

COMO EU FAÇO

Tratamento cirúrgico do câncer de mama invadindo a parede torácica: reconstrução da parede torácica em três camadas

Surgical treatment of breast cancer invading the chest wall: reconstruction in three layers

Wilmar José Manoel¹

Descritores

Neoplasias da mama
Parede torácica
Reconstrução

Keywords

Breast neoplasms
Chest wall
Reconstruction

RESUMO

Apesar dos avanços no rastreamento e no diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda há muitos casos dramáticos de tumores localmente avançados, ou de recidivas tumorais locorregionais, que exigem grandes ressecções cutâneas e, em alguns casos, até ressecções do gradil costal e do esterno. O autor descreve uma técnica pessoal de reconstrução da parede torácica baseada em confecção de uma tela com fios de aço, uma tela de polipropileno e uma cobertura com retalhos musculares ou miocutâneos.

ABSTRACT

Eventhough the advances in screening and early diagnosis in breast cancer, there are a lot of dramatic cases of locally advanced tumors and locorregional recurrences that demands great resections of the skin and in some cases the resections of the chest wall and the sternum. The author describe a personal technique of the chest wall reconstruction based upon the confection of a net of steel stitches, polypropylene mesh covered by muscular or myocutaneous flaps.

Trabalho realizado na Instituição Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

¹Serviço de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Wilmar José Manoel – Serviço de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge – Rua 239, 181 – Setor Universitário – CEP 74605-050, Goiânia (GO), Brasil – E-mail: wilmarcebrom@gmail.com

Conflito de Interesse: nada a declarar.

Recebido em: 21/02/2015. **Aceito em:** 23/02/2015

Apesar dos avanços no rastreamento e no diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda há muitos casos dramáticos de tumores localmente avançados, ou de recidivas tumorais locorregionais, que exigem grandes ressecções cutâneas e, em alguns casos, até ressecções do gradil costal e do esterno. Infelizmente, isto ainda é relativamente comum em países em desenvolvimento, como o Brasil, especialmente no sistema público de saúde¹.

Em casos de pacientes com múltiplas metástases sistêmicas, com más condições clínicas, com baixo *performance status* e com mau prognóstico a curto prazo, a cirurgia pode ter sua indicação questionável. Porém, a maioria das pacientes pode se beneficiar de uma conduta cirúrgica mais agressiva, mesmo que seja por questões higiênicas e de qualidade de vida. Há algumas evidências de que mesmo as pacientes metastáticas possam apresentar melhora na sobrevida quando fazem adequadamente o tratamento locorregional².

Existem diversas técnicas para a reconstrução da parede torácica, desde algumas bem simples, utilizando-se de tecidos locais, como às mais complexas, através de retalhos miocutâneos pediculados ou microcirúrgicos. As técnicas mais comumente empregadas para o fechamento de partes moles em casos extremos são os retalhos miocutâneos, como os do músculo reto abdominal ou grande dorsal. Mas as indicações são muito variáveis e ocorrem de acordo com a extensão do defeito, a disponibilidade de área doadora, as comorbidades, as cirurgias torácicas e abdominais prévias, as preferências e a experiência pessoal do cirurgião^{3,4}.

As recidivas locais após a mastectomia costumam ter um impacto negativo na sobrevida das pacientes e costumam estar associadas a metástases à distância. Geralmente, são decorrentes de tumores localmente avançados ou são indícios de uma biologia tumoral agressiva. Com frequência, o tórax já foi irradiado e a pele apresenta pouca elasticidade, fibrose, endurecimento e maior risco de sofrimento vascular em casos de grandes descolamentos. De qualquer modo, se for possível ressecar a lesão com margens amplas, é possível conseguir, muitas vezes, um controle local adequado, o que pode se traduzir em melhor qualidade de vida ou mesmo em maior sobrevida².

A recidiva na parede torácica é mais comum em pacientes que se submetem a mastectomia como tratamento inicial para câncer de mama, devido à doença mais avançada. Nessa situação, a recorrência locorregional é mais frequente nas proximidades das costelas e do esterno, devido às perdas teciduais decorrentes da mastectomia⁵.

Alguns tumores apresentam uma limitada tendência para a disseminação hematogênica e linfática, apresentando, então, uma maior agressividade local antes de metastatizar. Nesses casos, a ressecção de toda a espessura da parede torácica, com reconstrução, representa o padrão-ouro de tratamento para este subgrupo de pacientes. O objetivo primário da ressecção da parede torácica é alcançar o controle local paliativo da doença em longo prazo e a cura em um pequeno grupo selecionado de pacientes^{5,6}.

Os defeitos gerados pela ressecção da parede torácica requerem reconstrução quando promovem instabilidade respiratória, o que inclui a ressecção de 3 ou mais arcos costais, ressecção parcial ou total do esterno e defeito maior do que 5 centímetros de diâmetro⁷.

A escolha dos materiais envolvidos na reconstrução dependerá das propriedades do material utilizado, tais como a durabilidade, a disponibilidade, a adaptabilidade, a não reatividade e a resistência à infecção⁸.

A lista de próteses inclui materiais haloplásticos, como hastes de aço, titânio, lucite, fibra de vidro; e materiais sintéticos, como tela de polipropileno (prolene), tela de poliglactina (vicryl), goretex, nylon, silicone, teflon, acrílico e o silastic. A técnica mais utilizada para a reconstrução do esterno é o *composite*, ou seja, uma espécie de “sanduíche” usando uma tela de polipropileno associada ao metilmetacrilato⁸.

A técnica pessoal de reconstrução da parede torácica, em três camadas, é apresentada através das Figuras 1 a 6. Nela, as estruturas ósseas remanescentes são perfuradas. Na sequência, é tecida uma tela com fios de aço 2-0 (Figura 3). Após a estabilização desta primeira camada, é feita uma segunda, utilizando-se uma tela sintética, geralmente de polipropileno (Figura 4). A seguir, a tela é coberta por um retalho dermogorduroso, miocutâneo ou muscular regional (Figura 5). Essa técnica em três camadas gera grande estabilidade da parede torácica⁹.



Figura 1. Paciente de 54 anos apresentando uma recidiva linfonodal da cadeia mamária interna, com invasão do esterno e de alguns arcos costais, após sete anos de uma mastectomia radical e reconstrução imediata com o grande dorsal

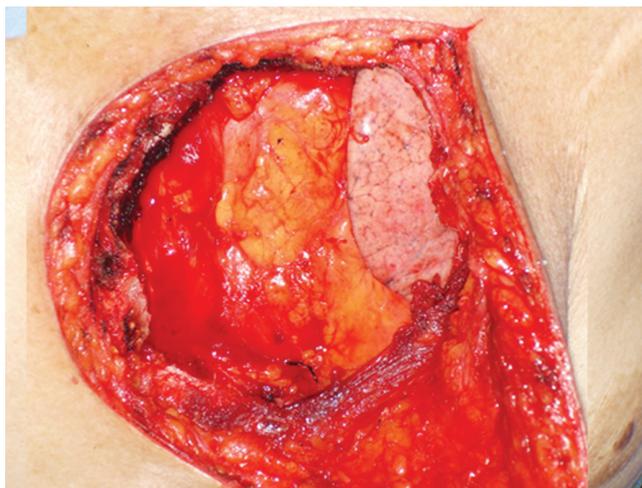


Figura 2. Toracectomia incluindo a ressecção parcial do esterno e de três arcos costais

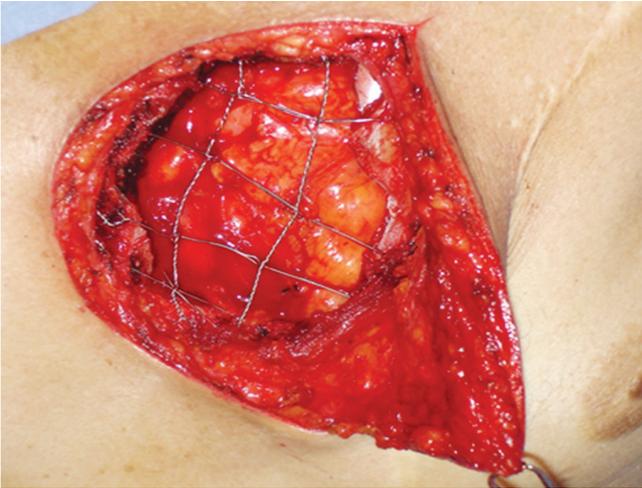


Figura 3. Confeção da primeira camada da reconstrução com fio de aço 2.0

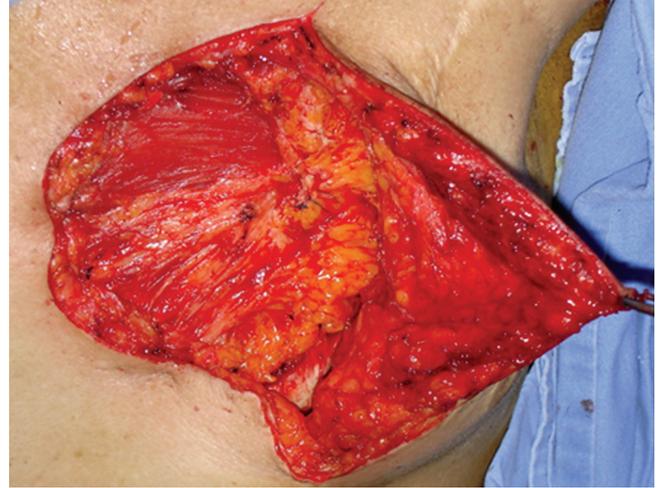


Figura 5. Sutura do músculo peitoral maior sobre a tela de prolipipileno formando a terceira camada

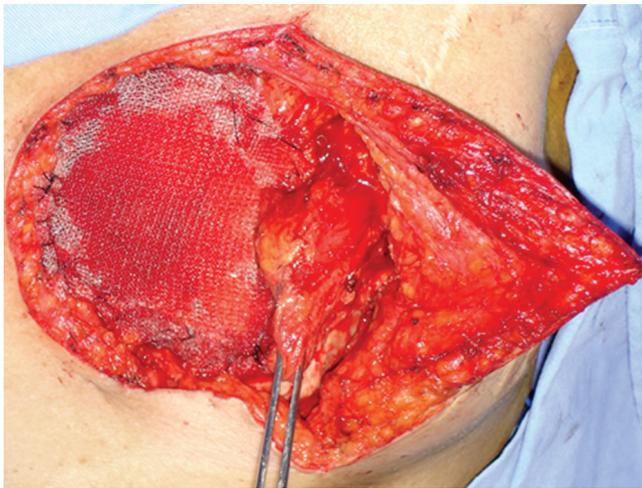


Figura 4. Colocação da tela de prolipipileno para a confecção da segunda camada



Figura 6. Aspecto final após a sutura da pele com pontos intradérmicos

Referências

- Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NM, De Oliveira JC, Silva CM. [Temporal evolution of breast cancer stages in a population-based cancer registry in the Brazilian central region]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(5):219-23.
- Ruiterkamp J, Voogd AC, Bosscha K, Tjan-Heijnen VC, Ernst MF. Impact of breast surgery on survival in patients with distant metastases at initial presentation: a systematic review of the literature. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;120(1):9-16.
- Bakri K, Mardini S, Evans KK, Carlsen BT, Arnold PG. Workhorse flaps in chest wall reconstruction: the pectoralis major, latissimus dorsi, and rectus abdominis flaps. *Semin Plast Surg.* 2011;25(1):43-54.
- Clemens MW, Evans KK, Mardini S, Arnold PG. Introduction to chest wall reconstruction: anatomy and physiology of the chest and indications for chest wall reconstruction. *Semin Plast Surg.* 2011;25(1):5-15.
- Santillan AA, Kiluk JV, Cox JM, Meade TL, Allred N, Ramos D, et al. Outcomes of locoregional recurrence after surgical chest wall resection and reconstruction for breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(5):1322-9.
- Faneyte IF, Rutgers EJ, Zoetmulder FA. Chest wall resection in the treatment of locally recurrent breast carcinoma: indications and outcome for 44 patients. *Cancer.* 1997;80(5):886-91.
- Pameijer CR, Smith D, McCahill LE, Bimston DN, Wagman LD, Ellenhorn JD. Full-thickness chest wall resection for recurrent breast carcinoma: an institutional review and meta-analysis. *Am Surg.* 2005;71(9):711-5.
- Manoel WJ, Sarmiento BJQ, Júnior LPS, Paula AAP, Pereira RJ, Paula CI, et al. A new chest wall reconstruction: a three-layer technique. *Applied Cancer Research.* 2008;28(1):24-8.
- Manoel WJ, Paula CI, Conti RCD, Batista DC, Aidar S. Recidiva local de câncer de mama: ressecção de parede torácica com nova técnica de reconstrução. *Rev Bras Mastologia.* 1996;6:80-5.