Retalho do músculo oblíquo externo para reconstrução de extenso defeito da parede torácica após ressecção de carcinoma de mama recidivado

External oblique muscle flap for reconstruction of large chest wall defect after resection of recurrent breast cancer

Francisco Felipe Laitano[1], Francisco Carlos dos Santos Neto[2], Francisco Laitano Neto[3], Felipe Pereira Zerwes[4]

RESUMO

A reconstrução de extensos defeitos da parede torácica secundárias à ressecção de tumores avançados é desafiadora ao cirurgião plástico. Relatamos o caso de uma paciente com recidiva locorregional de carcinoma ductal de mama, que resultou em grande perda de substância da parede torácica anterior após sua ressecão. O defeito foi reconstruído com retalho miocutâneo do músculo oblíquo externo (MOE). O retalho miocutâneo do MOE possui diversas vantagens sobre os demais retalhos possíveis para a reconstrução de extensos defeitos da parede torácica, como um menor tempo cirúrgico e uma menor morbidade.

UNITERMOS: Reconstrução, Retalhos Cirúrgicos, Mastectomia, Parede Torácica

ABSTRACT

The reconstruction of large defects of the chest wall secondary to resection of advanced tumors is challenging to the plastic surgeon. Here we report the case of a patient with locoregional recurrence of breast ductal carcinoma, which resulted in great loss of substance of the anterior chest wall after its resection. The defect was reconstructed with myocutaneous flap of the external oblique muscle (EOM). The myocutaneous flap of EOM has several advantages over other possible flaps for the reconstruction of extensive defects of the chest wall, such as reduced surgical time and lower morbidity.

KEYWORDS: *Reconstruction, surgical flaps, mastectomy, thoracic wall*

INTRODUÇÃO

A reconstrução de extensos defeitos da parede torácica secundários à ressecção de tumores primários avançados, metastáticos ou mesmo de complicações do tratamento (p.ex. radionecrose) é desafiadora ao cirurgião plástico (1,2).

Retalhos como o do músculo reto abdominal (TRAM) e do músculo grande dorsal, além do de Omento associado à enxertia cutânea são opções viáveis (3). O retalho do músculo oblíquo externo (MOE), muitas vezes esquecido como opção de reconstrução, é capaz de fechar grandes defeitos da parede torácica (1) com baixa morbidade e sequelas. Devemos levar em consideração o estado clínico do

[1] Cirurgião Plástico, membro especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Cirurgião plástico do Centro da Mama do Hospital São Lucas (HSL)-PUCRS.
[2] Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HSL-PUCRS.
[3] Médico preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do HSL-PUCRS; Cirurgião plástico do Centro da Mama do HSL-PUCRS.
[4] Médico Mastologista do Centro da Mama do HSL-PUCRS.

paciente e o prognóstico no momento de optar pelo tipo de reconstrução.

Relatamos o caso de uma paciente com recidiva locorregional de carcinoma ductal de mama, cuja ressecção resultou em grande perda de substância da parede torácica, que foi reconstruída imediatamente com retalho miocutâneo do músculo oblíquo externo.

RELATO DO CASO

Paciente de 61 anos, ex-tabagista, obesa e hipertensa, procura o Serviço de Mastologia e Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas devido à recidiva locorregional de carcinoma ductal invasor em mama esquerda (Fig. 1). A mesma havia realizado quimioterapia neoadjuvante seguida de mastectomia e radioterapia dois anos antes em outra cidade. Apresentava múltiplas nodulações, comprometendo quase toda extensão do hemitórax esquerdo até a linha axilar posterior. Foi realizada a ressecção em monobloco de toda a lesão pela equipe de Mastologia, resultando em uma perda de substância de 21x26 cm.

A marcação do retalho é feita de forma semelhante a um retalho de rotação, sendo que a borda superior do retalho coincide com a borda inferior do defeito (1,4). A marcação continua no eixo longitudinal até abaixo da cicatriz umbilical, podendo, em alguns casos, ultrapassar a linha média (2) (Fig. 2).

Após a incisão da pele, disseca-se no plano subcutâneo até a borda lateral do músculo reto abdominal (linha arqueada). Nesse momento, muda-se o plano de dissecção para sob o músculo OE, após incisada sua aponeurose (3). A dissecção pode seguir até a linha axilar posterior (1), dependendo do ângulo de rotação necessário. Caso necessário, pode-se liberar o músculo em sua origem nas três primeiras costelas e a inserção na crista ilíaca para facilitar a rotação (1) (Fig. 3). O retalho é fixado no defeito e, então,



Figura 1 – Aspecto clínico da recidiva locorregional de carcinoma ductal invasor em mama esquerda

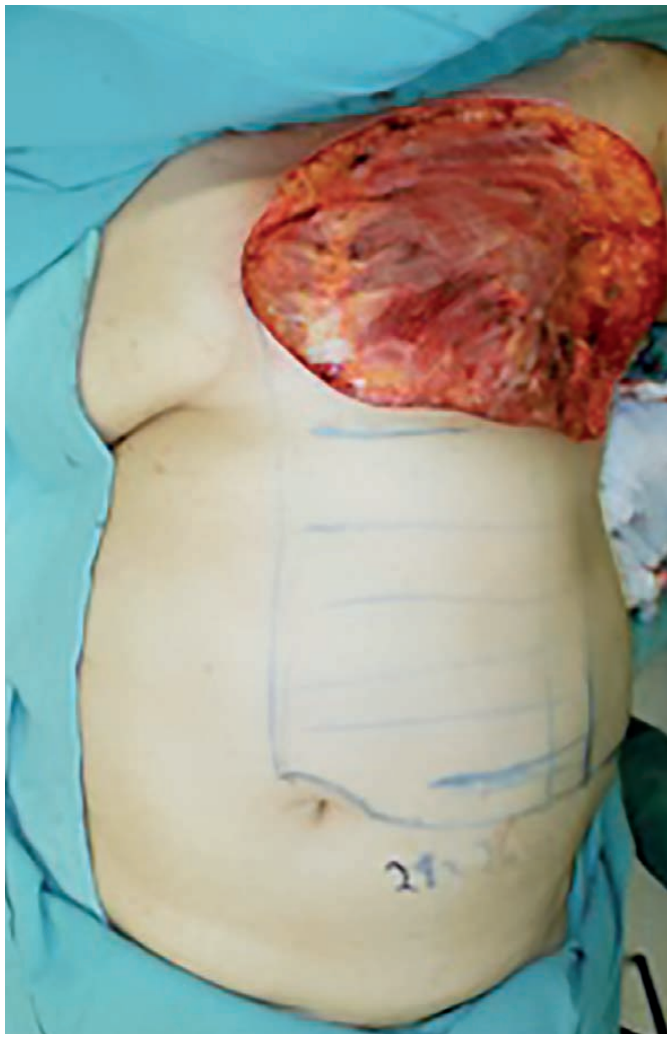


Figura 2 – Extensão da perda de substância e marcação do retalho

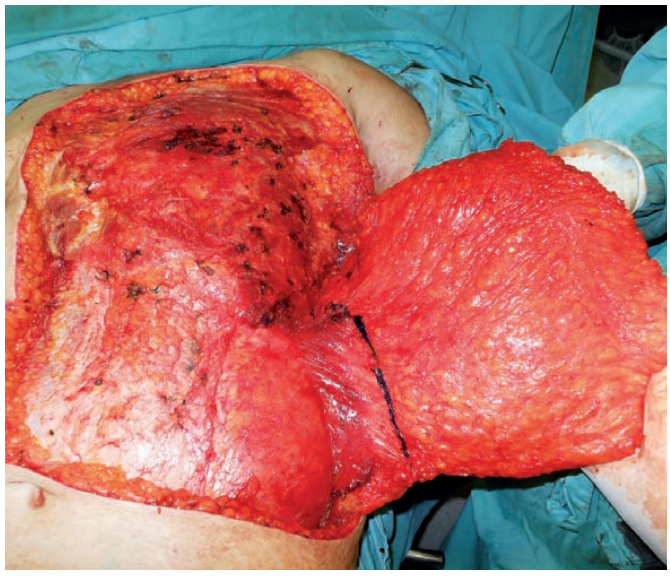


Figura 3 – Retalho dissecado

são realizados o fechamento primário da área doadora e a inserção de dreno de aspiração (Fig. 4).

A paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), recebendo alta hospitalar no 3º dia e sendo retirado o dreno no 7º dia PO. Apresentou como complicação uma pequena área de deiscência da ferida operatória na região supraumbilical. Na porção cranial, onde a vascularização se dá de forma aleatória, apresentou área de epidermólise tratada com manejo conservado e com boa evolução (Fig. 5 e 6).

DISCUSSÃO

O MOE origina-se da 6ª à 12ª costela. Suas fibras digitiformes correm no sentido crânio-caudal e látero-medial, inserindo-se na crista ilíaca anterior, tubérculo púbico e unindo-se com os músculos oblíquo interno e transverso para formar a bainha do músculo reto abdominal (5). É o músculo mais forte da parede abdominal (6).

É classificado, de acordo com a classificação de retalhos musculares de Mathes e Nahai, como tipo IV, apresentando múltiplos pedículos nutridores (1). Na porção cranial, sua vascularização é segmentar e se dá pelas 4ª a 11ª artérias intercostais, ramos diretos da aorta. Elas penetram os músculos intercostais e o músculo OE em uma linha imaginária convexa, que vai do ponto hemiclavicular e se estende inferiormente e posteriormente em direção à aponeurose lombar (7). Na porção caudal (digitações originadas da 9ª à 12ª costelas), a vascularização provém principalmente da artéria ilíaca circunflexa profunda (95%), além da artéria iliolombar (5%) (7). Esse padrão vascular segmentar e abundante permite que o músculo seja elevado com segurança (3).

O retalho musculofascial do OE foi inicialmente descrito por Lesnik e Davids, em 1953, para o fechamento de um defeito em abdome inferior (8). Em 1964, Hershey e Butcher propuseram pela primeira vez o uso do MOE como retalho musculofasciocutâneo para o fechamento de defeitos da parede abdominal e tórax inferior (9). Desde então, surgiram diversas variações e evoluções da técnica, como os retalhos abdominais cutâneos baseados em perfurantes (2) e as alterações no desenho do retalho para melhorar os resultados estéticos (1).

O retalho do MOE se destaca pela possibilidade de cobertura de grandes defeitos torácicos, com áreas descritas na literatura de até 800 cm² (3). A versatilidade desse retalho estende-se para reconstruções da parede abdominal baixa (9) e da região dorsal (10).

A qualidade e semelhança de cor da pele, a sensibilidade, a ausência de necessidade de mudar o paciente de decúbito durante a cirurgia, a relativa facilidade e rapidez na execução e a ausência de fragilidade na parede abdominal são algumas das vantagens sobre os retalhos do músculo reto abdominal e grande dorsal (3).

Existem variações na técnica cirúrgica para melhorar os resultados de acordo com o defeito encontrado. Alguns autores propõem que seja incluída a fáscia do mús-



Figura 4 – Aspecto do pós-operatório imediato



Figura 5 – Aspecto com um mês de pós-operatório, nota-se a boa evolução da epidermólise na região superior do retalho e da deiscência na região periumbilical



Figura 6 – Aspecto com um ano de pós-operatório

culo reto abdominal quando o defeito se estender além dos limites do MOE. Dessa forma, o retalho ficaria composto por uma porção fasciocutânea e outra miofasciocutânea (1,9). Em direção contrária, Persichetti *et al* sugeriram um retalho toracoabdominal exclusivamente cutâneo com desenho semelhante ao retalho do MOE e baseado nas artérias cutâneas laterais e nas perfurantes musculocutâneas emergentes das artérias intercostais, subcostais e lombares, com o pedículo localizado na borda medial no MOE (2). Outra variação na técnica sugerida por Moschella acontece no desenho da porção subumbilical do retalho. O autor sugere que a porção infraumbilical seja fechada em forma de um retalho V-Y, proporcionando menor distorção do umbigo e menor tensão no fechamento (1).

O índice de complicações encontrado na literatura é baixo. Em uma série de 13 casos, apenas um apresentou complicações (necrose marginal) (1). Em outra série com 20 pacientes, houve apenas um caso de perda parcial do retalho ocorrida em sua porção de vascularização aleatória, e o tempo médio da reconstrução ficou em cerca de duas horas (3), sendo considerado um retalho seguro e com bom tempo cirúrgico.

COMENTÁRIOS FINAIS

A reconstrução de extensos defeitos da parede torácica secundários à ressecção de tumores de mama avançados ou sequelas do tratamento continua sendo um desafio ao cirurgião plástico. O retalho miofasciocutâneo de MOE torna-se uma opção atraente nesse contexto, com diversas vantagens sobre os demais retalhos possíveis, como um menor tempo cirúrgico e uma menor morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Moschella F, Cordova A. A new extended external oblique musculocutaneous flap for reconstruction of large chest-wall defects. Plast Reconstr Surg. 1999;103(5):1378-85.
2. Persichetti P, Tenna S, Cagli B, Scuderi N. Extended cutaneous thoracoabdominal flap for large chest wall reconstruction. Ann Plast Surg.2 006;57(2):177-83.
3. Bogossian N, Chaglassian T, Rosenberg PH, Moore MP. External oblique myocutaneous flap coverage of large chest-wall defects following resection of breast tumors. Plast Reconstr Surg. 1996;97(1):97-103.
4. Bogossian N. A new extended external oblique musculocutaneous flap for reconstruction of large chest-wall defects. Plast Reconstr Surg. 2000;105(1):473-5.
5. McCraw JB. McCraw and Arnolds atlas of muscle and musculocutaneous flaps. 1a edição. Norfolk: Hampton Press Publishing Company; 1986.
6. Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. 4a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
7. Schlenz I, Burggasser G, Kuzbari R, Eichberger H, Gruber H, Holle J. External oblique abdominal muscle: a new look on its blood supply and innervation. Anat Rec. 1999; 255(4):388-95.
8. Lesnick GJ, Davids AM. Repair of surgical abdominal wall defect with a pedicled musculofascial flap. Ann Surg. 1953;137(4):569-72.
9. Hershey FB, Butcher HR, Jr. Repair of Defects after Partial Resection of the Abdominal Wall. Am J Surg. 1964;107:586-90.
10. Dumanian GA, Heckler FR, Bernard SL. The external oblique turnover muscle flap. Plast Reconstr Surg. 2003;111(7):2344-8.

✉ Endereço para correspondência
Francisco Felipe Laitano
Rua Farnese - 199
90.450-180 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3388-2553
💻 fflpoa@hotmail.com

Recebido: 25/5/2014 – Aprovado: 21/7/2014