

Pectus Excavatum: Correção Cirúrgica Estética

Ewaldo Bolivar de Souza Pinto¹, Wail Queiroz Filho², Patricia Erazo I³,
Marcio Allan S. Alves⁴, Joffre Wong L.⁴, Adriane C. Muniz⁵

1- Diretor Clínico do Centro Científico Brasileiro de Cirurgia Plástica - Departamento de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

2- Membro Titular da SBCP - Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

3- Médica Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

4- Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

5- Médica Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

Unitermos: Pectus Excavatum, Peito em Funil, Deformidade Torácica

Resumo

O Pectus excavatum é a mais comum das deformidades da parede torácica. Inúmeras técnicas cirúrgicas foram propostas para a correção dos diversos graus dessa patologia.

A técnica descrita tem por objetivo a correção do Pectus excavatum como deformidade puramente estética. Os autores descrevem dois casos de retalhos adiposo-glandulares em avanço para a linha médio-esternal, sendo que na paciente do sexo feminino foi associada inclusão de prótese de silicone. Observa-se que, quando bem indicada e executada, essa técnica pouco invasiva oferece resultados estéticos satisfatórios associados a menor morbidade pós-operatória.

Introdução

Pectus excavatum é a mais comum das deformidades da parede torácica⁶. A patologia expressa-se por uma curvatura posterior aguda do esterno, que se estende desde o manúbrio até o xifóide, sendo mais profunda na

sua porção distal. Eventualmente podem estar associadas deformidades como abdome protuberante, cifoescoliose, hipomastia e, mais raramente, patologias cardíaco-respiratórias¹.

Várias teorias surgiram para explicar essa deformidade; entre elas mencionam-se: posição intra-uterina do feto, raquitismo, presença de um ligamento subesternal que provocaria a depressão do esterno, retração do tendão central do diafragma, aplasia congênita do esterno, músculos retos congenitamente curtos, tumor mediastinal e sífilis hereditária¹. Contudo, a teoria mais aceita é de que haveria um crescimento desproporcional das cartilagens costais, tendo como conseqüência o retroposicionamento do esterno, o qual denomina-se *Pectus excavatum*, ou um posicionamento anterior do esterno, produzindo o *Pectus carinatum*³.

Ocasionalmente a retroposição do esterno pode comprometer a dinâmica cardíaca e/ou pulmonar. Nesses pacientes ouve-se um murmúrio sistólico e, ao exame radiográfico do tórax, observa-se um deslocamento cardíaco. O ECG pode incluir desvio do eixo, ondas P anormais e distúrbios de condução. A despeito desses achados, a maioria dos pacientes são assintomáticos e não apresentam comprometimento funcional¹¹.

O primeiro relato da patologia deve-se a Bauhinus², em 1594. Em 1913, Sauerbruch¹² realizou a primeira cirurgia corretiva com sucesso. Ochsner e DeBakey⁸, em 1939, apresentaram um trabalho tido como clássico no tratamento cirúrgico da patologia. Brown e Ravitch¹⁰ subseqüentemente definiram os princípios básicos para a correção do *Pectus excavatum*. Desde essa época,

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Centro Científico Brasileiro de Cirurgia Plástica

Av. Ana Costa, 120 - Vila Mathias - Santos

CEP 11060-000 - São Paulo - Brasil

Tel: (0132) 34-1235 / Fax: (0132) 33-6028

inúmeras modificações requerendo dissecação costochondral e mobilização do esterno foram descritas. Em 1965, Murray⁷ descreveu a inserção de implante de silicone para corrigir o defeito, técnica utilizada até hoje com algumas alterações.

A técnica descrita em nosso serviço visa solucionar a parte estética da patologia. Ilustraremos este trabalho com o relato de dois casos.

Material e Métodos

O trabalho foi elaborado em 1995, no Centro Científico Brasileiro de Cirurgia Plástica de Santos, em São Paulo. Foram submetidos à cirurgia dois pacientes: um do sexo masculino, 18 anos, branco, sem sintomas cardíaco-respiratórios, cursando só com deficiência estética e apresentando moderada quantidade de tecido adiposo-glandular na parede torácica. O outro paciente, do sexo feminino, 31 anos, branca, tinha depressão esternal associada a uma lateralização das mamas, sem alterações cardíaco-respiratórias relacionadas à deformidade existente e que, ao perfil, notava-se aréola correspondente ao ponto mais alto do esterno. A paciente, devido a sua imagem corporal, apresentava também graves alterações psicológicas.

Técnica Cirúrgica

A técnica combinou a utilização de retalhos adiposo-glandulares com a inclusão de próteses de silicone no paciente do sexo feminino. A incisão foi feita na projeção do sulco submamário, com extensão de aproximadamente 7 cm, seguida de um amplo descolamento no plano supra-aponeurótico, que incluiu também a região escavada do esterno. Posteriormente, pelo descolamento ao nível da tela subcutânea, confeccionou-se um retalho adiposo-glandular da parte interna de cada mama (pedículo interno) (Fig. 1). Esses retalhos foram rodados medialmente e suturados na porção escavada do tórax, sendo que o restante de cada mama foi girado para fechar o espaço morto deixado pela rotação dos retalhos (Fig. 2). Após rigorosa hemostasia foram colocadas as próteses de silicone e suturada a pele (sutura intradérmica com fio mononylon 2.0). Foram utilizados drenos aspirativos, exteriorizados por contra-incisão, mantidos até que o volume se reduzisse a 30 ml por dia, o que correspondeu a cinco dias de drenagem.

No paciente do sexo masculino foi feita uma incisão médio-esternal em fuso, com extensão de 8 cm, para a fixação dos retalhos adiposo-glandular e dermoadiposo (Fig. 3). Procedeu-se, também, a um amplo descolamento supra-aponeurótico, tendo como limites a linha axilar anterior, a projeção do sulco mamário e a projeção do segundo arco costal.

Na seqüência, foram confeccionados os retalhos adiposo-glandulares bilateralmente (Fig. 4) e, como procedimento auxiliar, fez-se uma incisão no complexo aréolo-mamilar (incisão transaréolo-mamilar) com o objetivo de facilitar o descolamento e revisar a hemostasia. Seguiu-se com o avanço dos mesmos em direção à porção média do tórax e fixação na base do retalho em fuso (já desepidermizado) com pontos separados de mononylon 2.0. Para a drenagem foram utilizados drenos aspirativos (mantidos por cinco dias). Como tempo final, foram avançados os retalhos dermoadiposos, sem o mínimo de tensão, no sentido do retalho dérmico central, fazendo a sutura do tipo derme a derme (com mononylon 2.0), pontos separados, permitindo dessa forma que as lojas se mantivessem isoladas.

Em ambos os pacientes os curativos foram feitos com gaze de rolo e espuma de densidade 28 colocada sobre a área cirúrgica, mantendo-se compressão suave por um período de trinta dias; a antibioticoterapia, iniciada no transoperatório, foi mantida até o sétimo dia pós-operatório, mesma data em que foram retirados os pontos cutâneos.

Resultados

Com a técnica utilizada, observou-se rápida recuperação do paciente, com baixa morbidade pós-operatória, reduzindo o tempo médio de permanência hospitalar, que foi de apenas um dia. Em ambos os pacientes a retirada dos drenos aspirativos foi efetuada no quinto dia de pós-operatório. Não ocorreram infecção ou deiscências, bem como não houve também a formação de seromas ou hematomas.

Os pacientes apresentaram cicatrizes esteticamente agradáveis, fato que muito contribuiu para aumentar a satisfação com seus contornos corporais (Figs. 5,6,7,8).

Discussão

Segundo dados da literatura, a etiologia é secundária a um sobre crescimento das cartilagens costais, necessitando deslocar o esterno para acomodá-las³. Essa defor-

midade geralmente está presente ao nascimento e progride com o crescimento da criança. Quando ultrapassa a adolescência, ela é caracteristicamente associada a escoliose lombodorsal, ombros caídos e abdome protuberante¹.

Quanto a indicação cirúrgica, pacientes que apresentam alterações cardíacas, dispnéia aos exercícios, palpitações e dores torácicas relacionadas ao *Pectus excavatum* são candidatos a cirurgia de reconstrução costochondral¹¹.

Os portadores de alterações estéticas sem comprometimento cárdio-respiratório são beneficiados pela técnica descrita, que, por não fazer uso de prótese torácica, não apresenta complicações, como deslocamentos, visualização do perfil da prótese ou extrusão.

Gostaríamos de salientar que a colocação de próteses mamárias em um segundo tempo cirúrgico seria de melhor indicação, pois os retalhos adiposo-glandulares ou dermogordurosos ocasionalmente apresentam

sofrimento vascular em graus variados, e a colocação de próteses no mesmo tempo cirúrgico pode levar a compressão e sofrimento desses.

Quando comparada com as alternativas de múltiplos tempos, como os retalhos contralaterais⁹ da mama, ou retalhos a distância, ou mesmo retalhos com anastomose microcirúrgica⁴, a técnica descrita apresenta baixo grau de morbidade.

Conclusão

A técnica por nós abordada apresenta resultados satisfatórios, pois é realizada em um tempo cirúrgico e sua utilização permite recuperação rápida sem grandes cicatrizes.

Uma vez que a indicação mais comum para o *Pectus excavatum* é a estética⁵, tal situação impõe que utilizemos o procedimento mais simples e seguro, requisitos plenamente obtidos com a técnica proposta.