

# Reconstrução de parede torácica pós-osteoradionecrose: relato de caso

RIMARIA HANAKO ALVES HARA, HUGO LEONARDO RODRIGUES, DANIEL BONOMI, RENATO ROCHA LAGE, JÚNIA LIRA CARNEIRO, CAMILA NUNES DE LIMA CRUZEIRO

## Introdução

O câncer de mama tem crescido nos últimos anos em todo o mundo. No Brasil, em pouco mais de duas décadas a doença apresentou um aumento de 76% nas taxas de mortalidade. Segundo o último censo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o ano de 2010 foi de 192.590 novos casos. O câncer de mama no Brasil é o segundo mais frequente entre as mulheres, perdendo apenas para os tumores de pele. No entanto, é a primeira causa morte entre todos os tipos de neoplasias no sexo feminino. O tratamento sistêmico do câncer de mama engloba a quimioterapia e a hormonioterapia. Ele visa eliminar metástases ocultas responsáveis por recidivas tardias. Já o tratamento locorregional tem como objetivos o controle local e o estadiamento adequado da doença. Seus pilares são a ressecção da massa tumoral, tratamento da axila e a radioterapia. Por muito tempo, a mastectomia total com dissecação axilar foi o tratamento padronizado. Estudos comparativos demonstraram ao longo dos anos que os resultados oncológicos eram os mesmos quando comparava-se mastectomias radicais à mastectomias conservadoras (Patey e Madden) associadas à radioterapia. Atualmente, o tratamento locorregional mais conservador associado ao tratamento sistêmico provou proporcionar controle local da doença com uma sobrevida prolongada, firmando-se como primeira opção no manejo do câncer de mama inicial. As mastectomias radicais a Halsted, com ressecções ampliadas e remoção dos músculos peitoral maior e menor, ficam reservadas para casos onde há comprometimento tumoral do músculo peitoral maior. O papel da radioterapia

no tratamento de tumores vem crescendo desde a década de 30, quando se tornou possível medir a exposição da radiação. A introdução da radioterapia no pós-operatório em pacientes com comprometimento linfonodal fez diminuir a recidiva local de 20-30% para 10%. Tumores maiores de 5 cm, mais de quatro linfonodos axilares acometidos, margens de ressecção comprometidas, tumores multicêntricos e comprometimento de pele ou linfáticos são fatores de risco para recidiva locorregional. As pacientes que apresentarem dois ou mais destes fatores devem receber radioterapia adjuvante. As complicações mais frequentes da radioterapia incluem radiodermite aguda, edema do braço, pneumonites, doença isquêmica cardíaca e fratura de ossos da parede torácica por osteonecrose. Apesar da baixa incidência da radionecrose óssea, cerca de 0,3-0,4% na literatura, a morbidade resultante desta complicação é grande. Suas sequelas são de difícil manejo, tornando-se um desafio para o cirurgião plástico e para o cirurgião torácico.

## Objetivo

Relatar o caso de uma reconstrução de parede torácica após sequela por osteoradionecrose, realizado no Hospital Luxemburgo, em Belo Horizonte, MG.

## Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa e diabética insulino dependente com diagnóstico de adenocarcinoma ductal invasor foi submetida à mastectomia radical esquerda à Halsted há 14 anos, seguida de radioterapia e quimioterapia. Nenhum procedimento de reconstrução mamária imediata ou tardia foi realizado. A paciente fez uso

de tamoxifeno por 5 anos. Há aproximadamente 1 ano, a paciente notou endurecimento da região costosternal esquerda, com início de drenagem de secreção purulenta e fétida há 5 meses. Uma tomografia computadorizada de tórax evidenciou osteomielite de costelas e porção esternal com grande destruição óssea, sem acometimento pulmonar. Ausência de derrames pleurais. Após avaliação pelo cirurgião torácico, a paciente foi submetida à toracectomia com retirada do 3º, 4º e 5º arcos costais e porção lateral do manúbrio esternal. Uma tela de Marlex foi colocada sob cobertura do retalho miocutâneo de grande dorsal. Um dreno torácico e outro de aspiração contínua foram colocados. A paciente apresentou boa evolução com retirada do dreno no 3º de pós-operatório (drenagem inferior a 50 ml). O exame físico no 5º de pós-operatório revelava boa expansibilidade pulmonar, sem derrames ou pneumotórax, retalho sem sinais de sofrimento, permitindo a alta hospitalar. O controle ambulatorial não evidenciou sofrimento ou necrose do retalho. O retalho miocutâneo de grande dorsal permitiu uma cobertura satisfatória do defeito da parede torácica.

## Conclusão

O retalho miocutâneo do grande dorsal se mostrou uma boa opção para reconstrução da parede torácica, pois possui grande arco de rotação, permitindo a cobertura de defeitos extensos, sem prejuízos consideráveis à área doadora.