



# Uso do retalho toracoepigástrico no fechamento de grandes defeitos na parede torácica pós-tratamento cirúrgico de tumor de mama localmente avançado: relato de caso

## *Use of thoracoepigastric flap in the closure of large chest wall defects after surgical treatment of locally advanced breast tumor: a case report*

RAFAELA ALIAS HORTA<sup>1\*</sup>  
FERNANDO ANTÔNIO MOURÃO  
VALEJO

### RESUMO

O câncer de mama é o tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, excluindo-se as neoplasias de pele não melanoma. O objetivo do presente relato é descrever o caso de uma paciente portadora de carcinoma invasor da mama, associado a grande extensão de comprometimento de pele e complexo aréolo-mamilar, cuja lesão mostrou-se inalterada após quimioterapia neoadjuvante. Após mastectomia tipo Halsted, utilizou-se o retalho tóraco-epigástrico para fechamento do defeito torácico, com evolução favorável da paciente. O uso do retalho tóraco-epigástrico tem sido descrito como uma ferramenta confiável por caracterizar-se como uma técnica de fácil execução, segura e com mínimas complicações pós-cirúrgicas.

**Descritores:** Neoplasia de mama; Mastectomia radical; Retalho miocutâneo; Terapia neoadjuvante; Oncologia cirúrgica.

### ABSTRACT

Breast cancer is the most common type of malignancy among women in Brazil and worldwide, excluding non-melanoma skin cancers. The purpose of this report is to describe the case of a patient with invasive breast carcinoma, associated with a large extent of skin involvement and nipple-areola complex, whose lesion was unchanged after neoadjuvant chemotherapy. After a Halsted mastectomy, the thoraco-epigastric flap was used to close the thoracic defect, with a favorable evolution of the patient. The use of the thoraco-epigastric flap has been described as a reliable tool because it is characterized as a technique that is easy to perform, safe and with minimal post-surgical complications.

**Keywords:** Breast neoplasm; Radical mastectomy; Myocutaneous flap; Neoadjuvant therapy; Surgical oncology.

Instituição: Universidade do Oeste Paulista, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil.

Artigo submetido: 17/7/2020.  
Artigo aceito: 10/1/2021.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2021RBCP0028

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama, segundo o Instituto Nacional de Câncer, é o tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, excluindo-se as neoplasias de pele não melanoma, sendo diagnosticados 1,2 milhões de novos casos anualmente, totalizando 15% de todas as mortes por câncer em mulheres<sup>1-3</sup>. No Brasil, esse percentual é de

29%, sendo esperado, para o ano de 2020, 66.280 novos casos de câncer de mama<sup>1,3,6</sup>.

Apesar das campanhas de prevenção, o câncer de mama localmente avançado, não sendo a maioria dos casos, pode abranger até 50% dos casos<sup>7</sup>. Devido à sua gravidade, a abordagem terapêutica inicial tem sido com o uso da quimioterapia neoadjuvante, para eventual redução primária da lesão e posterior tratamento cirúrgico.

<sup>1</sup> Universidade do Oeste Paulista, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil.

Nos casos resistentes, a mastectomia passa a ser o tratamento de escolha, incluindo o esvaziamento axilar e grandes ressecções cutâneas, levando a importantes defeitos na parede torácica<sup>7</sup>.

A utilização do retalho toracoepigástrico tem sido uma importante ferramenta cirúrgica para tais casos, com ótimo prognóstico e baixo índice de complicações<sup>3</sup>.

Descreve-se o caso de uma paciente com neoplasia mamária localmente avançada, associada a extenso comprometimento de pele e musculatura peitoral, com grande defeito da parede torácica pós-remoção cirúrgica do tumor, sendo utilizada a técnica do retalho toracoepigástrico para o fechamento completo da região.

### RELATO DE CASO

R.A.S., sexo feminino, 53 anos, procedente de Regente Feijó/SP, sem história familiar de câncer de mama, procurou o posto de saúde de seu município referindo que há seis meses percebeu um nódulo em mama direita, durante a realização do autoexame. Foi referenciada ao ambulatório de Mastologia do Hospital Regional de Presidente Prudente, apresentando, ao exame físico, volumoso tumor ocupando toda extensão da mama direita, medindo aproximadamente 20cm de diâmetro, fixo aos planos profundos, invadindo a pele, provendo ulceração e destruição do complexo areolopapilar. À biópsia, foi evidenciado carcinoma misto infiltrante (componente lobular com áreas discretas de carcinoma ductal tipo não especial).

A paciente foi submetida a tratamento quimioterápico neoadjuvante, com 4 ciclos de doxorrubicina com ciclofosfamida, seguido de 12 ciclos paclitaxel, sem regressão clínica da lesão.

Foi encaminhada para tratamento cirúrgico, no qual foi realizado mastectomia com posterior fechamento do defeito da parede torácica utilizando retalho toracoepigástrico. A técnica envolveu os seguintes passos: a) com a paciente em decúbito dorsal, realizou-se a marcação cirúrgica da área a ser ressecada e do retalho (Figura 1); b) procedeu-se a ressecção ampla da área tumoral, incluindo mama, musculatura peitoral e tecido cutâneo adjacente, com posterior esvaziamento axilar; c) confecção do retalho desprendendo-o da parede abdominal, mantendo-o pediculado na região epigástrica (Figura 2); c) rotação e fixação do retalho na área defeituosa (Figura 3); d) aproximação e síntese dos retalhos locais com fechamento completo do defeito torácico (Figura 4).

A paciente evoluiu favoravelmente com boa perfusão do retalho, sem áreas de necrose ou infecção. A análise anatomopatológica do espécime cirúrgico confirmou o diagnóstico de carcinoma misto medindo 16x14cm de alto grau. Observou-se que a massa tumoral invadia o músculo peitoral e com grande comprometimento de pele e papila.



Figura 1. Marcação cutânea do retalho tóraco-epigástrico



Figura 2. Confecção do retalho

### DISCUSSÃO

Os tumores localmente avançados de mama são definidos como neoplasia que compromete a mama em toda, ou quase toda sua extensão, tumores que comprometem 4 ou mais linfonodos axilares, ou aqueles com metástases em linfonodos supraclaviculares ipsilaterais<sup>4,7</sup>.



Figura 3. Retalho rodado e fixado na área defeituosa



Figura 4. Fechamento do defeito torácico

Segundo Ho et al., em 2016<sup>8</sup>, o tratamento do mesmo deve incluir o controle da doença locorregional e a erradicação de metástases sistêmicas ocultas. Em caso de tumores volumosos com necessidade de extensas perdas cutâneas, impossíveis de serem reparadas com o fechamento primário, diversos estudos

ressaltam a importância da utilização de técnicas de oncoplastia<sup>2,4,5,7-9</sup>. Não há um consenso estabelecido sobre qual a melhor abordagem, a ser definida de acordo com a experiência e preferência do cirurgião, além da qualidade do tecido adjacente à mama e fatores intraoperatórios da paciente<sup>3-5,7</sup>.

Os retalhos surgiram em 1886, com Tansini, e dentre as opções existentes, destacam-se o do músculo grande dorsal, retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM) ou retalho vertical do músculo reto abdominal (VRAM), o retalho toracoepigástrico ou toracoabdominal e enxertos de pele<sup>2-5,7,10</sup>.

O uso do retalho toracoepigástrico tem sido descrito como uma ferramenta confiável por caracterizar-se como uma técnica de fácil execução, segura e com mínimas complicações pós-cirúrgicas, a destacar os casos em que se deseja que o tratamento de radioterapia e quimioterapia não seja retardado<sup>5,7</sup>. Descrito inicialmente em 1974, por Bohmert e Cronin, em 1980<sup>11</sup>, este método permite a cobertura de extensas áreas defeituosas da mama, em regiões torácicas inferiores ou laterais, além de defeitos esternais, sem a necessidade de outros retalhos ou de enxertos cutâneos<sup>11,12</sup>. Park et al., em 2006<sup>13</sup>, descreveram uma série de 24 casos nos quais o fechamento de ampla área comprometida pós-mastectomia foi realizado com retalhos fasciocutâneos toracoepigástrico, os quais apresentaram-se seguros com 36% de complicações de pequeno porte, possíveis de serem reparadas com tratamento conservador, em um seguimento de 14 meses<sup>13</sup>. Davis et al., em 1977<sup>14</sup>, descrevem outros 16 casos com o uso do retalho toracoepigástrico, os quais não apresentaram complicações, de forma que se mostram como técnicas bastante seguras e eficazes<sup>14</sup>.

O retalho toracoepigástrico deriva de uma região ricamente vascularizada com suprimento sanguíneo segmentar superficial de artérias perforantes, o que permite a confecção de longos fragmentos resistentes e seguros<sup>4,6</sup>. São projetados como retalhos de transposição e a determinação do comprimento ainda permanece incerta<sup>6</sup>. Davis et al., em 1977<sup>14</sup>, relataram o maior tamanho do retalho sendo 35x15cm<sup>2</sup>. No caso em questão, utilizamos uma fração de tecido de 15x8cm, garantindo a necessária cobertura do defeito existente<sup>14</sup>.

Inúmeras são as vantagens descritas no uso dos retalhos toracoepigástrico, como o menor tempo cirúrgico se comparado às outras técnicas, menor perda sanguínea e menos tempo de permanência hospitalar pós-operatória<sup>4</sup>. Segundo Deo et al., em 2003<sup>15</sup>, as pacientes que foram submetidas a reconstruções musculocutâneas demonstraram elevação da morbidade, perda sanguínea em parede abdominal e permanência hospitalar prolongada, em comparação às reconstruções toracoabdominais<sup>15,16</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que esta técnica mostra-se extremamente útil, inovadora e facilmente executável. O uso do retalho toracoepigástrico representa importante ferramenta no fechamento de defeitos da parede torácica, com resultados satisfatórios.

## COLABORAÇÕES

**RAH** Redação - Preparação do original  
**FAMV** Aprovação final do manuscrito, Supervisão

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA; 2017.
2. Cosac OM, Camara Filho JPP, Cammarota MC, Di Lamartine J, Daher JC, Borgatto MS, et al. Reconstrução mamária de resgate: a importância dos retalhos miocutâneos. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(1):92-9.
3. Fitoussi AD, Berry MG, Famà F, Falcou MC, Curnier A, Couturaud B, et al. Oncoplastic breast surgery for cancer: analysis of 540 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Feb;125(2):454-2.
4. Saldanha OR, Urdaneta FV, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Reconstrução de mama com retalho excedente de abdominoplastia reversa. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(2):297-302.
5. Pinto EBS, Muniz AC, Erazo PI, Abdalla PCSP. Reconstrução mamária: princípios geométricos dos retalhos cutâneos em duplo V. *Rev Bras Cir Plást.* 1998;13(3):19-42.
6. Pires DM, Souza GJ, Pace B. Utilização do retalho tóracoepigástrico em grandes ressecções da mama: relato de caso de tumor filóide. *Mastology (Impr.)*. 2018 Dez;28(4):231-5.
7. Burattini ACB, Piteri RCO, Ferreira LF, Silveira Junior VF, Broetto J, Richter CA, et al. Segurança e viabilidade de um novo formato de retalho toracoepigástrico na reconstrução da parede torácica em câncer de mama localmente avançado: um estudo transversal. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(1):2-11.
8. Ho W, Stallard S, Doughty J, Mallon E, Romics L. Oncological outcomes and complications after volume replacement oncoplastic breast conservations—the Glasgow experience. *Breast Cancer (Auckl)*. 2016;10:223-8.
9. Cammarota MC, Campos AC, Faria CAD, Santos GC, Barcelos LDF, Dias RCS, et al. Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(1):45-57.
10. Marcondes CA, Pessoa SGP, Pessoa BBGP, Dias IS, Ribeiro NP. Estratégias em reconstruções de tórax pós ressecções extensas de tumores de mama localmente avançados: uma série de 11 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(13):339-44.
11. Bohmert H. Experience in breast reconstruction with thoracoepigastric and advancement flaps. *Acta Chir Belg.* 1980;79(2):105-10.
12. Cronin TD, Upton J, McDonough JM. Reconstruction of the breast after mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 59:1
13. PARK P. et al. Extended cutaneous 'thoracoabdominal' flap for large chest wall reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2006;57(2):177-83.
14. Davis WM. et al. Use of a direct, transverse, thoracoabdominal flap to close difficult wounds of the thorax and upper extremity. *Plast Reconstr Surg.* 1977;60(4):526-33. PMID: 333484 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197710000-00005>
15. Deo S. V. et al. Myocutaneous versus thoraco-abdominal flap cover for soft tissue defects following surgery for locally advanced and recurrent breast cancer. *J Surg Oncol.* 2003;83:31-35.
16. Silva MMA, Sabino Neto M, Leite AT, Guimarães PAP, Ferreira LM. Reconstrução de parede torácica em extensas ressecções oncológicas. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(4):513-22.

\*Autor correspondente:

**Rafaela Alias Horta**

Rua Rio Grande do Sul, 244, Vila Marcondes, Presidente Prudente, SP, Brasil.

CEP: 19030-130

E-mail: [aliasrafaela@gmail.com](mailto:aliasrafaela@gmail.com)