

Retalho miocutâneo transverso do platisma na reconstrução de defeitos extensos da face após a ressecção oncológica de grandes tumores



HIANGA FAYSSA FERNANDES SIQUEIRA ^{1,2,3*}

CARLOS ANSELMO LIMA ²
 CÁIO CÉSAR CHAGAS SANTOS FERNANDES ^{1,4}
 SCHELLA KRISTINA MESQUITA SALVIANO ^{1,4}
 MARTA DÓRIA DOS SANTOS ^{1,2}
 HITALO GLAUCO FERNANDES SIQUEIRA ^{5,6}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0190

RESUMO

Introdução: O câncer de pele localiza-se com mais frequência na face, causando morbidade tanto funcional quanto estética aos pacientes, e a ressecção oncológica da lesão provoca, muitas vezes, grandes defeitos que necessitam de reconstruções complexas. O retalho miocutâneo transverso do platisma, apesar de pouco relatado na literatura, mostrou-se uma boa opção para a reconstrução de perdas do terço médio e inferior da face. **Método:** Neste estudo foram relatados 2 casos de pacientes com lesões extensas em hemiface, resultando em grandes defeitos, que foram cobertos com o retalho miocutâneo transverso do platisma. **Resultados:** Não houve complicações pós-operatórias e os retalhos evoluíram com boa perfusão sem áreas de necrose. **Conclusão:** O retalho miocutâneo transverso do platisma, mostrou-se uma excelente opção para cobertura de grandes defeitos em terço médio e inferior de face.

Descritores: Retalhos cirúrgicos; Neoplasias de cabeça e pescoço; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Músculos do pescoço; Neoplasias cutâneas.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não melanoma é o mais comum no Brasil e no mundo. Para o Brasil, estimam-se 165.580 casos novos de câncer de pele não melanoma para cada ano do biênio 2018-2019¹.

Este tipo de câncer localiza-se com mais frequência na face, causando morbidade tanto funcional quanto estética aos pacientes². O tratamento tem como objetivo a ressecção oncológica da lesão, preservando a função e causando a menor deformidade possível³.

Entretanto, os defeitos craniofaciais e do terço médio da face após extensas ressecções tumorais têm consequências funcionais e estéticas substanciais⁴.

Apesar da existência de muitas técnicas para o reparo destes defeitos, a reconstrução ideal depende da avaliação criteriosa de cada caso clínico e tem por finalidade alcançar o melhor resultado, tanto funcional como estético, com mínima morbidade na área doadora e ao paciente⁵.

O retalho miocutâneo transverso do platisma, apesar de pouco relatado na literatura, mostrou-se uma boa opção para a reconstrução de perdas do terço médio e inferior da face, como será demonstrado nos casos a seguir⁶.

OBJETIVO

Relatar dois casos em que foram utilizados o retalho miocutâneo transverso do platisma, para reconstrução de grandes defeitos do terço médio e inferior da face.

RELATO DE CASO

O caso 1 trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 87 anos, que apresentou uma lesão vegetante com cerca de 3 anos de evolução, medindo 9cm em seu maior diâmetro, localizada em terço médio e superior da hemiface esquerda, com invasão da mucosa bulbar ocular (Figura 1).

Foi realizada a excisão da lesão com margens oncológicas, sem a preservação do periósteo e exanteração de órbita, com esvaziamento das cadeias linfonodais cervicais ipsilaterais (Figura 2).



Figura 1. Carcinoma espinocelular acometendo terços superior, médio e inferior de hemiface esquerda.

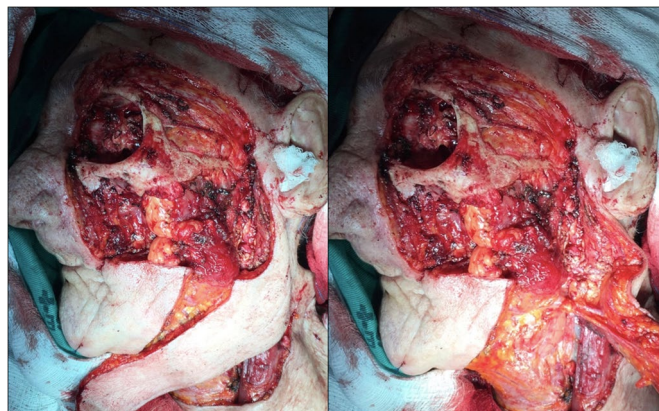


Figura 2. Defeito após a ressecção oncológica do tumor em hemiface esquerda e retalho miocutâneo transverso do platisma dissecado.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasil.

² Universidade Federal de Sergipe Campus São Cristóvão, São Cristóvão, SE, Brasil.

³ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Centro, Petrolina, PE, Brasil.

⁴ Hospital de Urgência de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

⁵ Sociedade Brasileira de Dermatologia, SE, Brasil.

⁶ Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Para a cobertura do defeito do terço superior foi confeccionado o retalho médio frontal, baseado nas artérias supraorbitária e supratrocLEAR e para cobertura do terço médio foi confeccionado o retalho miocutâneo transverso do platisma, ipsilaterais ao defeito (Figura 3).



Figura 3. Pós-operatório imediato à esquerda; e à direita o resultado após 9 meses da ressecção da lesão tumoral, e reconstrução com retalhos médio-frontal e miocutâneo transverso do platisma ipsilaterais.

O caso 2 refere-se a um paciente do sexo masculino, de 82 anos, com uma lesão vegetante, medindo cerca de 12cm em seu maior diâmetro, localizado em terço médio e inferior da hemiface esquerda, com acometimento de orelha externa (Figura 4).



Figura 4. Carcinoma espinocelular extenso em hemiface esquerda, com invasão de orelha externa.

A excisão foi realizada com margens oncológicas, juntamente com amputação da orelha externa, porém conseguiu-se preservar o periósteo temporal (Figura 5).

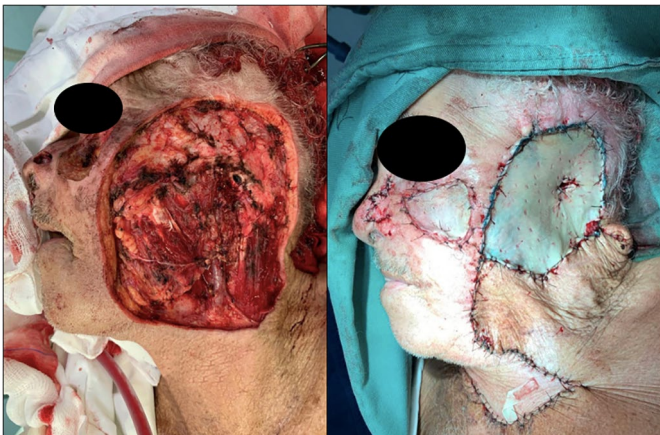


Figura 5. À esquerda o defeito após a ressecção oncológica do tumor; e à direita o pós-operatório imediato da reconstrução com enxerto de pele total em regiões infraorbitária e temporal, e retalho miocutâneo transverso do platisma em região inferior de hemiface.

Para reconstrução, foi realizada, na região temporal, a enxertia de pele total retirada da região abdominal, e para a cobertura do terço médio-inferior foi utilizado o retalho miocutâneo transverso do platisma (Figura 6).



Figura 6. Pós-operatório após 9 meses.

Técnica cirúrgica

Após ressecção da neoplasia com margens oncológicas, o retalho miocutâneo transverso do platisma foi planejado para que sua base estivesse na extremidade lateral do pescoço, na zona infra-parotídea e sobre a borda posterior do terço médio do músculo esternocleidomastoideo, de onde emergem suas perforantes.

A extensão do retalho em ambos os casos foi calculada de acordo com o defeito a ser coberto e de modo a não ultrapassar 2cm da linha média cervical. O diâmetro supero-inferior do retalho foi calculado através do pinçamento bidigital de maneira que alcançasse o maior diâmetro de base possível, na medida em que o defeito da área doadora pudesse ser fechado com síntese primária.

Os retalhos foram levantados da maneira acima descrita incluindo pele, tecido celular subcutâneo, platisma e fásia adipofascial profunda, com preservação das perforantes e da veia jugular externa. As medidas dos retalhos foram respectivamente: 5x11cm e 6x10cm. O esvaziamento cervical foi realizado logo após. As áreas doadoras foram fechadas através de síntese primária e os retalhos posicionados para cobertura dos defeitos.

RESULTADOS

Os tumores foram ressecados com margens livres e tiveram o estudo anatomopatológico evidenciando carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado em ambos os casos. Não houve complicações pós-operatórias, e os retalhos evoluíram com boa perfusão, sem áreas de necrose. Foi observada diferença de coloração do retalho em relação a pele da face nos dois casos e ectrópio no segundo caso.

DISCUSSÃO

O músculo platisma é um músculo cuticular que ocupa grande parte do segmento anterolateral do pescoço. Trata-se de um músculo achatado que tem um pedículo arterial dominante proveniente da artéria submentoniana, além de irrigação arterial acessória vinda do tronco tireocervical⁷.

Desde o seu primeiro uso relatado pelo cirurgião austríaco Robert Gersuny, no século XIX e sua introdução na literatura em 1978, por Futrell *et al.*, o retalho miocutâneo do platisma ganhou notoriedade crescente⁸⁻¹⁴.

Através do plano pele-subcutâneo-platimal do segmento anterolateral do pescoço observa-se a presença

de ramos das artérias submentoniana, facial, tireoidiana superior, cervical transversa e occipital. Portanto, com a observação de ramos arteriais nas camadas adipofasciais mais profundas, que penetram no músculo platísmo e fornecem sangue para o plexo subdérmico, os retalhos de platísmo devem ser considerados fasciomiocutâneos, em vez de retalhos miocutâneos¹⁵.

Sua confecção se baseia em uma faixa miocutânea no sentido transversal, com pedículo largo, podendo avançar até 1 - 3cm além da linha média⁶.

Os retalhos realizados neste estudo foram confeccionados utilizando como base a região cervical lateral superior, com bons resultados. Entretanto um estudo recente mostrou que um maior número de perfurantes platísmos foi identificado na região medial superior, seguido pela região média medial e região lateral superior em indivíduos caucásicos, enquanto a maioria das perfurantes pôde ser identificada na região lateral superior em asiáticos, seguida pela medial média e região medial superior¹⁶.

Devido a idade avançada dos pacientes, comorbidades associadas e a doença consumptiva, optou-se pelas estratégias reconstrutivas mais rápidas.

O retalho miocutâneo transverso do platísmo, foi escolhido para o auxílio na reconstrução destes casos por se tratar de um retalho de fácil obtenção, rápida execução e com baixa morbidade à área doadora¹⁴.

Observou-se também que é um retalho que facilita a linfadenectomia das cadeias linfonodais cervicais.

CONCLUSÃO

O retalho miocutâneo transverso do platísmo, mostrou-se uma boa opção para cobertura de grandes defeitos em terço médio e inferior de face quando há preservação do arcabouço ósseo. As vantagens observadas foram a facilidade de execução, a síntese primária da área doadora e a facilitação para o esvaziamento cervical.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2018: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018; [acesso em 19 jun 2019]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
2. Lima CA, et al. Do cancer registries play a role in determining the incidence of non-melanoma skin cancers?. *Eur J Dermatol*. 2018 Apr;28(2):169-76. DOI: <https://doi.org/10.1684/ejd.2018.3248>
3. Feijó MJF, Santana HWO, Viana H, Machado AA, Pereira RMR. Uma análise retrospectiva dos pacientes com tumoração em face sugestiva de câncer de pele submetidos a tratamento cirúrgico no IMIP. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(3 Supl 1):39.
4. Cordeiro PG, Disa JJ. Challenges in midface reconstruction. *Semin Surg Oncol*. 2000 Oct/Nov;19(3):218-25. DOI: [https://doi.org/10.1002/1098-2388\(200010/11\)19:3<218::AID-SSU3>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1098-2388(200010/11)19:3<218::AID-SSU3>3.0.CO;2-L)
5. Anlicoara R, Cabral MAF, Sá JZ, Sá GT, Braga ACCR. Reconstruções craniofaciais: ainda há espaço para os retalhos locorreionais?. *Rev Bras Cir Plást*. 2015;30(4):603-608.
6. Su T, Zhao YF, Liu B, Hu YP, Zhang WF. Clinical review of three types of platysma myocutaneous flap. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Nov;35(11):1011-5. PMID: 17000080 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2006.08.002>
7. Girardi FM, Zanella VG, Kroef RG. Retalho transverso miocutâneo de platísmo: opção para reconstrução de defeitos extensos da face. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2015 Jan;44(1):14-7.
8. Futrell JW, Johns ME, Edgerton MT, Cantrell RW, Fitz-Hugh GS. Platysma myocutaneous flap for intraoral reconstruction. *Am J Surg*. 1978 Oct;136(4):504-7. PMID: 360854 DOI: [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(78\)90270-2](https://doi.org/10.1016/0002-9610(78)90270-2)
9. Grützenmacher S, Steinmeier E, Hosemann W. Der Einsatz des myokutanen Platysmalappens im Kopf-Hals-Bereich-Eine retrospektive studie. *Laryngo-Rhino-Otologie*. 2005 Oct;84(10):733-737. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2005-870115>
10. Pagani D, Capaccio P, Fontanella W, Sambataro G, Broich G, Pignataro L. Vertical platysma myocutaneous flap reconstruction for T2-staged oral carcinoma. *Anticancer Res*. 2007 Jul/Aug;27(4C):2961-4.
11. Puxeddu R, Dennis S, Ferrel C, Caldera S, Brennan PA. Platysma myocutaneous flap for reconstruction of skin defects in the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Jul;46(5):383-6. PMID: 18207614 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2007.11.015>
12. Koch M, Künzel J, Mantsopoulos K, Zenk J, Iro H. Defect closure after oral and pharyngeal tumor resection with the superiorly pedicled myocutaneous platysma flap: indications, technique, and complications. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012 Sep;269(9):2111-9. PMID: 22197891 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00405-011-1891-5>
13. Eckardt AM. Platysma myocutaneous flap - its current role in reconstructive surgery of oral soft tissue defects. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2013 Feb;39(1):3-8. PMID: 24471010 DOI: <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2013.39.1.3>
14. Nóra RT, Piteri RCO, Sunahara ÉRM, Barbosa MFC, Fernandes ACM, Copi I, et al. Uso do retalho cérvico-submandibular transverso nas reparações de defeitos do terço médio da face. *Rev Bras Cir Plást*. 2015;30(3):374-80.
15. Imanishi N, Nakajima H, Kishi K, Chang H, Aiso S. Is the platysma flap musculocutaneous? Angiographic study of the platysma. *Plast Reconstr Surg*. 2005 Apr;115(4):1018-24. PMID: 15793439 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000154211.52778.71>
16. Giammarino A, et al. Ethnic differences in platysmal perforators and its relevance for the platysma myocutaneous flap. *J Plast Reconstr Aest Surg*. 2019 Aug;72(8):1272-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2019.05.001>

*Endereço Autor:

Hianga Fayssa Fernandes Siqueira

Rua Orlando Magalhães Maia, número 1224, apartamento 901, torre Luxemburgo, Jardins, Aracaju, SE, Brasil. CEP 49025-530

E-mail: hfayssa@hotmail.com