

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 19 anos, portadora de osteosarcoma parosteal do úmero proximal esquerdo com evolução de cinco anos, tratada em outros serviços como osteocondroma. Após confirmação do diagnóstico por biópsia, foi submetida, em 3/11/2005, a ressecção segmentar do úmero e partes moles, com margens livres, e reconstrução imediata com haste de Enneking e enxerto de fíbula, com fechamento primário da ferida. Feito tratamento quimioterápico adjuvante. No segundo mês, a paciente evoluiu com deiscência e exposição da haste e, no dia 7/2/2007, foi submetida a limpeza cirúrgica e cobertura com segmento do retalho fasciomiotânico do grande dorsal com ilha de pele medindo 12 cm x 8 cm. Realizado fechamento primário da área doadora (Figura 1). Houve integração do retalho ao leito receptor, com cobertura efetiva da haste. A paciente mantém-se em controle oncológico.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 26 anos, com diagnóstico de fibromatose músculo-aponeurótica. Após várias recidivas locais, foi submetida, em 21/09/1998, a ressecção tumoral



Figura 1 – Pré-operatório e 3º mês de pós-operatório de cirurgia oncológica e reconstrução com retalho fasciomiotânico do músculo grande dorsal, em paciente portadora de osteosarcoma do úmero proximal esquerdo.

alargada no 1/3 médio lateral do braço direito. Tardiamente apresentou infecção e fratura patológica. Foi instituído tratamento clínico e imobilização do membro. A paciente evoluiu com exposição óssea e, em 16/03/2000, foi submetida a limpeza cirúrgica de partes moles e óssea, sendo aplicado fixador externo de Wagner e cobertura com retalho segmentar do músculo grande dorsal com ilha cutânea de 20 cm x 12 cm. Realizado fechamento primário da área doadora (Figura 2). A paciente evoluiu até o momento com controle da infecção e consolidação óssea, sem sinal de recidiva tumoral.

DISCUSSÃO

Na literatura, descreve-se que o índice de sucesso com o retalho do músculo grande dorsal para reconstruções diversas varia de 72% a 95%³.

Em decorrência de sua vascularização ser classificada, segundo critérios de Mathes e Nahai⁵, como do tipo V, várias formas e tamanhos deste retalho podem ser confeccionados, dependendo da localização, causa e defeito a ser reparado. A ilha de pele pode atingir dimensões de até 35 cm x 12 cm, com o fechamento direto da área doadora^{1-4,6,7}.

O uso do retalho livre é uma opção⁸, mas a sua maior dificuldade técnica e as complicações não podem ser esquecidas. Mesmo que a morbidade da área doadora em ambos seja mínima, a extensão do ombro pode ser prejudicada quando o músculo é completamente removido ou o nervo tóraco-dorsal é sacrificado. Para minimizar este efeito, propõe-se usar parte do músculo^{9,10} e preservar a inervação^{6,7}.

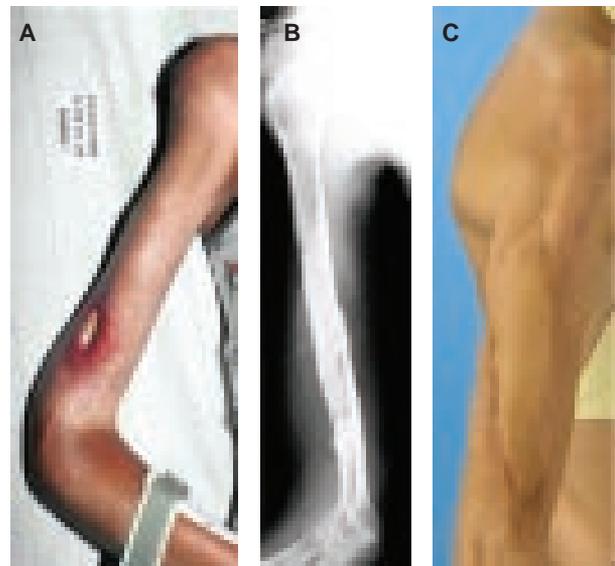


Figura 2 – Em A e B, vista do pré-operatório e, em C, do 5º ano de pós-operatório de cirurgia oncológica e osteomielite em que se realizou a reconstrução com retalho do músculo grande dorsal em ilha em paciente portadora fibromatose músculo-aponeurótica.

Os pontos principais a serem considerados na realização do retalho do músculo grande dorsal em ilha são o arco de rotação, o túnel subcutâneo amplo para evitar compressão, a preservação do pedículo proximal, a manutenção da inserção no úmero, a possibilidade do uso de grandes retalhos sem a necessidade de autonomização prévia e a possibilidade de reutilização do músculo para novo retalho devido ao uso segmentar^{1,3,5-7}.

CONCLUSÃO

O retalho do músculo grande dorsal pediculado é muito útil para as reconstruções oncológicas do membro superior, com pequena morbidade da área doadora, fornecendo tecido vascularizado e com volume suficiente para cobertura cutânea e muscular.

REFERÊNCIAS

1. Pearle AD, Kelly BT, Voos JE, Chehab EL, Warren RF. Surgical technique and anatomic study of latissimus dorsi and teres major transfers. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(7):1524-31.
2. Hamdi M, Van Landuyt K, Monstrey S, Blondeel P. A clinical experience with perforator flaps in the coverage of extensive

- defects of the upper extremity. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(4):1175-83.
3. Hayden RE, Kirby S, Deschler DG. Technical modifications of the latissimus dorsi pedicled flap to increase versatility and viability. *Laryngoscope.* 2000;110(3 Pt 1):352-7.
4. Al-Qattan MM. Severe, traumatic soft-tissue loss in the antecubital fossa and proximal forearm associated with radial and/or median nerve palsy: nerve recovery after coverage with a pedicled latissimus dorsi muscle flap. *Ann Plast Surg.* 2001;46(2):125-9.
5. Mathes SJ, Nahai F. Classification of the vascular anatomy of muscles: experimental and clinical correlation. *Plast Reconstr Surg.* 1981;67(2):177-87.
6. Lin CH, Wei FC, Levin LS, Chen MC. Donor-site morbidity comparison between endoscopically assisted and traditional harvest of free latissimus dorsi muscle flap. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(4):1070-8.
7. Adams Jr. WP, Lipschitz AH, Ansari M, Kenkel JM, Rohrich RJ. Functional donor site morbidity following latissimus dorsi muscle flap transfer. *Ann Plast Surg.* 2004;53(1):6-11.
8. Maxwell GP, Stueber K, Hoopes JE. A free latissimus dorsi myocutaneous flap: case report. *Plast Reconstr Surg.* 1978;62(3):462-6.
9. Tobin GR, Schusterman M, Peterson GH, Nichols G, Bland KI. The intramuscular neurovascular anatomy of the latissimus dorsi muscle: the basis for splitting the flap. *Plast Reconstr Surg.* 1981;67(5):637-41.
10. Hazan ASB, Nahas FX, Barbosa MVJ, Pineda E, Juliano Y, Ferreira LM. Análise anatomo-histológica das subunidades musculares do músculo grande dorsal. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2006;21(4):203-10.

Correspondência para:

Kátia Tôres Batista - Hospital Sarah Brasília
SMHS Qd 501 - cjto A - Brasília, DF – CEP 70335-901.
E-mail: katiatb@terra.com.br