

Retalho miocutâneo inferior pediculado do músculo trapézio na reconstrução após cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço e tórax: experiência do INCA

GUILHERME BRACCO GRAZIOSI, JULIANO SBALCHIERO, PAULO LEAL

Introdução

As grandes reconstruções após ressecções oncológicas em cabeça e pescoço têm como opção técnica preferencial a microcirurgia, principalmente pela versatilidade nas reconstruções tridimensionais. Apesar das vantagens oferecidas pelos retalhos microcirúrgicos, em determinadas situações estes podem ter a sua indicação comprometida. Os retalhos do músculo peitoral maior em cirurgia de cabeça e pescoço e músculo grande dorsal em cirurgia torácica têm grande importância e ainda são empregados com alta frequência. Nessas situações específicas, o retalho miocutâneo inferior do músculo trapézio permanece pouco utilizado, entretanto é uma alternativa simples, com baixa morbidade, bons resultados e, infima perda funcional, constituindo opção nas reconstruções do tórax superior e terço distal da cabeça e o pescoço.

Objetivo

Descrever detalhadamente a anatomia e a técnica utilizada na confecção do retalho miocutâneo inferior de trapézio sendo assim incorporada ao leque de possibilidades para reconstrução de defeitos em regiões da cabeça e pescoço e do tórax, proporcionando mais uma opção segura na reparação em cirurgia plástica.

Método

Realizamos um levantamento retrospectivo dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de tumores avançados em região torácica e de cabeça e pescoço e cuja reconstrução tenha sido feita pela equipe de cirurgia plástica do INCA utilizando o retalho miocutâneo pediculado

inferior do músculo trapézio, durante os anos de 2000 a 2005. Foram registrados os dados demográficos; estadiamento, localização e diagnóstico histopatológico do tumor; medidas da peça cirúrgica obtidas dos registros da anatomia patológica e complicações relacionadas ao procedimento. Os pacientes foram acompanhados a partir da data da cirurgia e seguidos ambulatorialmente por um período médio de aproximadamente 15 meses, variando de 15 dias a 31 meses. Todos pacientes foram avaliados no pós-operatório em relação à capacidade de abdução e elevação do membro superior ipsilateral acima da linha do ombro.

Resultados

Foram realizadas 19 reconstruções com a utilização do retalho miocutâneo inferior pediculado do músculo trapézio no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do INCA (Tabela 1). Todos os pacientes apresentavam, no momento da cirurgia, estadiamento avançado de sua doença, sendo classificados como T4 (TNM). Todos os pacientes foram tratados com reconstruções imediatas após a ressecção de

neoplasias malignas. Todos os retalhos utilizados foram do tipo inferior. Todas as reconstruções atingiram os objetivos do planejamento cirúrgico com a correção do déficit de partes moles e cobertura cutânea. O efeito estético obtido na área receptora foi satisfatório e considerado bom pelos pacientes e pela equipe médica. Foram observadas complicações em 21% dos pacientes. Não ocorreu necrose nos retalhos ou infecções na área receptora. Um paciente apresentou retardo na integração do retalho, sendo necessária a revitalização da superfície de contato entre o leito receptor e o retalho, em novo procedimento cirúrgico. Dois pacientes apresentaram pequenas deiscências, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Em todos os casos, foi realizada síntese primária da área doadora. Ocorreu alargamento da cicatriz no dorso em 4 casos. Houve um caso de seroma no dorso e não ocorreram hematomas após a retirada dos drenos a vácuo, utilizados em todos os casos nas regiões doadoras e receptoras. Dezesete (89,5%) pacientes apresentaram função motora dos membros superiores ipsilaterais preservada. Dois (10,5%) pacientes apresentaram déficit funcional no membro superior ipsilateral, devido a ressecção do nervo acessório em conjunto com o tumor.

Conclusões

A dissecação do retalho pediculado miocutâneo inferior do músculo trapézio baseado em dois pedículos vasculares, cervicais superficiais e escapulares dorsais, permitiu ótima vascularização do retalho, evitando perdas parciais ou necroses, não apresentado qualquer dificuldade na rotação destes para regiões cervicais e torácicas, sem perdas funcionais associadas.

Tabela 1 – Resumo dos casos

Pacientes	Idade (anos)	Diagnóstico	Tamanho da peça (cm)	Topografia (Regiões)
1	64	Fibrossarcoma	13 x 8 x 5	Paraspinal superior
2	53	Osteossarcoma	18 x 16 x 6	Ombro
3	64	Tumor da bainha de nervo periférico	11 x 9 x 5	Cervical posterior
4	54	CBC	15 x 11,5 x 5	Torácica superior
5	78	CEC	9,5 x 8,5 x 3	Cervical lateral
6	63	CBC	10 x 9,8 x 3	Articular e Mastoidea
7	78	CBC	6 x 5 x 4,5	Articular
8	72	CBC	7 x 5 x 3	Articular e parotidea
9	71	CEC	9 x 8 x 3	Cervical lateral e articular
10	58	Metástase cerebral de câncer de ovário	13 x 6 x 3	Occipital e Cervical posterior
11	44	Carcinoma pilonitriceal	18 x 13 x 3	Occipital e Cervical posterior
12	65	CEC	8x7x4	Parotidea
13	57	CEC	10x7x4	Parotidea e cervical
14	69	Sarcoma de partes moles	12x11x3	Torácica superior
15	77	CBC	8x6x3	Articular
16	82	CBC	10x10x5	Cervical posterior
17	79	CBC	12x10x3,5	Occipital
18	55	Fibrossarcoma	14x7x4	Paraspinal
19	73	CBC	19x7x6	Ombro