterior, menos segura será a vascularização da sua extremidade, baseada apenas no plexo

subdérmico. Essa extremidade deverá ter uma marcação mais estreita por conta disso⁵.

Infecção de feridas operatórias na parede torácica nas quais foram realizadas desbridamento e cobertura subsequente com tecidos bem vascularizados tem demonstrado o controle da infecção e redução na incidência de complicações⁷. Entre as complicações mais comuns do retalho está a isquemia da borda distal, com possível deiscência de sutura nessa região⁵.

Em contraste com a evolução dramática no campo da reconstrução mamária, menos atenção vem sendo dada à reconstrução de grandes defeitos da parede torácica após a chamada “mastectomia higiênica”, em que a mastectomia é realizada em pacientes com câncer de mama localmente avançados com o objetivo de ablação da mama e tecidos da pele e minimizando a recorrência oncológica³. Diversas transferências de tecidos locorregionais foram introduzidas e o objetivo comum é fornecer cicatrização precoce da ferida e risco de falha total do retalho⁸.

Nesse sentido, o retalho fasciocutâneo tóracoepigástrico apresenta-se como uma das principais alternativas para a reconstrução desses defeitos, não somente pela sua versatilidade, como também pela variabilidade e relativa facilidade técnica em sua execução³.

O tratamento cirúrgico agressivo não só é viável em pacientes com tumores de mama localmente avançados, como também pode ser a única forma para controle local nesse grupo de pacientes. Diferentes técnicas para a reconstrução do tórax são possíveis, cada caso deve ser avaliado individualmente, devendo ser realizado o reparo que possibilite um menor trauma cirúrgico, menor morbidade e resultados estéticos aceitos de forma a não retardar o tratamento adjuvante nestes pacientes⁴.

REFERÊNCIAS

1. MUNHOZ AM, MONTAG E, ARRUDA E, ET AL. **IMMEDIATE LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER AND CHEST WALL RECONSTRUCTION: SURGICAL PLANNING AND RECONSTRUCTION STRATEGIES WITH EXTENDED V-Y LATISSIMUS DORSI MYOCUTANEOUS FLAP.** *PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY.* 2011;127(6):2186-2197.
2. CARVALHO MVH DE, REBEIS EB, MARCHI E. **RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA NOS DEFEITOS ADQUIRIDOS.** *REVISTA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES.* 2010;37(1):064-069.
3. PARK JS, AHN SH, SON BH, KIM EK. **USING LOCAL FLAPS IN A CHEST WALL RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY FOR LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER.** *ARCHIVES OF PLASTIC SURGERY.* 2015;42(3):288-294.
4. GEBRIM LH, SILVEIRA JUNIOR VF DA, BROETTO J, ET AL. **SAFETY AND VIABILITY OF A NEW FORMAT OF THORACOEPIGASTRIC FLAP FOR RECONSTRUCTION OF THE CHEST WALL IN LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER: A CROSS-SECTIONAL STUDY.** *REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (RBCP) – BRAZILIAN JOURNAL OF PLASTIC SURGERY.* 2016;31(1):2-11.
5. RIBEIRO NP, MARCONDES CA, PESSOA SGDP, DIAS IS, PESSOA BBGDP. **STRATEGIES FOR CHEST RECONSTRUCTION FOLLOWING EXTENSIVE RESECTION OF LOCALLY ADVANCED BREAST TUMORS: AN 11-CASE SERIES.** *REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (RBCP) – BRAZILIAN JOURNAL OF PLASTIC SURGERY.* 2015;30(3):339-344.
6. ZENN M, JONES G. **RECONSTRUCTIVE SURGERY.** FIRST EDIT.; 2012. 1268-1274 PG.
7. LINDFORD AJ, JAHKOLA TA, TUKIAINEN E. **LATE RESULTS FOLLOWING FLAP RECONSTRUCTION FOR CHEST WALL RECURRENT BREAST CANCER.**

JOURNAL OF PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND AESTHETIC SURGERY.
2013;66(2):165-173.

8. HOLMSTROM H, LOSSING C. **THE LATERAL THORACODORSAL FLAP IN BREAST RECONSTRUCTION.** PRS – PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. 1986:933-941.