

Nova tática reparadora em grandes perdas cutâneas pós-mastectomia utilizando retalho miocutâneo reto-abdominal bilateral

JORGE FERREIRA DE AZEVEDO¹, JOSÉ WILSON MOURÃO DE FARIAS²

Unitermos: Retalhos miocutâneos, Cirurgia plástica, Retalhos cirúrgicos, Mastectomia, Câncer de mama

Key words: Myocutaneous flaps, Plastic surgery, Surgical flaps, Mastectomy, Breast-neoplasm

RESUMO — Os autores apresentam nova tática na cobertura cutânea de grandes defeitos pós-mastectomia, utilizando retalho miocutâneo reto-abdominal bilateral. Um é confeccionado em ilha cutânea transversa superior homolateral, o qual é transferido para reparar a perda de substância torácica; e o outro em ilha cutânea vertical superior contralateral, que é transferido para o defeito secundário da área doadora do primeiro retalho, permitindo seu fechamento completo após amplo descolamento de toda pele e subcutâneo do abdome inferior e lateral homolateral. São apresentados dois casos no qual se aplicou este novo método reconstrutivo, com bons resultados. Sua indicação é enfatizada e as vantagens comentadas.

INTRODUÇÃO

O retalho miocutâneo reto-abdominal vem sendo utilizado desde a segunda metade da década passada com bons resultados. A reconstrução do volume mamário é sua maior aplicação clínica atual^(1-7,10,14-20). Tem-se mostrado útil também em reparações de defeitos da parede abdominal^(8-10,13,20). Seu uso potencial para cobertura cutânea de defeitos da parede torácica tem sido citado^(9-11,20), porém temos conhecimento somente de uma publicação de sua aplicação clínica neste setor⁽¹²⁾.

O presente trabalho mostra a aplicação clínica deste retalho em reparação de defeitos cutâneos extensos pós-mastectomia, no qual seu uso bilateral foi a nova tática cirúrgica adotada.

TECNICA CIRURGICA

Paciente em decúbito dorsal. Desenhamos inicialmente o retalho miocutâneo reto-abdominal transverso

superior. Seu limite lateral corresponde à linha axilar anterior, porém, se necessário, a mesma pode se estender até a linha axilar média. Psillakis⁽¹⁴⁾, utilizando este retalho para reconstrução do volume mamário contralateral, estendeu-o uma vez até a linha axilar posterior, sem nenhuma complicação. A largura deste retalho deve corresponder à do defeito cutâneo da parede torácica. Inicialmente realizamos a incisão da borda inferior da ilha cutânea. Em seguida, incisamos a aponeurose anterior do músculo reto-abdominal homolateral e identificamos sua borda lateral. Realizamos a incisão lateral da ilha cutânea e elevamos a pele, tecido subcutâneo e a aponeurose do músculo oblíquo externo do abdome até a borda lateral do músculo reto abdominal. A aponeurose anterior deste músculo é incisada neste nível. A elevação do retalho é realizada após secção do músculo reto-abdominal inferiormente e incisão da pele medianamente e da aponeurose anterior deste músculo medialmente. A linha alba é mantida intacta. Os vasos epigástricos superiores são visualizados na face posterior do músculo reto-abdominal. Em seguida, realizamos a desinserção deste músculo das cartilagens costais e deixamos o retalho preso somente pelo seu pedículo vascular. Se necessário, podemos ampliar o arco de rotação deste retalho, liberando o pericôndrio posterior da reborda costal ou mesmo removendo subpericondralmente um segmento de cartilagem da mesma, idêntico à técnica de Vasconez e cols.⁽¹⁸⁾, reconstruindo o volume ma-

Trabalho realizado no Serviço de Oncologia da Santa Casa de Fortaleza, Ceará, Brasil. Apresentado na XXVI Reunião Anual de Cancerologia e X Encontro dos Ex-Residentes do Hospital A.C. Camargo, São Paulo, out., 1984.

1. TCBC. Ex-Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital A.C. Camargo, São Paulo.
2. Ex-Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital A.C. Camargo, São Paulo.

mário contralateral com este retalho. Nos nossos dois casos, não necessitamos utilizar estes artifícios de técnica. O retalho é transferido para a área receptora, realizando um ângulo de rotação de 90°.

Toda pele e subcutâneo do abdome inferior e lateral homolateral são descolados. O retalho miocutâneo reto-abdominal superior contralateral em ilha vertical é confeccionado e utilizado na reparação do defeito secundário do primeiro retalho. Sua largura deve ter aproximadamente a metade da largura deste primeiro retalho e de tal forma a permitir a cobertura cutânea completa do defeito

após o avanço da pele do abdome inferior. Da mesma maneira, o comprimento deste segundo retalho deve permitir o fechamento completo do defeito após avanço da pele lateral homolateral do abdome. A cicatriz umbilical é reimplantada e drenos tubulares são colocados para aspiração contínua. A pele e subcutâneo do hipocôndrio contralateral são também descolados e avançados.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso 1 — M.P.C., Rg. 203328, 64 anos, feminino, deu entrada no nosso Serviço em agosto/83 com volumoso

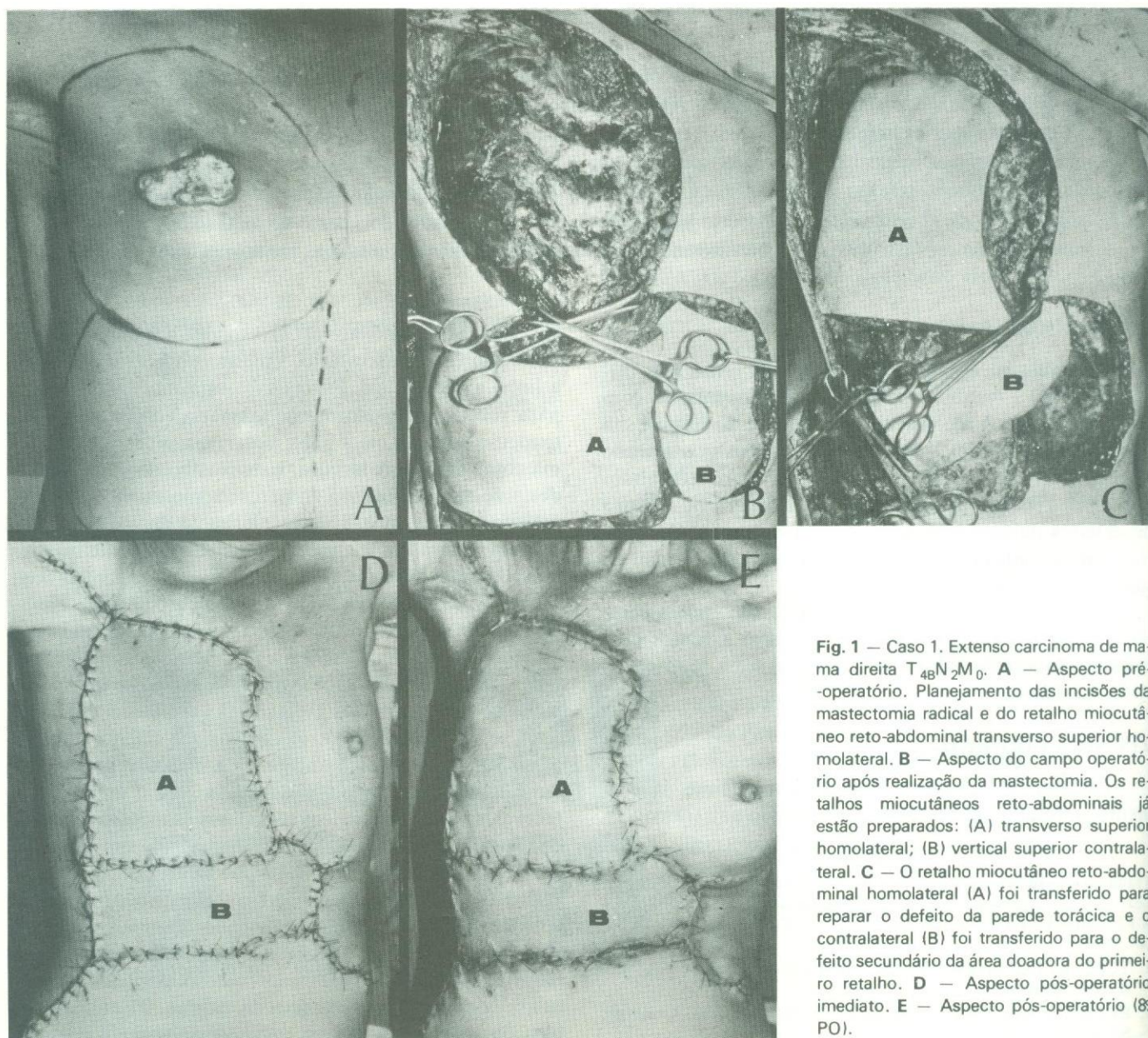


Fig. 1 — Caso 1. Extenso carcinoma de mama direita T_{4b}N₂M₀. **A** — Aspecto pré-operatório. Planejamento das incisões da mastectomia radical e do retalho miocutâneo reto-abdominal transverso superior homolateral. **B** — Aspecto do campo operatório após realização da mastectomia. Os retalhos miocutâneos reto-abdominais já estão preparados: (A) transverso superior homolateral; (B) vertical superior contralateral. **C** — O retalho miocutâneo reto-abdominal homolateral (A) foi transferido para reparar o defeito da parede torácica e o contralateral (B) foi transferido para o defeito secundário da área doadora do primeiro retalho. **D** — Aspecto pós-operatório imediato. **E** — Aspecto pós-operatório (8 PO).

tumor ulcerado da mama direita $T_{4B}N_2M_0$, que comprometia todos os seus quadrantes (fig. 1A). A biópsia de congelação revelou carcinoma ductal infiltrante. Foi submetida à mastectomia radical direita, com extensa remoção de pele (fig. 1B). A grande perda cutânea foi reparada com o retalho miocutâneo reto-abdominal transverso superior homolateral e o defeito secundário foi fechado às custas do retalho miocutâneo reto-abdominal vertical superior contralateral e de amplo descolamento da pele abdominal, conforme técnica descrita (figs. 1C e 1D). Evoluiu bem no pós-operatório, sem nenhuma complicação (fig. 1E). No 15º PO, iniciou radioterapia pós-operatória. Recusou tratamento quimioterápico adjuvante. Cinco meses depois, veio a falecer de metástase cerebral.

Caso 2 — L.M.A., Rg 204789, 41 anos, feminino, admitida em nosso Serviço em outubro/83 com grande massa tumoral na mama direita, de evolução de dois anos, recoberta por pele edemaciada e hiperemiada. Havia comprometimento de todos os quadrantes e fixação ao músculo peitoral maior, ao complexo areolo-mamilar e a toda pele da região mamária. A biópsia revelou mixossarcoma bem diferenciado. Foi submetida à mastectomia total direita, com remoção ampla de pele e retirada subtotal do músculo peitoral maior. A grande perda de substância cutânea foi reparada com técnica semelhante ao primeiro caso, utilizando-se os retalhos miocutâneos reto-abdominais. Evoluiu bem no pós-operatório (fig. 2). Atualmente, encontra-se assintomática, sem sinais clínicos de recorrência da doença.

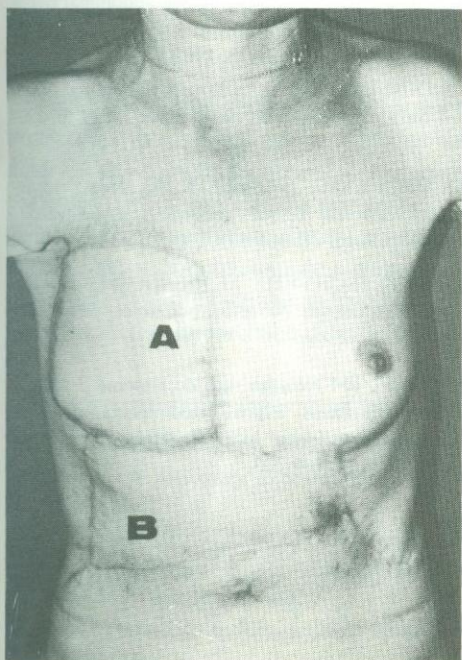


Fig. 2 — Caso 2.
Aspecto
pós-operatório
tardio (45º PO). —

DISCUSSÃO

Em 1977, surgiram os primeiros trabalhos sobre o retalho miocutâneo reto-abdominal^(2,8,11), tendo sido Michael Drever⁽²⁾ o primeiro a utilizá-lo em reconstrução de mama. Robbins⁽¹⁵⁾, em 1979, relatou também sua aplicação em reconstrução mamária. Ainda em 1979, Holmsstrom⁽⁶⁾ utilizou-o pela primeira vez como retalho micro-cirúrgico para reconstrução do volume mamário. Em 1982, Hartrampi e cols.⁽⁵⁾ publicaram o retalho miocutâneo reto-abdominal transverso inferior pediculado na artéria epigástrica superior. Vasconez, Psillakis e Giebeik⁽¹⁸⁾, em 1983, publicaram nova técnica de reconstrução mamária utilizando o retalho miocutâneo reto-abdominal transverso superior contralateral. Concomitantemente, Lejeour⁽⁷⁾, em Bruxelas, desenvolvia técnica semelhante.

A reparação de defeitos da parede torácica anterior com o retalho miocutâneo reto-abdominal não necessita mudança de decúbito durante a operação e pode ser realizada cômoda e simultaneamente com outra equipe cirúrgica que realiza a ressecção tumoral, diminuindo bastante o tempo operatório. Ao lado disso, é de fácil execução técnica e seu pedículo se situa fora dos limites cirúrgicos da técnica operatória padronizada da mastectomia radical; portanto, sem riscos de eventual comprometimento da radicalidade oncológica.

Nesta nova tática reparadora de defeitos cutâneos extensos da parede torácica anterior utilizando-se retalho miocutâneo reto-abdominal bilateral, poder-se-ia também usar a ilha cutânea transversa inferior para reparação do defeito torácico. Neste caso, o outro retalho miocutâneo reto-abdominal em ilha vertical seria de pedículo inferior, isto é, baseado na artéria epigástrica inferior. Porém, preferimos o superior, isto é, o retalho miocutâneo reto-abdominal transverso superior, porque não traz preocupação de correção do plano aponeurótico, contrariamente ao que se verifica quando se utiliza o retalho transverso inferior. Além disso, o panículo adiposo na parte superior do abdome é menos espesso, o que não dificulta o planejamento radioterápico pós-operatório e nem a preservação oncológica na procura do diagnóstico precoce de eventual recidiva.

Poder-se-ia também utilizar todo o componente cutâneo transferido com pedículo somente no músculo reto-abdominal homolateral, porém não encontramos nenhuma vantagem neste procedimento. Pelo contrário, a irrigação sanguínea da porção vertical contralateral da ilha cutânea tornar-se-ia menor, com riscos de eventual necrose.

Chamamos a atenção para a indicação desta nova tática. Ela é útil somente para aqueles defeitos com grande

largura. Nas perdas de substância de largura pequena a moderada utilizando-se ilha cutânea tanto vertical como transversal e em que o defeito secundário da área doadora é possível fechar-se primariamente, não há necessidade do uso bilateral do retalho miocutâneo reto abdominal.

SUMMARY

The authors present a new technique for covering with skin great defects following mastectomy by using a bilateral rectus abdominis myocutaneous flap, in the following way: one as a homolateral transverse superior skin

island, which will be transferred to repair the loss of tissue in the thoracic wall; and the other as a contralateral vertical superior skin island, which will be transferred to repair the secondary defect caused by the first flap, allowing its complete closure after wide detachment of the entire skin and subcutaneous tissue of the inferior and lateral abdomen on that side.

They present two cases in which this new method is used with good results.

The indication is emphasized and the advantages are discussed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DINNER, MI; LABANDTER, HP; DOWDEN, RV The role of the rectus abdominis myocutaneous flap in breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 69: 209, 1982.
2. DREVER, JM The epigastric island flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 343, 1977.
3. DREVER, TM The lower abdominal transverse rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 10: 179-185, 1983.
4. DAHER, JC As reconstruções mamárias com retalho miocutâneo abdominal. Em: *Anais do Simpósio Brasileiro de Abdominoplastias*, São Paulo, Cidade, 1982. p. 113.
5. HARTRAMPF, CR; SCHEFLAN, M; BLACK, PW Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 69: 216, 1982.
6. HOLMSTROM, H The free abdominoplasty and its use in breast reconstruction. Em: *Ely, JF Transaction of 7th. International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*. Rio de Janeiro, 1979. Campinas, Cartgraff, 1979. p. 617.
7. LEJOUR, M Reconstruction of the breast with a contralateral epigastric rectus myocutaneous flap. *Chir. Plast.* 6: 181-188, 1982.
8. MATHES, SJ & BOSTWICK, J III A rectus abdominis myocutaneous flap to reconstruct abdominal wall defects. *Br. J. Plast. Surg.* 30: 282-283, 1977.
9. MATHES, S.J. & NAHAI, F Clinical atlas of muscle and musculocutaneous flaps. St. Louis, C.V. Mosby, 1979. p. 347-361.
10. MATHES, SJ & NAHAI, F Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps. St. Louis, C.V. Mosby, 1982. p. 222, 285, 364, 375.
11. MCGRAW, JB; DIBBELL, DC & CARRAWAY, JH Clinical definition of independent myocutaneous vascular territories. *Plast. Reconstr. Surg.* 60: 341, 1977.
12. NEAL, HW; KREILEIN, JG; SCHREIBER, JT & GREGORY, RO Complete sternectomy for chronic osteomyelitis with reconstruction using a rectus abdominis myocutaneous island flap. *Ann. Plast. Surg.* 6: 305-314, 1981.
13. PARKASH, S & RAMAKRISHNAN, K A myocutaneous island flap in the treatment of a chronic radionecrotic ulcer of the abdominal wall. *Br. J. Plast. Surg.* 33: 138, 1980.
14. PSILLAKIS, JM Reconstrução do tórax. Em: *Atlas anatomoclínico dos retalhos musculares e miocutâneos*, Bloch, Andrews, Azevêdo, Chem, Psillakis, Santos. São Paulo, Roca, 1984. p. 209-265.
15. ROBBINS, TH Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. *Aust. N.Z.J. Surg.* 49: 527-530, 1979.
16. SCHEFLAN, M & DINNER, MI The transverse abdominal island flap. Part I — Indications, contraindications, results and complications. *Ann. Plast. Surg.* 10: 24-35, 1983.
17. SCHEFLAN, M & DINNER, MI The transverse abdominal island flap. Part II — Surgical technique. *Ann. Plast. Surg.* 10: 120-129, 1983.
18. VASCONEZ, LO; PSILLAKIS, J; GIEBEIK, RJ Breast reconstruction with contralateral rectus abdominis myocutaneous flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 71: 668-675, 1983.
19. VIEIRA, RC; KOGUT, J; CHVEID, M Reconstrução mamária com retalho musculocutâneo do reto abdominal. *Rev. Bras. Cancerol.* 29: 28, 1982.
20. VIEIRA, RC & NASSIF, TM Retalho reto do abdome. Em: *manual de retalhos miocutâneos, axiais, osteomiocutâneos, musculares, fasciocutâneos e livres*. Júlio Hochberg (ed.), Porto Alegre, AMRIGS, 1984. p. 169-203.