

A CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA EM ONCOLOGIA

J. MÁRIO REGO, JOSÉ ROSA

Unidade de Cirurgia Plástica. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Lisboa

RESUMO

Os autores são membros de um Departamento cirúrgico num hospital central especializado no tratamento do cancro (Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil, Lisboa) e apresentam a sua experiência como cirurgiões plásticos e reconstrutivos, dando particular destaque às possibilidades reconstructivas actuais, quer sejam imediatamente após a cirurgia de exérese ou em diferido. É principal objectivo oferecer a melhor qualidade possível avaliada pelos parâmetros de mortalidade, morbilidade e qualidade de vida. A generalidade dos pacientes sujeitos às diferentes formas de terapêutica oncológica, é submetida a decisão multidisciplinar.

SUMMARY

Plastic and Reconstructive Surgery in Oncology

The authors are members of the surgical staff of a central hospital specialized in the treatment of cancer (Portuguese Institute of Oncology - Francisco Gentil, Lisboa). They present their experience as plastic and reconstructive surgeons, mostly in the use of current reconstructive possibilities, after excision surgery or in a later phase. The aim is to offer the best quality available, which is evaluated by morbidity, mortality and quality of life. Most of the patients are subjected to different series of oncologic therapy, which is submitted to a multidisciplinary decision.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Plástica está associada desde os seus primórdios à reconstrução das deformidades e disfunções, provocadas pela doença neoplásica.

Em 1951, um trabalho sobre dissecação do pescoço, de que era autor principal Hayes Martin, dava uma ideia da crescente importância da cirurgia, no tratamento dos tumores da cabeça e pescoço, quer ao nível do tumor, quer ao nível dos gânglios no pescoço.

A variedade dos defeitos, aliada a complexidade das funções a restaurar, colocam ao cirurgião plástico um amplo espectro de desafios cirúrgicos, implicando um profundo conhecimento das técnicas, e apurado senso profissional, para adequar a *melhor* opção ao caso clínico em causa.

Em 1971 no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Conde afirma na sua introdução ao regulamento do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, que *é indispensável actuar informados pela mentalidade e mesmo com experiência dos métodos de Cirurgia Plás-*

tica Geral. O mesmo autor afirma que na década de 80 estamos a avançar na convergência necessária das várias especialidades.

A reconstrução de defeitos relativos ao tratamento do cancro, de modo integrado multidisciplinar tem metodologia bem definida nas várias regiões anatómicas.

Entre nós, há mais de três décadas, se têm vindo a aplicar na Cirurgia Oncológica da Cabeça e Pescoço, a metodologia da cirurgia Plástica e Reconstructiva, desde os clássicos retalhos tubulares, mais recentemente os retalhos miocutâneos e retalhos livres microvasculares.

Pela importância da aparência facial, os pacientes devem beneficiar das técnicas reconstructivas adequadas ainda que por vezes complexas. A qualidade do resultado é a única medida do sucesso. Apenas nas situações em que o paciente está condenado a uma vida de reclusão pela sua idade ou coexistência de outras doenças, ou quando a doença tem mau prognóstico se devem evitar as reconstruções complexas.

A metodologia reconstructiva a aplicar em cada região

anatômica da Cabeça e Pescoço é seleccionada em conjunto com o cirurgião oncológico e com os outros especialistas que trabalham nesta área de acordo com as grandes zonas de que se destacam: a região órbito-palpebral, o 1/3 médio da face, a cavidade oral, as vias aéreas e digestivas superiores. Como principais objectivos destacam-se: A restituição da integridade possível de modo a preservar a aparência: protecção de estruturas nobres como globo ocular, vasos e nervos importantes; preservar as estruturas fundamentais que permitam a fala, a deglutição e a permeabilidade respiratória. Entende-se que é ideal um só tempo cirurgico. As reconstruções diferidas têm indicações raras, e o delay dos retalhos está praticamente em desuso.

RECONSTRUÇÃO DO ESCALPE E CRÂNIO EM GERAL

Quando a perda cutânea é menor que 3 a 4 cm, o encerramento directo é possível. Se superior aquele valor recorre-se à utilização de retalhos locais, englobando a pele, tecido celular sub-cutâneo e gália, baseados em eixos vasculares conhecidos, únicos ou múltiplos, e cujo planeamento permite um encerramento sem tensão. Os retalhos tipo Orticocheia, têm uma enorme aplicação nas lesões mais extensas e situadas na região central e posterior do crânio. Excepcionalmente recorre-se a retalhos à distância e a retalhos livres, sendo de realçar no primeiro caso, o retalho musculocutâneo do grande peitoral para as lesões parieto temporais, do grande dorsal e trapézio para as posteriores e superiores, com algumas limitações nesta última localização.

A experiência com retalhos livres de epiplon, grande dorsal ou radial é ainda limitada. Os enxertos são limitados às zonas dadoras que não foi possível encerrar; mas o recurso à expansão dos tecidos e posterior adaptação à área cruenta é uma técnica de uso frequente.

A reconstrução óssea é sempre que possível efectuada com enxertos ósseos (costela, ilíaco, crânio).

DEFEITOS DA BASE DO CRÂNIO

A frequência de lesões neoplásicas do maxilar, seios perinasais, parótida e tecidos moles da região facial média, bem como a sua agressividade, colocam, pelas extensas ressecções que condicionam, problemas específicos de reconstrução. A invasão tumoral da chamada zona I de Jackson e Hide, região fronto-orbitária, seios etmoidais, lâmica cribiforme, dura e lobos frontais, uma vez ressecada facilita a proximidade potencialmente continuadora da faringe e seios perinasais com a *dura mater* e o conseqüente desenvolvimento de meningites

ascendentes de repetição que agravam o prognóstico.

O recurso, de entre outros, ao retalho de gália dependente da artéria temporal superficial, permite-nos interpor uma barreira bem vascularizada entre as duas áreas, protegendo eficazmente a segunda e devido às suas potencialidades selar alguns defeitos da dura e o conseqüente escape de LCR².

A utilização do retalho muscular do temporal mais lateral mas com maior volume, ajuda na conformação externa de algumas regiões anatómicas.

A utilização de retalhos musculocutâneos pediculados ou livres é encorajada sobretudo ao nível das regiões parótida e facial média, em que há uma perda cutânea extensa e uma necessidade de volume para cumprir alguns objectivos estéticos.

O retalho do grande peitoral e grande dorsal na forma pediculada, ou o recto abdominal e escapular na forma livre são bons exemplos de soluções cirúrgicas. Estes últimos, devido às suas potencialidades permitem uma reconstrução tridimensional de uma área particularmente difícil, a região maxilar superior.

EXPANSORES DE TECIDOS E RECONSTRUÇÃO NASAL

O cirurgião plástico e reconstructivo sempre se viu confrontado com a falta de tegumentos. E sempre procurou soluções que passavam pelo uso de enxertos ou retalhos, com limitações importantes de que se destaca a coloração e textura pouco aceitáveis para os enxertos e as sequelas nas zonas dadoras dos retalhos.

Rasppard (1988) usou o expansor na frente para reconstrução nasal total. O retalho expandido ao longo de 4 a 6 semanas, fica assim adaptável para revestimento nasal, além de permitir o encerramento directo na zona dadora. Deu-se, assim, um grande passo para minimizar a sequela estética na frente. No entanto, a retracção que se verifica no retalho, vem pôr em destaque a fragilidade do método. Para ultrapassar esta dificuldade, durante algumas semanas, o retalho a usar não deve sofrer qualquer sofrimento, nem mesmo o *fisiológico*, de um expansor.

Desde 1988, sempre que pretendemos dispor de um retalho frontal para reconstrução nasal, usamos a expansão intra-operatória.

O sofrimento induzido nos retalhos a expandir ao longo de 30 a 60 minutos, é aparentemente exagerado e apesar de tudo não temos tido necroses nos retalhos e a qualidade da cicatriz da sutura é boa, o que nos leva a concluir que não há retracção posterior.

A aplicação dos mesmos princípios noutras regiões anatómicas, não se revela de igual qualidade do ponto de

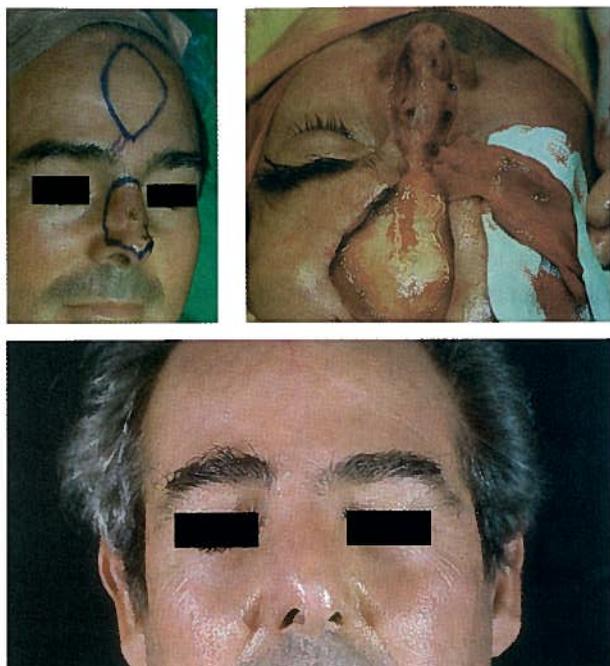


Fig. 1 - a) Tumor do nariz. b) Retalho frontal. Encerramento da zona dadora após expansão intraoperatória. c) Retalho adaptado ao nariz e aspecto da zona dadora.

vista estético, isto é, a cicatriz alarga.

Aparentemente a qualidade da derme e o músculo frontal subjacente terão a este nível propriedades particulares que contribuem para essa estabilidade.

Stricker 1994 a propósito da reconstrução nasal total admite que esta exige a quase totalidade da frente, pelo que não faz sentido o uso de expansão, já que para reconstruir o defeito da zona dadora é melhor enxertar a totalidade da frente do que 2/3. Temos opinião diferente. A reconstrução nasal exige 40 a 50 cm² de tecido de revestimento, ora a frente tem cerca de 140 cm². Estaremos assim numa posição e, isto é, disponibilizamos 1/3 e deixamos 2/3 da totalidade da frente. As razões que levam a não fazer expansão programada na frente para reconstrução nasal, são apenas por não ser necessária nem útil.

RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL

As técnicas reconstrutivas de defeitos da espessura total das pálpebras tem vindo a evoluir sendo hoje possível obter resultados mais perfeitos com menos tempos operatórios. A complexidade funcional e estrutural das pálpebras, em particular da superior, levou a que esta fosse durante muito tempo reconstruída à custa da inferior, pois parecia ser a única solução eficaz.

Contudo, recentemente, Micali³ referiu o uso de um retalho da espessura total da asa do nariz, isto é cutâneo-condro-mucoso, que permitia, num só tempo reconstruir as três camadas da pálpebra. Se bem que os resultados

não fossem de grande qualidade, este método teve o mérito de criar um novo retalho com bases vasculares bem definidas, o que permitiu a Scuderi e Rubino em 1994 planearem o mesmo retalho, mas apenas com mucosa e cartilagem. Surge assim o retalho condro-mucoso em ilha, baseado na artéria nasal externa, um ramo terminal da artéria oftálmica.

Os resultados apresentados por estes autores, constituíram para nós um estímulo ao uso da técnica, a que acrescentamos um pequeno refinamento que nos permite ultrapassar a dificuldade de tolerância da mucosa nasal pelo globo ocular. Em vez de um retalho condro mucoso, planeamos um retalho portador de cartilagem, revestida de um e outro lado por pericondrio. Esta modificação dá-nos uma nova pálpebra que tem todas as vantagens do método descrito por Scuderi, a que se junta a excelente tolerância do globo ocular à nova pálpebra, já que o pericondrio é revestido por epitelização a partir do fundo de saco conjuntival⁴.

RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR

A grande incidência de tumores da cavidade oral e da região mandibular com extensão óssea, propiciam um manancial de casos que constituem um desafio permanente à sagacidade e engenho do Cirurgião Plástico.

É presentemente uma área onde a evolução técnica tem permitido um alargamento dos critérios de operabilidade, e ao mesmo tempo a melhoria da qualidade de vida dos doentes, mesmo sabendo que mais de 50% não sobrevivem cinco anos.

Sempre que possível é desejável reconstruir a mandíbula imediatamente após a ressecção cirúrgica, pelas vantagens resultantes da menor deformidade funcional e estética. A qualidade dos tecidos é melhor e os fenómenos de fibrose e distorção cicatricial das partes moles não se fazem sentir. O encerramento de feridas operatórias é facilitado e a reabilitação oral pode ser encarada mais precocemente.



Fig. 2 - a) Reconstrução mandibular com placas de titânio e enxerto ósseo. b) pós-operatório.

A restauração da continuidade e contorno ósseo, sobretudo no arco anterior previne alterações funcionais graves bem como deformidades faciais importantes.

A reconstrução das partes moles ressecadas por segurança oncológica, e que envolvem áreas funcionalmente tão delicadas como a língua, pavimento bucal, mucosa oral e pele, cria uma dificuldade adicional que deve ser ultrapassada com o recurso a tecidos bem vascularizados e adaptados à região anatómica que vão preencher.

As técnicas de reconstrução óssea são fundamentalmente os enxertos não vascularizados de costela, com ou sem cartilagem, do ilíaco e complementados com placas de osteosíntese e retalhos vascularizados, locais ou regionais. Embora as taxas de reabsorção óssea sejam elevadas e o número de complicações significativo, em casos seleccionados, os resultados são particularmente gratificantes.

A reconstrução com placas ou goteiras de titânio é efectuada como alternativa às intervenções mais elaboradas e sob certos condicionalismos, são opções válidas no tratamento destes doentes. Com o objectivo de colmatar o defeito mandibular podem ser associados em enxertos ósseos adaptados e solidarizados entre si, ou preenchidos nos casos das goteiras, com osso esponjoso colhido do ilíaco.⁵

A cobertura com retalhos vascularizados cutâneos ou musculocutâneos é obrigatória numa percentagem elevada de casos. Apesar das limitações nomeadamente nos defeitos do arco anterior, os resultados da reconstrução do segmento horizontal e vertical da mandíbula são muito aceitáveis.

Persistentemente e com ritmo crescente estamos a utilizar retalhos vascularizados microcirúrgicos que representam um avanço substancial em relação às técnicas existentes.

Os mais utilizados são o retalho livre do perónio e o retalho antebraqueal com segmento de rádio.⁶

A reabilitação oral como fim último da reconstrução, só tem sido possível em alguns casos, mas tendencialmente progride-se para esse objectivo com recurso em implantes osteo integrados.

REABILITAÇÃO ORAL E CIRURGICA PRÉ-PROTÉTICA

A cirurgia pré-protética é por vezes considerada como primeiro passo na reabilitação oral de pacientes com uso de próteses. Entendemos que a clínica hospitalar por vezes para um melhor tratamento global dos doentes, necessita do contributo de várias especialidades, sabendo-se que cada uma delas com identidades próprias, podem fazer uso de técnicas muito específicas ainda que aplicadas a uma

mesma região anatómica. Essa relação é frequente entre a cirurgia plástica e a estomatologia sobretudo quando se pratica uma cirurgia oral com uso de técnicas reconstrutivas mais frequentes em cirurgia plástica que de resto faz parte da história das duas especialidades.

Ao uso de implantes osteointegrados do tipo Brånemark que se vinha praticando em Estomatologia, juntamos a nossa colaboração com a aplicação de implantes em titânio autorroscáveis de tecnologia nacional após exérese cirúrgica ou traumática total do pavilhão auricular, para remodelação protética do referido órgão.⁷

RECONSTRUÇÃO NOUTRAS ÁREAS

Apesar do artigo que fomos solicitados a escrever se confine à área da extremidade cefálica, não podemos deixar de fazer uma breve referência à reconstrução pós-cirúrgica tumoral noutras áreas sob o ponto de vista do Cirurgião Plástico num Centro de Cirurgia Oncológica.

RECONSTRUÇÃO DAS PAREDES TORÁCICA APÓS EXÉRESE DE TUMORES

Sendo um capítulo da Cirurgia Plástica em que temos vindo a trabalhar com algum empenhamento, esta área representa para nós um campo onde ainda há muito a fazer.

Para além da cirurgia reconstrutiva mamária, já apresentada por outros colegas, destaca-se pela sua importância a colaboração da cirurgia plástica e reconstrutiva no tratamento dos tumores da parede torácica de grandes dimensões e cuja exérese altera a mecânica ventilatória.



Fig. 3 - Reconstrução mamária pós-mastectomia.

São em geral tumores da parede torácica ou de órgãos vizinhos, em que a seguir à ressecção de extensas áreas musculares e esqueléticas, é necessário recorrer a técnicas reconstrutivas que devolvam à parede torácica a rigidez e cobertura músculo-cutânea adequadas ao defeito. Procedeu-se frequentemente à aplicação de prótese, algumas vezes cimentadas e cobertura com retalhos músculo-cutâneos do grande dorsal e grande recto abdominal.

Num trabalho retrospectivo recentemente efectuado⁸ no Instituto Português de Oncologia (Dep. Cirurgia e Unidade de Cir. Plástica), conclui-se que as ressecções extensas da parede torácica são possíveis com um mínimo de mortalidade e morbidade aceitável recorrendo à utilização de próteses por vezes rígidas e a retalhos miocutâneos.

ASPECTOS RECONSTRUTIVOS NOS MEMBROS

Também nesta área os melhores resultados sobretudo nos sarcomas das partes moles, se podem obter pela conjugação das diversas formas de terapêutica do cancro.

A cirurgia plástica entra com a aplicação de técnicas reconstrutivas habitualmente nos tumores muito avançados em que se pretende preservar o membro ou nos casos de recidiva após cirurgia e radioterapia. Também nalguns casos somos chamados a efectuar algumas reconstruções em pacientes que foram anteriormente submetidos a quimioterapia regional. Esta entidade sendo para nós relativamente nova, encaramo-la agora como qualquer outro problema reconstrutivo, embora apenas fundamentados em dados empíricos.

A cirurgia associada a braquiterapia⁹ sobretudo quando esta é imediata e os tubos condutores têm que ser introduzidos sobre um grande retalho, aproveitando o mesmo acto anestésico, e carregados com Iridium radioactivo passados 3 a 5 dias, tem constituído para nós um desafio interessante em que temos colaborado. Expomos assim alguns retalhos a factores que conhecíamos mal, mas a que nos fomos adaptando com resultados muito bons. Será escassa a importância destes factos para a sobrevivência dos doentes mas não vamos ao ponto de ter a falsa modéstia de dizer que têm pouco significado quanto à qualidade de vida e redução dos custos da terapêutica.

As neoplasias do terço distal dos membros exigem uma ressecção oncológica satisfatória preservando a função e o melhor resultado estético possível.¹⁰

Numa análise retrospectiva recentemente efectuada no Instituto Português de Oncologia (Departamento de Cirurgia e Unidade de Cir. Plástica) entre Janeiro de 1991 e Junho de 1997 registaram-se 78 doentes operados dos quais 47 estavam localizados nos punhos e mãos e 31 na região tibiotársica e pés.

Em 26 doentes houve necessidade de recorrer a técnicas de cirurgia reconstrutiva. As neoplasias ressecadas foram: carcinoma espinocelular em 31 casos, melanoma em 30, sarcoma em quatro casos e carcinoma basocelular em quatro casos. Foram operados neste período seis casos de melanoma localizado à região calcaneana com



Fig. 7 - a) Melanoma do pé. b) Resultado pós-operatório.

uso de retalho sensível plantar interno, como se exemplifica em documentação fotográfica.

Foi possível verificar um seguimento médio dos doentes de 23,7 meses tendo-se verificado uma sobrevivência actuarial aos três anos nos doentes com carcinoma espinocelular de 82,7%, nos com melanoma de 79% e nos com sarcoma de 50%. Um doente faleceu no 1º dia de pós operatório com enfarte do miocárdio e a morbidade foi limitada a perdas parciais de enxertos de pele.

Conclui-se pois que os tumores distais dos membros são uma entidade rara, de resolução frequentemente difícil, em que é necessário recorrer a técnicas diferenciadas e terapêuticas complementares, pretendendo sempre conservar o membro e a sua função sem compromisso do controlo local ou sistémico da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. BOLEÓ-TOMÉ J: State of the Art em Cirurgia Plástica e Reconstrutiva: uma arte em crescimento, 1989; 11:82
2. REGO, J M: Reconstrução da base do crânio com retalho de Galia. Trabalho apresentado no 8º Curso de Cirurgia Oncológica, IPOFG Lisboa, 1997
3. MICALI G, SCUDERI, MOSCHELLA F, SOMA P F: I tumori delle palpebre. Aspetti clinic e terapeutici vol 2 Milano: Bold/A.d.s.r.l. 1990: 107-17
4. ROSA J, Laranjeira A: Refinamentos sobre o retalho condro-mucoso em Ilha da Asa do nariz para a pálpebra. Revista da Soc. Port. Oftalmologia 1997; XXI(2): 5-7
5. REGO J M: Reconstrução Mandibular com placas de titânio. Trabalho apresentado na Reunião Anual ORL, 1994
6. MILLAN G: Retalhos Livres Revascularizados. Trabalho apresentado no 8º Curso de Cirurgia Oncológica, IPOFG Lisboa, 1997.
7. FREITAS E, VAZ M, ROSA J: Implantes do Pavilhão Auricular. Trabalho apresentado nas 3ªs Jornadas Luso-Espanholas de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial. Lisboa, Maio de 1996
8. ABECASSIS N, ROSA J, ORVALHO F, ALMEIDA J M M: Ressecção de tumores da parede torácica. Trabalho apresentado no 18º Congresso Nacional de Cirurgia. Lisboa, Março de 1998
9. ALMEIDA J M M, DAVID P, TRINDADE C, FERREIRA I: Cirurgia e Braquiterapia das partes moles dos membros. Trabalho apresentado no 13º Congresso Nacional de Cirurgia. Lisboa, Março de 1998
10. LIMBERT M, ABECASSIS M, ROSA J, ALMEIDA J M M: Neoplasias do 1/3 distal dos membros. Trabalho apresentado no 18º Congresso Nacional de Cirurgia. Lisboa, Março de 1998