

Reconstrução Faringoesofágica: Utilização do Retalho Peitoral Maior e Jejuno Microcirúrgico

Jefferson Luis Braga da Silva¹

Márcio Vinícius Nurkim²

Mauro Leonardis²

Carlos Renato Kuyven²

Pedro D. E. Martins³

- 1] Professor da Faculdade de Medicina da PUCRS. Especialista em Cirurgia da Mão pela AMB e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Mão. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Microcirurgia Reconstructiva.
- 2] Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas-PUCRS.
- 3] Professor Regente da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da PUCRS. Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço para correspondência:

Jefferson Luis Braga Silva

Av. Ipiranga, 6690 – Hospital São Lucas da PUCRS
Centro Clínico – Sala 216
Porto Alegre – RS
90610-000

Fone: (51) 315-6277

e-mail: jeffmao@zaz.com.br

Descritores: Reconstrução faringoesofágica; retalho peitoral maior e jejuno microcirúrgico; jejuno livre; reconstrução cervical.

RESUMO

A reconstrução faringoesofágica é um dos maiores desafios cirúrgicos da região cervical. Existem diversas opções terapêuticas descritas. Todas envolvem procedimentos de maior ou menor grau de complexidade técnica e altas taxas de complicações e de mortalidade. Este artigo descreve as técnicas utilizadas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUC-RS em 10 reconstruções: o retalho miocutâneo peitoral maior e o retalho microcirúrgico de jejuno. São discutidas as indicações, complicações, vantagens e desvantagens de cada método.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas cervicais compreendem aproximadamente 4% de todos os tumores malignos, sendo o epidermóide a lesão mais freqüente. Tais lesões relacionam-se com o uso de fumo e álcool⁽¹⁾, sexo masculino e idade acima dos 50 anos. O principal tratamento é a ressecção cirúrgica, podendo ser complementado com radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes. As possibilidades de reconstrução mais utilizadas são interposições de alça de jejunó, cólon, estômago, retalhos miocutâneos de grande peitoral e retalhos fasciocutâneos da região deltopeitoral, cervical, antebraquial e lateral da coxa.

Realizamos em nosso serviço 10 reconstruções faringoesofágicas para defeitos circunferenciais extensos, utilizando o retalho de jejunó microcirúrgico e o

peitoral maior.

O objetivo deste trabalho é apresentar duas técnicas de reconstrução de esôfago cervical e faringe com uso de alça de jejunó microcirúrgico e retalho miocutâneo de grande peitoral, suas vantagens, desvantagens, bem como discutir suas indicações e complicações.

TÉCNICA CIRÚRGICA

RETALHO MIOCUTÂNEO DE PEITORAL MAIOR

Marca-se sobre o peitoral um quadrilátero com dimensões proporcionais à perda faringoesofágica. Incisa-se o retalho com pele e músculo, desinserindo-o do esterno e das costelas em sentido cranial, formando um retalho miocutâneo vascularizado pelo

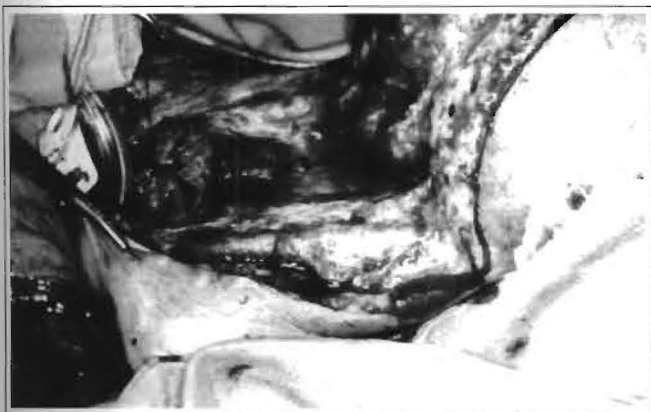


Fig. 1 - Região cervical preparada para receber o retalho peitoral maior. Evidenciam-se os cotos faríngeo e esofágico.

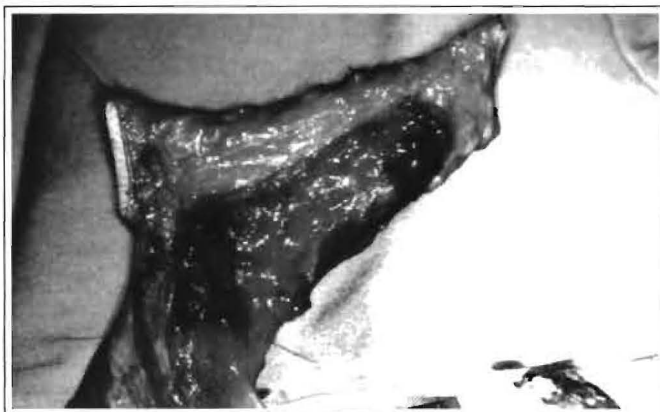


Fig. 2 - Retalho miocutâneo de peitoral maior tubulizado.



Fig. 3 - Alça de jejunó preparada para transposição, com sua arcada vascular delimitada.



Fig. 4 - Visualização da viabilidade da alça de jejunó mantida apenas pelo pedículo.

ramo torácico da artéria toracoacromial e veias comitantes, e innervado pelo nervo peitoral lateral. O retalho pode ser levado para a região cervical pelas vias infra ou supraclavicular. Já na região cervical, tubuliza-se o retalho, suturando-se suas bordas. Em seguida, procedem-se as anastomoses proximal e distal. Fixa-se o músculo às estruturas cervicais. Colocam-se drenos de aspiração e cobre-se a área com retalhos cervicais ou da vizinhança. A região peitoral é fechada primariamente ou com enxerto de pele (Figs. 1 e 2).

RETALHO MICROCIRÚRGICO DE JEJUNO

Através de incisão mediana supra-umbilical, identifica-se e resseca-se um segmento jejunal de 15-20 cm, distante 45 a 60 cm do ângulo de Treitz^(2, 3), com uma única arcada vascular verificada por transiluminação^(2, 3, 4). Realiza-se a enteroanastomose e fecha-se o abdome. Repara-se a artéria e veia receptoras na região cervical. Realizamos a anastomose esofágica, para fixar o retalho, antes da anastomose microcirúrgica. Em posição isoperistáltica, realiza-se a microanastomose arterial e venosa, nessa ordem. Depois, procede-se a anastomose faríngea. Colocam-se drenos de aspiração no pescoço em sistema fechado. A cobertura cutânea é feita com retalhos cutâneos locais, miocutâneos ou com enxertos de pele⁽²⁾ (Figs. 3 e 4).

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES

Os cuidados pós-operatórios são: repouso cervical, cabeceira elevada, inspeção dos drenos, cuidados com a traqueostomia.

Um faringoesofagograma baritado diluído é solicitado com 15 dias de pós-operatório. Iniciamos a dieta por sonda nasoenteral no 1º e 3º dias PO para peitoral e jejuno, respectivamente. Usamos antibiótico profilático por 24 horas (cefalotina). A viabilidade dos retalhos é monitorada pela evolução clínica e condições gerais do paciente.

As complicações mais comuns são fístula salivar (80% em algumas séries)^(2, 3, 4), estenose, necrose do retalho e infecção.

DISCUSSÃO

Procedimentos como próteses, enxertos locais, retalhos cervicais já foram utilizados mas ficaram em desuso devido a maiores índices de complicações. O retalho deltopeitoral ainda é utilizado, mas também apresenta maior índice de complicações e maior tempo de hospitalização. Transposições de vísceras abdominais (estômago, cólon) apresentam morbidade maior, estando reservadas para casos selecionados (por exemplo: esofagectomia total, esofagite cáustica)⁽²⁾. O retalho antebraquial também foi utilizado por alguns autores, com bons resultados⁽⁵⁾.

O retalho de jejuno tem como vantagens: maior semelhança anatômica com o tubo digestivo, melhor resultado estético, menor incidência de estenoses e fístulas, não apresenta limitação no esvaziamento cervical. As desvantagens são: necessidade de laparotomia, enterectomia, maior tempo cirúrgico.

Procedemos a anastomose do retalho com o esôfago antes das anastomoses vasculares com o intuito de obter melhor estabilização do retalho, importante para



Fig. 5 - 30° PO - Retalho peitoral maior. Ausência de fístulas e bom fluxo no exame contrastado.



Fig. 6 - Visão do exame mais abaixo.

o procedimento microcirúrgico. Não utilizamos drogas sistêmicas ou locais em nenhum momento da reconstrução.

As vantagens do retalho miocutâneo peitoral são: ausência de laparotomia, ótimo suprimento sanguíneo, melhor preenchimento do mediastino⁽⁶⁾. Foi observada a melhor recuperação vocal nos retalhos com cobertura cutânea em relação aos que possuem mucosa⁽⁵⁾. As desvantagens são: incidência maior de estenoses e fístulas, necessidade de coto esofágico maior e menor lubrificação do tubo. O início da dieta é controverso, podendo ser precoce (1º dia) ou tardio (7º, 10º ou 12º dias)^(2, 3, 7). Para o grande peitoral, iniciamos dieta por sonda nasoenteral no 1º dia pós-operatório. Para o jejuno, após o início da peristalse intestinal, em torno do 3º dia.

Realizamos um exame contrastado com, no mínimo, 15 dias de pós-operatório e, na evidência de boa permeabilidade e ausência de fístulas, retiramos a sonda, iniciando dieta progressiva hídrica, líquida e pastosa, conforme aceitação. Avaliamos a viabilidade dos retalhos pelo estado geral do paciente e pelas condições locais da região cervical (Figs. 5, 6, 7 e 8).

Apesar da evolução técnica, a sobrevida geral ainda é baixa e o prognóstico depende do estadiamento. A maioria das lesões pertence a estágios avançados^(2, 8). A mortalidade geral é de 30% em 5 anos e nos estágios avançados é maior que 90%, com sobrevida de 20% em 1 ano^(8, 9). Nesse contexto, a cirurgia objetiva melhorar a qualidade de vida. Há controvérsia sobre a técnica de escolha, e a indicação deve ser individualizada. Ambas as técnicas descritas apresentam como vantagens a possibilidade de ressecção e reconstrução

em tempo único e simultâneo, menor índice de complicações, menor tempo de internação e utilização de tecidos não irradiados. A indicação do uso dessas técnicas nos nossos pacientes ocorreu devido às características e localização dos defeitos cervicais após as ressecções dos tumores. Até o presente momento (*follow-up* mínimo de 9 meses), nenhuma das reconstruções realizadas apresentou quaisquer complicações (estenose, fístula, infecção, necrose), proporcionando o retorno da alimentação via oral e representando uma melhora significativa na qualidade de vida desses pacientes, com conforto e dignidade.

BIBLIOGRAFIA

1. STELNICKI EJ, JONES TR. Surgery of the head and neck. In: DOHERTY GM, BAUMANN DS, CRESWELL LL, editors - *The Washington manual of surgery*. 34th ed. Little Brown, ed. 1997. p.460-7.
2. CASTRO FM. Reconstrução do trânsito alimentar após faringolaringectomias. In: BRANDÃO LG, FERRAZ AR, editores - *Cirurgia de cabeça e pescoço*. 2ª ed. Ed. Roca, 1989. p.295-318.
3. JONES NF. Free jejunal transfer. In: MYERS EN, CARRAU RL, CASS SP, editors. *Operative otolaryngology, head and neck surgery*. W.B.Saunders, ed. 1997. p.758-62.
4. SIEWERT JR, HÖLSCHER AH. Jejunal interposition in esophageal replacement. In: NYHUS LM, BAKER RJ, FISHER JE, editors. *Mastery of Surgery*. 2nd ed. Little Brown, ed. 1992. p.802-12.

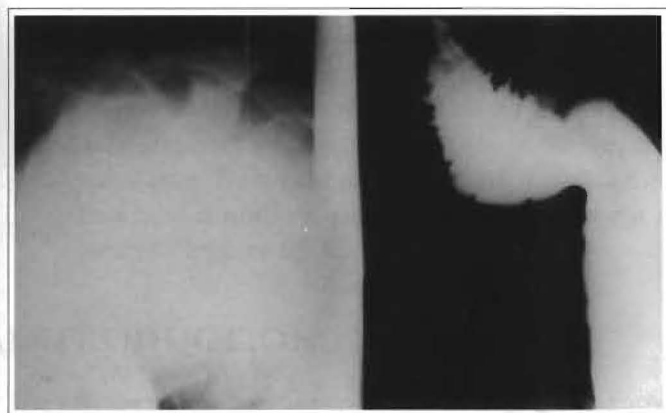


Fig. 7 - 30º PO - Retalho de jejuno microcirúrgico. Ausência de fístulas e bom fluxo no exame contrastado.

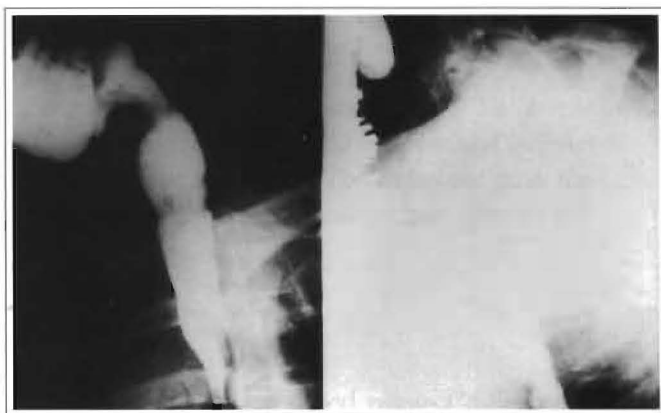


Fig. 8 - Visão do exame mais abaixo.

5. ANTHONY JP, SINGER MI, DESCHLER DG, et al. Long-term functional results after pharyngoesophageal reconstruction with the radial forearm free flap. *Am J Surg.* 1994; 168:441-5.
6. YAMAMOTO Y, MINAKAWA H, FUKUDA S, et al. Reconstruction following total laryngopharyngoesophagectomy and extensive resection of the superior mediastinum. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 99:506-10.
7. ELY JF. Faringostomias. In: ELY JF. *Cirurgia plástica.* 2nd ed. Ed. Guanabara-Koogan, 1980. p.487-92.
8. BRANDÃO LG, FERRAZ AR. Tumores malignos da hipofaringe. In: BRANDÃO LG, FERRAZ AR, editores. *Cirurgia de cabeça e pescoço.* 1^a ed. Ed. Roca, 1989. p.374-6.
9. BALLANGER J, COLINS SL. Neck, pharynx, oropharynx and nasopharynx, maxilla and mandible. In: BALLANGER J, SNOW JB, editors. *Otorhinolaryngology, head and neck surgery.* 15th ed. William & Wilkins, ed. 1996. p. 322-58.