

Utilização do retalho de omento na reconstrução torácica: relato de caso



**CAMILA CARVALHO
CAVALCANTE MARINHO** ^{1*}

HUGO LEONARDO RESENDE RODRIGUES ^{1,2}

RODRIGO VELOSO ROSSI ^{3,4}

ANDREIA SOUTO DA MOTTA ⁵

MARIANGELA LATINI DE MIRANDA ¹

RENATO CORREIA LIMA ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0102

RESUMO

As reconstruções da parede torácica são procedimentos desafiadores e complexos. Embora o retalho de omento tenha sido descrito na literatura antes do músculo peitoral maior para o tratamento de feridas esternais, geralmente ele é um retalho utilizado como último recurso. Neste relato de caso, apresentamos uma paciente portadora de infecção crônica de ferida operatória após ressecção e reconstrução de esterno com prótese devido a metástase de neoplasia de mama bilateral. História prévia de setorectomia da mama direita, mastectomia radical da mama esquerda, radioterapia bilateral, reconstrução tardia com o TRAM e posterior esternectomia para tratamento de metástase esternal, impossibilitaram o uso de retalhos cutâneos e musculares da região, optou-se pela reconstrução com transposição do retalho de omento bipediculado e cobertura com enxerto de pele parcial. O retalho de grande omento mostrou-se como uma boa opção diante de suas propriedades vasculares e imunológicas.

Descritores: Omento; Cirurgia reconstrutora; Retalhos; Mediastinite; Esternotomia.

INTRODUÇÃO

As reconstruções da parede torácica são procedimentos desafiadores e complexos. Desde a sua primeira descrição conhecida no século XVIII, melhorias na técnica cirúrgica reconstrutora e na anestesia, permitiram a realização de ressecções extensas com morbidade e mortalidade aceitáveis¹.

As indicações mais comuns para a ressecção da parede torácica incluem neoplasias primárias ou metastáticas, tumores contíguos de câncer de mama ou pulmão, necrose de radiação, defeitos congênitos, trauma ou processos infecciosos de osteomielite ou esternotomia mediana^{1,2}.

A escolha de músculos locais para confecção de retalho musculares ou miocutâneos são, frequentemente, a primeira opção dentro do arsenal reconstrutivo da região torácica³. O retalho de músculo peitoral maior é, geralmente, a primeira linha para a reconstrução de defeitos no esterno. O retalho de transposição do reto abdominal também é utilizado com frequência, mas requer uma artéria mamária ipsilateral íntegra⁴.

O uso de retalho de omento para cobertura de defeitos esternais foi descrita pela primeira vez por Lee, em 1976. Desde então, ele tem sido usado para várias condições, principalmente no tratamento de infecções profundas da ferida esternal após cirurgia cardiotorácica, que corresponde a uma fonte significativa de morbidade pós-cirúrgica².

O omento é composto de gordura visceral e vasos sanguíneos, apresentando dois pedículos dominantes (artérias gastroepiploicas direita e esquerda) que surgem da curva maior do estômago. A maior vantagem deste retalho é o comprimento do pedículo, que pode ser facilmente alongado com a divisão de arcadas internas, permitindo a cobertura de feridas no mediastino, parede torácica anterior, lateral e posterior^{3,5,6}.

O retalho de transposição de omento tem se mostrado eficaz na reconstrução esternal, especialmente em defeitos irregulares ou quando os retalhos musculares falharam⁴.

RELATO DO CASO

Paciente A.L.PL., gênero feminino, 44 anos, portadora de neoplasia de mama bilateral, sem outras comorbidades. Nega tabagismo ou etilismo.

Apresenta história de surgimento da neoplasia inicialmente em mama direita, sendo realizado tratamento cirúrgico com setorectomia e esvaziamento axilar, além de terapia adjuvante com radioterapia e quimioterapia há 14 anos.

Cerca de oito anos após o término do tratamento, foi diagnosticado novo câncer primário em mama esquerda, optando-se pela realização de mastectomia radical com esvaziamento axilar. Realizou novas sessões de quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Dois anos após ressecção oncológica, optou-se pela reconstrução tardia com retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) em outro serviço.

Após três anos do último procedimento cirúrgico, foi diagnosticada com metástase óssea em região do esterno, sendo realizada nova reabordagem com esternectomia e reconstrução com prótese de metilmetacrilato e tela de Márlex.

Há cerca de dois anos, a paciente evoluiu com infecção de prótese de esterno, sendo necessárias múltiplas internações para uso de antibiótico venoso e câmara hiperbárica, porém, sem sucesso no fechamento adequado da ferida e controle do quadro infeccioso (Figura 1). Desse modo, devido a impossibilidade do uso de retalhos cutâneos e musculares da região, optou-se pela retirada da prótese e reconstrução de região esternal com retalho de omento.

Durante ato operatório, foi realizada ressecção de cicatriz cirúrgica de esternotomia prévia, com exposição da tela de Márlex e prótese esternal. Após retirada das mesmas, foi identificada grande quantidade de fibrina e moderado volume de secreção purulenta, sendo realizado desbridamento cuidadoso dos tecidos desvitalizados e lavagem abundante de leito operatório com soro aquecido (Figura 2).

¹ Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica.

⁴ Instituto Mário Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

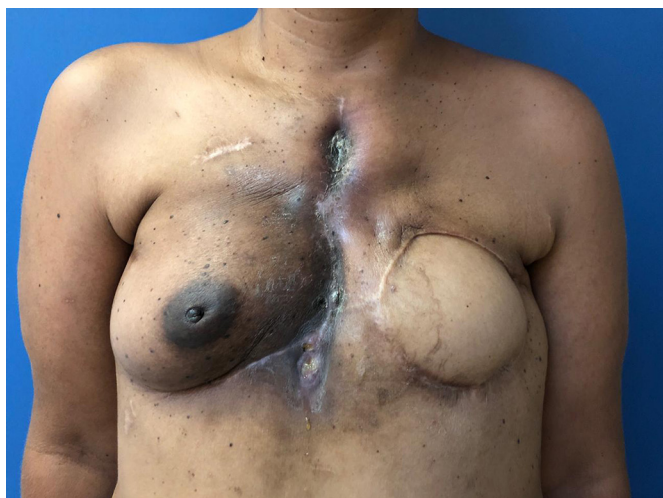


Figura 1. Imagem frontal do pré-operatório.

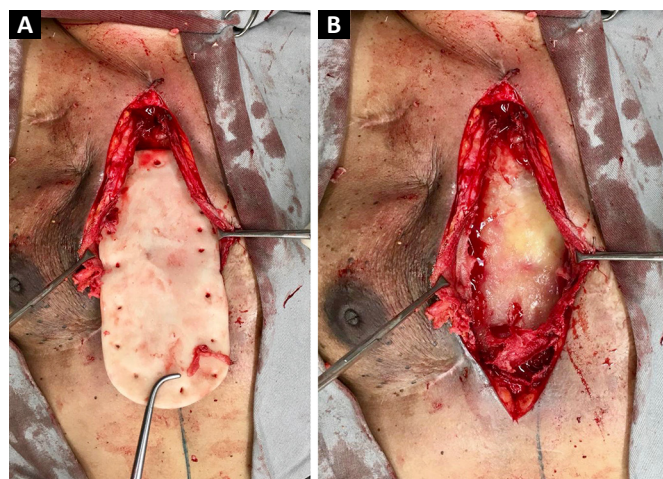


Figura 2. A: Placa de prótese de metilmetacrilato sendo retirada; B: Aspecto da ferida.

Após manipulação da ferida torácica, realizou-se uma incisão supraumbilical para identificação e confecção de retalho de grande omento bipediculado com liberação do cólon transverso em plano avascular. Realizada transposição do retalho para região torácica com tunelização em plano subcutâneo e cobertura do mesmo com enxerto de pele parcial (Figuras 3A e 3B).

A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, sendo realizada troca de curativo *tie-over* no 5º dia de pós-operatório, com boa integração do enxerto. Apresentou boa evolução pós-operatória, sem intercorrências durante período de internação, recebendo alta hospitalar. Retornou ao ambulatório uma semana após, sem intercorrências e enxerto com boa integração (Figura 3C).

DISCUSSÃO

O retalho do músculo peitoral maior é considerado como a primeira escolha para a reconstrução cirúrgica da mediastinite pós-esternotomia em muitas instituições^{6,7}. Embora o retalho de omento tenha sido descrito na literatura antes do músculo peitoral maior para o tratamento de feridas esternais, geralmente ele é um retalho utilizado como último recurso, devido à necessidade de laparotomia e receio de complicações abdominais⁸.

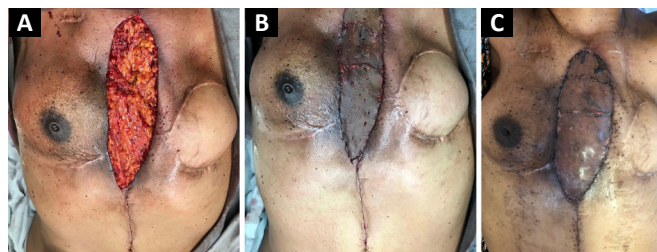


Figura 3. A: Retalho de omento transposto para cobertura da ferida torácica; B: Aspecto final pós-operatório; C: Aspecto do enxerto de pele no 12º DPO, com boa integração.

No entanto, o omento apresenta uma rede linfática robusta que auxilia no combate à infecções, e uma rica rede vascular que serve para transportar células inflamatórias e fatores angiogênicos, promovendo a revascularização dos tecidos vizinhos, além de facilitar a atuação de antibióticos nos leitos de tecido isquêmico. Por essas razões, o omento é amplamente utilizado em infecções de difícil resolução e em feridas isquêmicas^{6,8}.

Além disso, a flexibilidade e o amplo eixo de rotação o tornam uma opção atraente para o fechamento da ferida esternal, além de possibilitar o preenchimento do espaço morto após o desbridamento agressivo^{6,7,9}.

Uma variedade de estratégias pode ser usada para fornecer cobertura do retalho omental e, devido a sua ampla vascularização, aceitam prontamente um enxerto de pele de espessura parcial sem requerer um atraso adicional para esperar pelo tecido de granulação. Um problema com os retalhos omentais, além das possíveis complicações abdominais, é o potencial de necrose gordurosa irregular^{4,5}.

No caso relatado em nosso estudo, houve o comprometimento dos músculos peitoral maior e reto abdominal, conseqüente à cirurgia oncológica e reconstrutora prévias, o que impossibilitou o uso de retalhos cutâneos e musculares da região. Além disso, a paciente intercorreu com infecção crônica de difícil controle, com medidas clínicas em local de ferida operatória de esternotomia. Desse modo, o retalho de grande omento mostrou-se como uma boa opção diante de suas propriedades vasculares, linfáticas, imunológicas e de adesão ao sítio receptor.

CONCLUSÃO

Em virtude de suas propriedades, o uso do retalho de omento na reconstrução de defeitos esternais cronicamente infectados, mostrou-se um modo eficaz e seguro, sendo bastante útil em cirurgias de resgate em que não é possível o uso de retalhos locais para cobertura de defeitos da região torácica.

REFERÊNCIAS

1. Mansour KA, Thourani VH, Losken A, Reeves JG, Miller JI, Carlson GW, Jones GE. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience. *Ann Thor Surg*. 2002; 73(6):1720-6.
2. Hörner C, Sogorski A, Goertz O, Ring A, Harati K, Lehnhardt M, Kolbenschlag J. Sternal reconstruction with the omental flap – acute and late complications, predictors of mortality, and quality of life. *J Reconstr Microsurg*. 2018; 34(5):376-82.
3. Neligan PC, Rodriguez ED. *Cirurgia plástica: extremidade inferior, tronco e queimaduras*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
4. Ghazi BH, Carlson GW, Losken A. Use of the greater omentum for reconstruction of infected sternotomy wounds. *Ann Plast Surg* 2008; 60(2):169-73.
5. Tavares FMO, Menezes CMGG, Moscozo MVA, Xavier GRS, GM Oliveira, Marcos, Amorim MAP, Gama WN. Retalho de omento: uma alternativa em cirurgia reparadora da parede torácica. *Rev Bras Cir Plást*. 2011; 26(2):360-5.

6. Levashev YN, Akopov AL, Mosin IV. The possibilities of greater omentum usage in thoracic surgery. *Eur J Cardio-Thoracic Surg.* 1999; 15(4):465-8.
7. Stump A, Bedri M, Goldberg NH, Slezak S, Silverman RP. Omental transposition flap for sternal wound reconstruction in diabetic patients. *Ann Plast Surg.* 2010; 65(2):206-10.
8. Acarturk TO, Swartz WM, Luketich J, Quinlin RF, Edington H. Laparoscopically harvested omental flap for chest wall and intrathoracic reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2004; 53(3):210-6.
9. Spindler N, Etz C, Misfeld M, Josten C, Mohr FW, Langer S. Omentum flap as a salvage procedure in deep sternal wound infection. *Ther Clin Risk Manage.* 2017; 13(1):1077-83.

***Endereço Autor:**

Camila Carvalho Cavalcante Marinho
Rua Alagoas, nº66 - Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP 30130-160
E-mail: camila_ccavalcante@hotmail.com