

# RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHO MIOCUTÂNEO PEDICULADO VERTICAL DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL: RELATO DE CASO

## CHEST WALL RECONSTRUCTION WITH PEDICLED VERTICAL RECTUS ABDOMINIS MYOCUTANEOUS FLAP: CASE REPORT

Fernando Luiz Westphal,\* Luís Carlos de Lima,\* José Corrêa Lima Netto,\*\* Ricardo Augusto Monteiro Cardoso,\*\*\* Lincoln José Trindade Martins.\*\*\*\*

### Resumo

O porocarcinoma écrino é um tipo de câncer de pele relacionado às glândulas sudoríparas, tem alto potencial de destruição local e de metástase. Surge da porção intraepitelial da unidade da glândula sudorípara écrina, o acrossíngio. Ocorrem com maior frequência em idosos e mulheres. Esses pacientes geralmente têm tumoração expressa em: cabeça, tronco e membros inferiores. Relatamos o caso de uma paciente de 62 anos que apresentou um tumor na parede torácica, com evolução de dois anos. Esta foi submetida à cirurgia de ressecção tumoral, associada a uma mastectomia parcial. A estética e conseqüentemente a autoestima da paciente podem ser afetadas. Para melhorar sua qualidade de vida, logo após a toracectomia foi realizado um procedimento de reconstrução da parede torácica utilizando-se o método retalho miocutâneo pediculado vertical do músculo reto abdominal.

Palavras-chave: Retalho miocutâneo; Porocarcinoma écrino; Tumor.

### Abstract

The authors describe a patient case report with 62 years old, female, which presented a eccrine porocarcinoma tumor in the chest wall, an area where it seldom happens. When it appears in the chest wall, it may affect the breast and demand treatment that might affect the patient's aesthetics, therefore affecting it self esteem, for example, a partial mastectomy. Shortly after the thoracectomy proceedings, it was performed a chest wall reconstruction utilizing a pedicled vertical rectus abdominis myocutaneous flap (VRAM) as a method for this case.

Keywords: Myocutaneous flap; Eccrine porocarcinoma; Tumor.

### Introdução

Os tumores de parede torácica são pouco frequentes com incidência de 5%.<sup>1</sup> Podem se originar de vários pontos, considerando que qualquer um dos componentes que formam

a parede torácica, nervos, músculos, tecido conjuntivo, entre outros, pode dar origem a neoplasia nessa área.<sup>1</sup> Esse tipo de lesão tem pico de incidência na quarta ou quinta décadas da vida e o índice de metástase atinge com maior frequência os pacientes na faixa etária

\* Professor-adjunto da Universidade Federal do Amazonas.

\*\* Médico assistente do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

\*\*\* Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

\*\*\*\* Acadêmico de Medicina da Universidade Nilton Lins.

Instituição em que o trabalho foi realizado:

Universidade Federal do Amazonas - Departamento de Clínica Cirúrgica

acima de 50 anos.<sup>2</sup> O presente estudo de caso relata a história de uma paciente com neoplasia de parede torácica, com reconstrução fazendo uso do retalho miocutâneo pediculado vertical do músculo reto abdominal (VRAM) da parede torácica.<sup>2</sup>

## Relato de Caso

A paciente relata crescimento de tumoração em parede torácica anterior com dois anos de evolução, sendo que nos últimos meses notou um escurecimento da lesão acompanhado de extravasamento de secreção com odor característico.

Ao exame físico percebeu-se lesão ulcerada localizada em terço superolateral anterior esquerdo, 7,0 cm de diâmetro, com área de necrose central e drenagem constante de secreção enegrecida (Figura 1). O rastreamento

de metástase a distância foi negativo.

A tomografia computadorizada do tórax no pré-operatório revelou tumoração de parede torácica, comprometendo o TCS e músculos, entretanto sem comprometer o arcabouço da parede torácica. Os exames pré-operatórios cardiológicos e de prova de função pulmonar foram permissivos para a cirurgia proposta.

A paciente foi submetida à toracectomia interessando pele, TCS, musculatura peitoral maior e menor, em monobloco, e com margem de segurança oncológica (Figura 2). A reconstrução da parede torácica foi realizada com a transposição de um enxerto miocutâneo do reto abdominal pediculado e mantido pela artéria epigástrica superior (Figuras 3A e 3B). A parede abdominal foi fechada com tela inorgânica de GoreTex®. A paciente evoluiu no pós-operatório sem complicações.



Figura 1: Lesão vegetante com necrose central na parede torácica anterior esquerda.



Figura 2: segmento de parede costal contendo pele subcutânea m. peitoral maior, menor e gânglio axilar.



Figuras 3A e 3B: Aspecto final do retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal.

## Discussão

O porocarcinoma écrino é um tipo de câncer de pele relacionado às glândulas sudoríparas; tem alto potencial de destruição local e de metástase; representa 0,005% das neoplasias cutâneas epiteliais.<sup>3,4</sup> Surge da porção intraepitelial da unidade da glândula sudorípara écrina, o acrossíngio. Podem ser divididos entre os que têm aparência benigna e os que

não têm nenhuma característica histológica relacionada à classificação benigna. As lesões que caracterizam o PCE medem por volta de 2 cm. Relatos apontam que sua expressão ocorre geralmente na forma de nódulos únicos com extremidades, cor-de-rosa ou eritematosa, cobertas com pele normal, ulceradas ou crostas hemáticas. Podem também ter padrão zosteriforme e aparência em cobblestone. Geralmente assintomáticas, podem apresentar

sangramento, dor e/ou prurido.<sup>5</sup> Possui clínica variada e podem originar metástases para os linfonodos, 20% dos casos, e para órgãos internos, 10% dos casos.<sup>6</sup> Nossa paciente apresentou lesão ulcerada com evolução de dois anos.

A dificuldade para chegar ao diagnóstico do porocarcinoma écrino é baseada na variedade de sua apresentação clínica, que pode variar desde uma pápula de 1,5 cm até uma lesão extensa, com áreas ulceradas e bordas vegetantes.<sup>5</sup> O diagnóstico diferencial considera ceratose seborreica, verruga vulgar, metástase cutânea de neoplasias e outros tumores como Doença de Bowen, melanoma amelanótico, doença de Paget e hidroacantoma simples e carcinomas basocelular e espinocelular.<sup>5</sup>

O diagnóstico definitivo é histológico, no qual existe a presença de grânulos de glicogênio presentes no citoplasma das células tumorais (coloração ácido periódico Schiff -PAS), focos de formação de ductos e a ausência de ceratinização são características inerentes ao diagnóstico diferencial.<sup>7</sup> As células do PCE coram-se com o antígeno carcinoembrionário (CEA), geralmente encontrado no citoplasma das células tumorais e no lúmen das glândulas malignas. Esses achados auxiliam a diferenciação entre os tumores de anexo e carcinomas epidérmicos, que são CEA negativos.<sup>5</sup>

Existem várias possibilidades de reconstrução da parede. No presente caso, a técnica utilizada para efetuar a reconstrução de parede torácica foi o retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal. Considerado uma variação do retalho miocutâneo transverso do músculo reto abdominal (TRAM), o VRAM utiliza como provedor de sangue os vasos epigástricos superiores e inferiores para suportar o enxerto utilizado para corrigir não só defeitos na parede torácica, mas também nas áreas pélvica e perineal.<sup>8</sup>

O retalho miocutâneo pediculado vertical do músculo reto abdominal possui algumas vantagens quando comparado a outros métodos de retalho miocutâneo, como, por exemplo, ao TRAM Livre. O TRAM Livre, bastante utilizado para reconstrução mamária autóloga pós-

mastectomia, não fornece tecido suficiente para cobrir danos com extensão até a axila, braço, ombros ou pescoço pela falta de viabilidade da região IV, tendo em vista sua pouca vascularização.<sup>9</sup> Isso se deve ao fato de que grande parte do enxerto provido pelo TRAM Livre não está localizado diretamente acima do reto abdominal e acaba por ser dependente dos vasos comunicantes perfurantes.<sup>10</sup>

O enxerto do retalho VRAM está posicionado diretamente acima do músculo reto abdominal e é bem irrigado pelos vasos perfurantes<sup>10</sup>. Certos autores relataram o uso do retalho vertical do músculo reto abdominal em 16 casos; dois deles apresentaram necrose superficial e um apresentou perda distal de 2 cm do retalho.<sup>11</sup> No presente estudo, houve pequena necrose do ângulo distal do enxerto.

Outras vantagens são baseadas em: o menor tempo de execução da cirurgia, queda no índice de incidência de hérnias e, geralmente, a fâscia remanescente do reto abdominal é fechada primariamente ou reconstruída com a utilização de tela.<sup>12</sup> Esse procedimento também é utilizado quando se deseja prover pele adicional ou tecido subcutâneo que contenha e leve para área a receber o enxerto seu suprimento sanguíneo.<sup>12</sup>

As desvantagens do procedimento consistem no fato de que caso seja necessária uma reconstrução mamária, podem ocorrer dificuldades do remodelamento. Essa técnica não permite o aprimoramento do contorno abdominal tal qual é permitido pelo TRAM Livre, característica importante que pode afetar a satisfação do paciente com o procedimento.<sup>12</sup> A opção de adotar o tecido autólogo no procedimento é baseada no fato de que a relação do paciente com o seu tecido é melhor do que em relação à prótese. Tanto os retalhos pediculados, como foi o caso, quanto microvascularizados têm boa tolerância à radioterapia, porém essa afeta os resultados estéticos do procedimento.<sup>13-14-15</sup> Outra desvantagem, que também afeta o resultado estético, é a cicatriz na área doadora, que fica em torno de 8 a 11 cm de comprimento.

No caso relatado, a paciente apresentou tumoração no hemitórax esquerdo, a qual foi

removida com margem de segurança, sem prejuízo para função respiratória e nem para função motora. O retalho utilizado é autólogo, bem vascularizado e seguro, proporcionando um resultado satisfatório para a paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Anderson BO, Burt ME. Chest wall neoplasms and their management. *Ann thorac Surg.* 1994; 58: 1774.
2. Burt ME. Primary malignant tumors of the chest wall. *Chest Surg Clin N Am.* 1994; 4: 137.
3. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, Seed PT, McGee PH et. al. Eccrine Porocarcinoma (Malignant Eccrine Porocarcinoma). A Clinicalpathologic Study os 69 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001; 25: 710-20.
4. Shiohara J, Koga H, Uhara H, Takana M, Saida T. Eccrine Porocarcinoma: clinical and pathological studies of 12 cases. *J Dermatology.* 2007; 181: 516-22.
5. Mulinari-Brenner FA, Mukai MM, Bastos CS, Amaral Filho EA, Santamaria JR, Neto JF. Porocarcinoma écrino: relato de quatro casos e revisão da literatura. *An Bras Dermatol.* 2009; 84(5): 519-23.
6. Günhan O, Karshoglu Y, Alömeroglu M, Berberoglu U. Eccrine Porocarcinoma: a case with a obscure primary tumor diagnosed from lymphonode metastasis. *Am J Dermatopathol.* 2007; 29: 176-9.
7. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinopathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol.* 1983; 119: 104-14.
8. Granzow JW, Boyd JB. Grafts, Local and Regional Flaps. In: Siemionow MZ, Eisenmann-Klein M, editors. *Plastic and reconstructive surgery.* 1st ed. London: Springer-Vorlog. 2010. p. 65-87.
9. Grotting JC. The TRAM Flap. In: Hartrampf CR, editor. *Hartrampf's breast reduction with living tissue.* Norfolk, VA.: Raven Press. 1991; 251: 67.
10. Beahm EK, Chang DW. Chest wall reconstruction for malignancies of the breast. In: Singletary SE, Robb GL, Hortobagyi GN, editors. *Advanced Therapy of Breast Disease.* 2nd ed. Shelton, CT. 2004. p. 529-538.
11. Maruyama Y., Onishi K. e Iwahira Y. Reconstruction chest walls with vertical abdominal fasciocutaneous flaps. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1986; 20: 79.
12. Váscões LO, Monteros AEL, De La Torre JL. Reconstruction Of The Breast With Rectus Abdominis Musculocutaneous Flaps: Variations In Design And Useful Technical Refinements. In: Fischer JF, Bland KI, editors. *Mastery Of Surgery.* 5th ed. Philadelphia, PA. Lippincot Williamns-Wilkins; 2004. p. 545-549.
13. Hanks SH, Lyons JA, Crowe J, Lucas A, Yetman RJ. The acute effects of postoperative radiation therapy on the transverse rectus abdominis myocutaneous flap used in immediate breast reconstruction. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000; 47: 1185-1190.
14. Tran NV, Evans GR, Kroll SS, Baldwin BJ, Miller MJ, Reece GP, Rose GL. Postoperative adjuvant irradiation: effects on transverse rectus abdominis muscle flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106: 313-317.
15. Proulx GM, Loree T, Edge S, Hurd T, Stomper P. Outcome with postmastectomy radiation with transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction. *Am Surg.* 2002; 68: 410-413.