

## **Retalho do M. Peitoral para reconstrução de face**

### **Pectoral muscle flap for facial reconstruction**

DOI:10.34117/bjdv7n12-111

Recebimento dos originais: 12/11/2021

Aceitação para publicação: 06/12/2021

#### **João Carlos Alves da Cunha**

Médico

Instituição : UNIVÁS

Endereço: Av Coronel Alfredo Custódio de Paula, 320, Pouso Alegre MG

E-mail: jcarlos\_cunha@hotmail.com

#### **Felipe Silva Ferreira Mattos**

Médico

Instituição: Centro Universitário de Caratinga

Endereço: Rua Olegario Maciel 774 apto1101, Esplanada, Governador Valadares - MG

E-mail: felipesfm13@gmail.com

#### **Leonardo Terra de Freitas Camargo Torquato**

Acadêmico de Medicina

Instituição : Faminas BH

Endereço: Rua Tereza Mota Valadares 685

E-mail: leozinterra@hotmail.com

#### **Mariana Miranda Espírito Santo e Silva**

Acadêmico de Medicina

Instituição: Centro Universitário de Valença- UniFAA

Endereço: Rua Lígia Weyers 65 Santa Tereza, Barbacena MG

E-mail: mmeses96@gmail.com

#### **Pedro Rocha do Carmo Polonio**

Acadêmico de Medicina

Instituição: Centro Universitário de Valença - UniFAA

Endereço: Praça Nossa Senhora de Fátima 54 Tejuco, São João Del Rei MG

E-mail: pedrorochadocarmo@gmail.com

#### **Carlos Eduardo de Albuquerque Baía**

Médico

Instituição : Unimes

Endereço: Rua Martiniano de Carvalho 1049, São Paulo- SP

CEP :01321-001

E-mail: carlosbaia11@hotmail.com

**Fernanda Outeiro Queiroz**

Estudante

Instituição : Unimar

Endereço: Rua Gregorio Montolar , 101 - Marilia/ SP

E-mail: fgo.queiroz@gmail.com

**Debora Desie Fonzar**

Medica

Universidade anhembi morumbi

Rua Martiniano de Carvalho, 1049-Atpo 232c

E-mail:Dehfonzar@hotmail.com

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever relato de caso de uma paciente que foi encaminhada para atendimento secundário com diagnóstico de CEC em face, onde tratamento cirúrgico foi realizado com reconstrução através de retalho do musculo peitoral. Além disso, revisar na literatura sobre essa forma de reconstrução de face. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico do procedimento cirúrgico ao qual o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Detalhamentos de Caso:** Relato de caso de um paciente do sexo feminino, 53 anos, com CEC de mucosa jugal que foi submetida a pelviglossomandibulectomia + maxilectomia parcial direita em bloco com esvaziamento cervical direito + reconstrução com retalho miocutâneo. **Conclusão/Considerações finais:** O caso relatado e as publicações levantadas trazem discussões sobre a importância do retalho do musculo peitoral maior como importante estratégia de reconstrução pós ressecção oncológica de doenças oncológicas de cabeça e pescoço. Esse tipo de retalho, embora apresente risco de complicações, ainda assim se apresenta como principal forma de retalho utilizado.

**Palavras-chave:** Retalhos cirúrgicos, Músculos peitorais, Cirurgia Plástica

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe a case report of a patient who was referred to secondary care with a diagnosis of SCC in the face, where surgical treatment was performed with reconstruction using a pectoral muscle flap. Also, review the literature on this form of face reconstruction. **Methods:** Information was obtained through a review of the medical record, interview with the patient, photographic record of the surgical procedure to which the patient was submitted, and a review of the literature. **Case Details:** Case report of a female patient, 53 years old, with SCC of the jugal mucosa who underwent pelviglossomadibulectomy + partial right maxillectomy in block with right neck dissection + reconstruction with myocutaneous flap. **Conclusion/Final considerations:** The case reported and the publications surveyed bring discussions about the importance of the pectoralis major muscle flap as an important reconstruction strategy after oncologic resection of oncologic diseases of the head and neck. This type of flap, although presenting a risk of complications, still presents itself as the main form of flap used.

**Keywords:** Surgical Flaps, Pectoral Muscles, Plastic Surgery

## 1 INTRODUÇÃO

Frequentemente, o tratamento do carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço requer ressecções amplas e a necessidade de retalhos para a reconstrução. Os diversos métodos reconstrutivos têm como objetivo minimizar danos funcionais e morfológicos.<sup>1,5</sup>

Os retalhos miocutâneos se apresentam como uma estratégia disponível para os cirurgiões quando esses se deparam com grandes defeitos a serem cobertos após ressecção de tumores. Os retalhos de musculo peitoral maior é visto como um instrumento interessante, devido a sua versatilidade e também segurança circulatória.<sup>1</sup>

De acordo com a indicação do uso do retalho, as complicações podem ter repercussões de magnitudes distintas. Uma pequena deiscência pode ser insignificante em retalhos que são usados para cobertura de região cervical, mas pode ser muito importante em uma reconstrução de faringe, levando à formação de fístulas que podem trazer transtornos bastante significantes, como observado na paciente do relato de caso. Dessa forma, a boa técnica cirúrgica e do cuidado pela integridade dos tecidos é indispensável na busca de bons resultados.<sup>1</sup>

## 2 RELATO DE CASO

Paciente, 53 anos, sexo feminino, encaminhada para atendimento secundário, no dia 18/01/2021, por lesão em mucosa jugal e rebordo alveolar mandibular posterior a direita. Biopsia realizada no dia 17/12/2020 evidenciando carcinoma espinocelular (CEC) moderadamente diferenciado e ressonância magnética também realizada, porém seu laudo até o momento. Paciente com histórico de hipertensão arterial sistêmica (em uso de Losartana 50mg de 12 em 12h) e síndrome do pânico (em uso de Escitalopram 20mg e Frontal 2mg). Ao exame, lesão infiltrativa em mucosa jugal direita, volumosa. À palpação cervical, bócio tireoidiano e ausência de linfonodomegalias palpáveis. A conduta escolhida no momento foi a solicitação de exames para estadiamento e risco cirúrgico. No dia 08/02/2021, paciente retorna com resultado de exames. Evidenciado na tomografia de pescoço (realizada no dia 26/01/2021) formação nodular em base de língua à direita, com rotura da cortical interna do corpo de mandíbula, de 3,4cm em maior diâmetro, extensão ao espaço bucal homolateral, sem evidencias de linfonodomegalias. Sem alterações de relevância oncológica à tomografia de tórax (também realizada no dia 26/01/2021). Paciente apta à cirurgia após avaliação anestésica, sendo classificada como ASA II. Hipótese diagnóstica segue como CEC de mucosa jugal (T4AN0M0), sendo a conduta escolhida a indicação de terapêutica cirúrgica.

Paciente então é submetida ao procedimento cirúrgico no dia 08/03/2021. Inicialmente foi submetida a anestesia geral com intubação nasotraqueal esquerda com auxílio do nasofibrobroncoscópio, em decorrência da via aérea difícil (trismo importante). Achado volumoso tumor com epicentro em mucosa jugal, com extensão à comissura labial direita, corpo de mandíbula, palato mole, assoalho de boca, maxila e espaço mastigador ipsilateral. Conduta: Realizada pelviglossomandibulectomia + maxilectomia parcial direita em bloco com esvaziamento cervical direito + reconstrução com retalho miocutâneo (musculo peitoral maior direito), traqueostomia e fechamento por planos.

Paciente retorna no dia 15/03/2021, 6º dia pós operatório, com ferida operatória facial em bom aspecto, sem áreas de necrose ou deiscência, retalho intra-oral com boa vitalidade. Uma nova reavaliação é realizada no dia 22/03/2021, com paciente sem queixas no momento, com boa aceitação a dieta por sonda nasoenterica, eupneica, em uso de traqueo metálica, com oclusão dessa sem intercorrência. Mantem-se febril, com ferida operatória em bom aspecto, sem áreas de necrose, mas presença de deiscência em dois locais com fistula oro-cutânea com secreção amarelada e retalho intra-oral com boa vitalidade. Paciente é então encaminhada a dentista para PDT para tentativa de fechamento de fistula, além do retorno em sete dias. No dia 29/03/2021, paciente retorna em bom estado geral, sem queixas, em tratamento com PDT para fistula orocutânea e, ao exame, diminuição da fistula orocutânea em relação a consulta anterior.

No vigésimo sétimo dia de pós operatório, paciente apresenta fistula orocutânea com diminuição do diâmetro em comparação a ultima consulta. Ao anatomopatológico, pelviglossomandibulectomia: CEC grau II, de 8 cm, com 4,5 cm de profundidade de invasão retirado com margens superior e inferior comprometidas. Ampliação em espaço mastigador com infiltração por CEC retirado fragmentado. EC direito: CEC metastático em 2/18 linfonodos, com extravasamento capsular. Maxilectomia: CEC pouco diferenciado infiltrando tecido ósseo (PT4APN3).

No dia 28/06/2021, paciente apresenta persistência de fistula orocutânea de alto debito em cicatriz cirúrgica à direita. Ela é então submetida ao fechamento cirúrgico pela equipe de cirurgia plástica no dia 24/08/2021 com utilização de retalho regional.

Paciente retorna após fechamento cirúrgico da fistula com retalho regional, com melhora do edema em face, em uso de Nimesulida. No momento da avaliação, paciente se apresentada em bom estado geral e sem queixas. Além disso, apresentou deiscência em região inferior de retalho miocutâneo, pequena serosidade em região temporal.

Curativo local é então retirado. A conduta é antibioticoterapia, retorno em uma semana e seguimento de quadro oncológico.

### 3 DISCUSSÃO

O câncer de pescoço e cabeça se apresenta como o sexto tipo mais comum de quadro oncológico, tendo 600.000 novos casos por ano no mundo. Esses tumores tendem a ter como alternativa terapêutica a cirúrgica. Entretanto, pode causar defeitos significativos nos tecidos moles, pele e ossos. Em consequência disso, a reconstrução desses defeitos após ressecção cirúrgica se faz necessária para minimizar comprometimento funcional, como déficits de fala ou deglutição, e comprometimento estético.<sup>3</sup>

Retalhos e enxertos compõem os dois principais braços da prática da cirurgia plástica, apresentando grande importância para reconstruções.<sup>4</sup> A reconstrução pós ressecção oncológica geralmente demanda grandes áreas a serem cobertas. Assim, muitas vezes, as reconstruções serão amplas, necessitando de grandes volumes de tecido que não podem ser transferidos de áreas próximas ao local onde serão colocados. O músculo peitoral maior aparece, desde o final da década de 70 do século passado, como uma opção para esse tipo de intervenção, devido a possibilidade de reconstrução imediata sem mudança de decúbito, a possibilidade de reconstrução tridimensional, por pode ser usado para substituição tanto de pele quanto de mucosa, por apresentar várias camadas de tecido e também pela segurança circulatória.<sup>1,2</sup>

O músculo peitoral maior é irrigado pela artéria acromiotorácica e por ramos da artéria mamaria externa, além dos ramos das artérias intercostais, podendo ser empregado em reconstrução de faringe, defeitos ósseos pós ressecção de mandíbula, assoalho da boca, perdas cutâneas da região de face e cervical ou enxertos ósseos. Entretanto, está relacionado a incidência de complicações como deiscências (13 a 25%), infecções (5%), fístulas (13,5 a 33%), hematomas (2,7%) ou perdas parciais ou totais do retalho (1,5 a 8,3%).<sup>1,2,5</sup>

Dentre as complicações, vale ressaltar a possibilidade de transferência de uma área coberta por pelos na reconstrução da cavidade oral em pacientes do sexo masculino e as consequências estéticas na região da mama para pacientes do sexo feminino. Assim, para melhor evolução estética, a incisão inframamária se apresenta como melhor estratégia.<sup>5</sup>

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ainda que ocorram complicações e, mesmo com novas e bem sucedidas técnicas para reconstrução após ressecção oncológica de cabeça e pesco, o retalho miocutâneo do musculo peitoral maior ainda se apresenta como importante estratégia para aqueles profissionais que se encontram diante de casos de alta complexidade ou sem ter muitas vezes chance de planejamento cirúrgico prévio.

## REFERÊNCIAS

1. Lima, Vinicius Silva; Pruinelli, Raul; Gava, Vinicius Grando; Silva, Vinicius Lopes. Retalhos miocutâneos de músculo peitoral maior: resultados e complicações em uma série de 116 casos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(3): 484-9. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcp/a/NW5rfGvtBHNhhnfNxKv5X5G/?lang=pt&format=pdf>> Acessado em outubro de 2021
2. Medeiros WS. Reconstrução de face com retalhos de pedículos subcutâneos nas ressecções tumorais. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2013;28(3):26. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/1308/reconstrucao-de-face-com-retalhos-de-pediculos-subcutaneos-nas-resseccoes-tumorais>> Acessado em outubro de 2021
3. Liang J, Yu T, Wang X, Zhao Y, Fang F, Zeng W, et al. Free tissue flaps in head and neck reconstruction: clinical application and analysis of 93 patients of a single institution. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018; 84:416-25. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjorl/a/xB8wDddxYVQhfx5sknFvjPP/?lang=pt>> Acessado em outubro de 2021
4. Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatologica. Disponível em: <<https://www.sbcd.org.br/procedimentos/cirurgicos/enxertos-e-retalhos/>> Acessado em outubro de 2021.
5. Dedivitis, Rogério A. O retalho músculo-cutâneo do peitoral maior na reconstrução do câncer de cabeça e pescoço. Sociedade Iberoamericana de Informacion Cientifica. Junho 2021. Disponível em: <<https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/20014>> Acessado em outubro de 2021.