

Retalho Musculocutâneo de Peitoral Maior Associado ao Retalho de Língua na Reconstrução da Bochecha – Uma Alternativa aos Retalhos Microcirúrgicos – Relato de Caso

Belmino Corrêa de Araujo Netto¹

Mauro Kasuo Ikeda²

Ivone da Silva Duarte³

Lydia Masako Ferreira⁴

Márcio Abrahão⁵

- 1] Mestre em Cirurgia Plástica Reparadora pela UNIFESP-EPM, Cirurgião Plástico do Hospital Infantil Menino Jesus, São Paulo.
- 2] Doutor em Medicina pela UNIFESP-EPM.
- 3] Mestre em Cirurgia Plástica Reparadora pela UNIFESP-EPM.
- 4] Prof^a. Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica do Depto. de Cirurgia da UNIFESP-EPM.
- 5] Prof. Dr. da Disciplina de Otorrinolaringologia da UNIFESP-EPM.

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal
de São Paulo – Dept^o de Cirurgia – Disciplina de
Cirurgia Plástica e Dept^o de Otorrinolaringologia –
Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Endereço para correspondência:

R. Manoel da Nóbrega, 277

São Paulo – SP

04614-000

Fone: (11) 543-9451 – Fax: (11) 532-1677

e-mail: gaibu@uol.com.br

Unitermos: Retalhos cirúrgicos; músculos peitorais – cirurgia; boca – cirurgia;
língua; bochecha.

RESUMO

Em pacientes com deformidades de face associadas a deformidades de cavidade oral decorrentes de ressecções tumorais, o retalho musculocutâneo de peitoral maior pode ser usado associado a outros tipos de retalhos, inclusive transplantes livres microcirúrgicos.

O caso apresentado é de um paciente portador de carcinoma espinocelular em região jugal direita, ulcerado na pele da bochecha, lábios e comissura labial, que, após ressecção cirúrgica, teve essa área reconstruída com o retalho musculocutâneo de peitoral maior (RMCPM) associado ao retalho de língua.

O paciente evoluiu bem, e foi realizada radioterapia pós-operatória no período de 14/12/97 a 9/01/98. Em vinte de março daquele ano apresentava-se assintomático, tendo sido orientado controle mensal para 1998.

O objetivo é apresentar uma opção alternativa, utilizando o RMCPM associado ao retalho de língua para reconstrução de deformidade de bochecha de espessura total.

A evolução histórica da cirurgia de cabeça e pescoço corre paralela ao desenvolvimento das técnicas de reconstrução da cirurgia plástica. Neste contexto insere-se a utilização combinada dos retalhos aqui citados, técnica simples de ser realizada, com baixo índice de complicações, além de apresentar bons resultados estéticos e funcionais.

INTRODUÇÃO

A reconstrução em cirurgia de cabeça e pescoço tem evoluído muito nos últimos 35 anos. Entre as várias contribuições, o retalho musculocutâneo de peitoral maior^(1,2) pode ser considerada uma das maiores. Tecnicamente de fácil realização, ele apresenta baixas taxas de morbidade e mortalidade e é muito versátil, com resultados pós-operatórios muito satisfatórios no que tange à funcionalidade e ao aspecto estético.

A versatilidade do retalho musculocutâneo de peitoral maior (RMCPM) inclui a possibilidade de sua utilização combinada com outros retalhos da mesma categoria e até mesmo com transplantes livres^(3,4).

Não podemos deixar de comentar que, com o advento dos retalhos livres com anastomoses microcirúrgicas, as grandes reconstruções em cirurgia de cabeça e pescoço passaram a ter outras opções, com resultados animadores⁽⁵⁾. Entretanto, são técnicas que ainda apresentam morbidade maior que o RMCPM e que, no nosso meio, dependem da disponibilidade de cirurgias plásticas com formação específica e de estruturas hospitalares que forneçam suporte adequado aos pacientes e profissionais que lidam com este tipo de patologia.

Neste contexto, as ressecções de espessura total de bochecha, envolvendo pele, partes moles e mucosa, representam uma grande deformidade, em que várias opções de reconstrução devem ser consideradas. Apresentamos aqui uma opção alternativa, utilizando o RMCPM^(1,2) associado ao retalho de língua^(6,7).

RELATO DE CASO

Paciente com 35 anos de idade, branco, do sexo masculino, brasileiro, natural e residente na cidade de São Paulo, atendido no Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, tendo como queixa principal a presença de tumoração na região jugal direita, havia aproximada-

mente 4 meses. Como antecedente, referiu que era fumante há vários anos, menos de 20 cigarros por dia; negou etilismo.

Ao exame físico especializado, constatou-se a presença de lesão ulceroinfiltrativa de mucosa jugal direita, medindo 6 x 5 cm nos seus maiores diâmetros, comprometendo partes moles e pele da face. Uma biópsia realizada na lesão ulcerada da pele da bochecha confirmou o diagnóstico clínico de carcinoma espinocelular. No pescoço, palpou-se linfonodo jugulocarotídeo, alto à direita, medindo 0,8 cm de diâmetro, de consistência fibroelástica, móvel em relação aos planos profundos, além de outro, submandibular, de 1 cm, à esquerda, com as mesmas características anteriores. Utilizando o sistema de estadiamento TNM, da União Internacional de Combate ao Câncer (UICC), a lesão foi classificada como T4N2bM0, Estádio clínico IV (Figs. 1 e 2).

Em 29/04/97, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico, que se constituiu numa ressecção ampla da neoplasia, envolvendo espessura total da bochecha direita, incluindo comissura labial, parte do lábio superior, do inferior e do soalho bucal, além de parotidectomia superficial, com conservação do ramo temporal do nervo facial; concomitantemente, realizou-se um esvaziamento cervical radical à direita, com conservação do nervo espinal e um esvaziamento supra-omoióideo esquerdo.

A reconstrução do defeito resultante foi realizada utilizando-se a combinação de RMCPM e retalho abrangendo hemilíngua do lado direito. Confeccionou-se o RMCPM, segundo técnica já padronizada^(4,5); em seguida, preparou-se o forro musculomucoso da bochecha, utilizando-se a hemilíngua ipsilateral, com espessura total e pedículo posterior. Foi feita uma incisão na linha média da hemilíngua, no seu sentido

ântero-posterior, abrindo-a como uma "página de livro". Após essa manobra, o retalho foi rodado lateralmente e suturado, cobrindo a face interna da bochecha (Figs. 3 e 4). Identificou-se o nervo hipoglosso homolateral, ao nível da artéria carótida comum, o qual foi seccionado e ligado, para evitar que o retalho se movimentasse e ocorresse deiscência de sutura. A hemilíngua restante foi suturada borda a borda, resultando em uma "nova língua". Sobre este retalho, o RMCPM foi transferido e suturado, reconstituindo-se o contorno facial. Foi utilizada uma sonda nasoenteral para suporte nutricional do paciente, bem como realizada uma traqueostomia para assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Foi utilizada a drenagem por sucção contínua no pescoço e tórax.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem complicações, recebendo alta hospitalar em 10/05/97. Em 23/05/97, a sonda nasoenteral foi retirada, assim como a cânula de traqueostomia, tendo o paciente sido encaminhado ao Serviço de Radioterapia. Na ocasião, o paciente apresentava boa qualidade de fonação e deglutição (Figs. 5 e 6). Fez radioterapia pós-operatória no período de 14/12/97 a 9/01/98, tendo recebido dose total de 5040 cGy em região cervicofacial e fossas supraclaviculares, fracionada em 180 cGy/dia, evoluindo sem complicação. Em vinte de março daquele ano apresentava-se assintomático, tendo sido

orientado controle mensal para 1998.

DISCUSSÃO

A evolução histórica da cirurgia de cabeça e pescoço corre paralela ao desenvolvimento das técnicas de reconstrução^(1, 8), já que, na primeira, é comum os procedimentos resultarem em deformidades importantes. Assim sendo, o enriquecimento do arsenal de métodos reconstrutivos possibilitou aos cirurgiões de cabeça e pescoço realizarem cirurgias cada vez mais extensas, com baixas taxas de morbidade e mortalidade operatórias, além de apresentarem bons resultados estéticos e funcionais.

CONCLUSÃO

Foi utilizada a combinação dos retalhos aqui citados, ressaltando-se que se trata de técnica relativamente simples de ser executada e, ainda, que sua indicação é uma alternativa ou uma contribuição ao conjunto global daquelas técnicas já comprovadamente efetivas ou sedimentadas na literatura mundial^(1, 8).

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 54 e 55.