

Estratégias na manipulação de ferida extensa e complexa de tórax pós necrose de múltiplos retalhos para cobertura de mastectomia higiênica

Strategies for handling of extensive and complex toracic wound after multiple flap necrosis for hygienic mastectomy coverage

Raissa Barakatt de Figueiredo, Kim Lima Nascimento, Vinicius Nakajima An, José Antonio Cezaretti, An Wan Ching
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

Introdução: Diversos fatores influenciam na evolução pós-operatória de cirurgias reconstrutivas, tais como idade avançada, tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus³⁻⁶. Por outro lado, a técnica cirúrgica e a experiência da equipe são fatores essenciais para um resultado positivo¹⁻³⁻⁶. Na presença de necrose da área submetida a reconstrução, diversas abordagens são possíveis, desde técnicas conservadoras até cirúrgicas, a depender da avaliação individualizada de cada caso. **Objetivo:** Relatar o manejo de caso de necrose extensa de retalho após mastectomia radical higiênica realizada no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" de São Paulo. **Conclusão:** O correto planejamento de qualquer cirurgia reconstrutora é essencial para um bom resultado, a fim de evitar desfechos negativos que coloquem em risco a cirurgia e a vida do paciente.

Palavras-chave: Mastectomia, necrose de retalho, reconstrução de mama, reconstrução de parede torácica

ABSTRACT

Introduction: A variety of factors may influence, in the post op reconstructive surgeries, such as, the greater age, tabagism, obesity, hypertension, and Diabetes Mellitus. On the other hand, the surgery technique and the expertise of the staff, are the key factors for a good prognosis. In the presence of necrosis on the reconstructive site, many methods are available for an approach, from conservative management to invasive measures, such as surgery, depending on the case. **Objective:** report the management of an extensive skin flap necrosis, post radical hygienic mastectomy, performed at the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" de São Paulo. **Conclusion:** The right plan of approach, of any reconstructive surgery is the key for a good prognosis, preventing negative outcomes, for the surgery and life of the patient.

Keyword: Mastectomy, flap necrosis, breast reconstruction, toracic wall reconstruction

Correspondência:

Raissa Barakatt de Figueiredo
E-mail: raissa_barakatt@hotmail.com
Data de submissão: 20/01/2021
Data de aceite: 18/12/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A necrose de retalho é uma complicação temida na evolução pós-operatória de qualquer reconstrução. A sua incidência varia de 1.5% a 41% a depender de inúmeros fatores desde comorbidades à técnica cirúrgica^{1,2-6}. Idade avançada, tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes, entre outras afecções descompensadas, influenciam negativamente na cicatrização do retalho, assim como a presença de cicatriz ou radioterapia prévia³⁻⁶. Idealmente é indicado compensar as doenças antes do procedimento cirúrgico. Caso não haja tempo hábil para esse preparo, deve-se considerar a reconstrução em um segundo momento⁵. Aspectos técnicos devem ser estudados individualmente para um resultado satisfatório, principalmente o tipo de incisão, o volume e extensão da ressecção da mastectomia, o plano de dissecação e a espessura do retalho, a eventualidade de implante de expensor ou prótese e seus respectivos volumes, e a tensão no fechamento da pele^{1,3,5,6}.

A dificuldade da cicatrização pode acarretar longos períodos de manipulação da ferida, necessidade de reoperação, atrasos na terapia adjuvante, risco de infecção, perda de próteses, prejuízo estético e psicológico. Pode levar, muitas vezes ao isolamento social e incremento nos custos totais^{3,5,6}. A necrose pode ser identificada nas primeiras 24 horas com uma área de equimose em torno da incisão, que evolui para escara⁴. O acometimento pode ser classificado pelo “*SKIN score*” quanto à profundidade de A a D (sem acometimento até comprometimento total da espessura da pele), e quanto à superfície de 1 a 4 (sem acometimento, 1-10%, 11-30%, e maior que 30% da superfície da mama). Essa classificação auxilia no seguimento e decisão terapêutica entre conservador e reabordagem cirúrgica^{2,5}.

O tratamento não operatório é baseado em cuidados intensivos com a ferida para cicatrização por segunda intenção, cujo resultado estético é superior ao enxerto

e evita nova exposição a procedimento cirúrgico. São necessárias avaliações e trocas de curativos com diferentes tecnologias e ação antimicrobiana, como alginato de prata, para manter o meio úmido, limpo e com menor proliferação bacteriana. A escarectomia de pequenas áreas pode ser realizada em nível ambulatorial, quando há nítida separação do tecido necrótico do vivo no entorno, permitindo o desenvolvimento de tecido de granulação da base da ferida, contração e reepitelização. Longos períodos podem ser necessários para essa abordagem, e terapias adicionais como curativo sob pressão negativa podem facilitar esse processo e permitir melhores resultados em menor tempo. A oxigenioterapia hiperbárica também tem mostrado resultados a serem avaliados⁴⁻⁶.

A abordagem cirúrgica é indicada aos pacientes que não apresentam evolução favorável de tratamento clínico, ou apresentam necrose extensa acima de 30% da superfície mamária^{3,4}. É indicado o desbridamento cirúrgico e, a depender do caso, é optado entre cicatrização por segunda intenção, resutura primária, cobertura com enxerto, ou confecção de novo retalho⁵.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é relatar a conduta notratamento de um caso de ferida complexa após necrose extensa de múltiplos retalhos de cobertura de uma mastectomia radical higiênica e agrupar conceitos pesquisados e revisados na literatura atual.

RELATO DE CASO

Paciente de 77 anos, diagnóstico de adenocarcinoma lobular de mama direita há 3 anos. Paciente optou inicialmente por não realizar o tratamento. Procurou o Serviço de Mastologia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE

- FMO de São Paulo, devido à piora da lesão com aspecto abscedado (figura 1) associado a sangramento, odor fétido e perda ponderal de 10kg nos últimos 3 meses. Portadora de diabetes mellitus (DM) tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade grau II, desnutrição e tabagismo ativo. Paciente foi internada para compensação clínica e submetida à mastectomia higiênica à direita pela equipe da mastologia. Realizou-se cobertura com diversos retalhos para fechamento do defeito retalho VRAM do reto abdominal, retalho abdominal direito, retalho de deslizamento da mama esquerda e retalho grande dorsal à direita.

A paciente permaneceu em recuperação na unidade de terapia intensiva (UTI) por 7 dias, inicialmente com intubação orotraqueal e drogas vasoativas. Recebeu alta para a enfermaria da mastologia, e teve acompanhamento de equipe de curativos e infectologia para auxiliar o manejo de área de epidermólise e exsudato dos retalhos com aspecto necrótico. Optou-se por tratamento conservador com uso de curativos específicos e antibioticoterapia.

No 27º dia pós-operatório, a equipe da Cirurgia Plástica foi acionada para avaliar a necrose extensa em região de parede torácica direita (figura 2). A paciente apresentava-se séptica, desnutrida e sarcopênica, sem forças para deambular, albumina sérica muito baixa com valor de 0,6g/dL (apesar de ser considerada uma proteína de fase aguda com perda do parâmetro em pacientes sépticos), e extremamente depressiva. O resultado do exame anatomopatológico da lesão confirmava um adenocarcinoma lobular de mama com estadiamento pT4B pNx com margens profundas comprometidas.

Após a devida correção de hidratação, antibioticoterapia, nutrição, reposição de proteínas, oligoelementos, vitaminas e acompanhamento psicológico, foi planejado o início

de tratamento cirúrgico com desbridamento extenso de tecido necrótico e terapia com pressão negativa por 3 ciclos (figura 3). Após 15 dias do desbridamento de necrose e terapia a vácuo, com o leito da ferida limpa e com tecido de granulação adequado, procedeu-se à cobertura com enxertia de pele parcial em MESH e fechamento primário do defeito abdominal com pontos subtotais (figura 4).

A paciente evoluiu com melhora clínica significativa, revertendo o quadro infeccioso, nutricional e psicológico, recebendo alta hospitalar após 10 dias, sem outras intercorrências. Seguiu em acompanhamento ambulatorial com trocas de curativos e evoluiu com cicatrização completa do defeito da parede toracoabdominal (figura 5) e melhora expressiva da qualidade de vida.



Figura 1 - Adenocarcinoma de mama direita abscedado



Figura 2 - Necrose extensa de parede torácica e abdominal após cirurgia reconstrutora de mama direita.

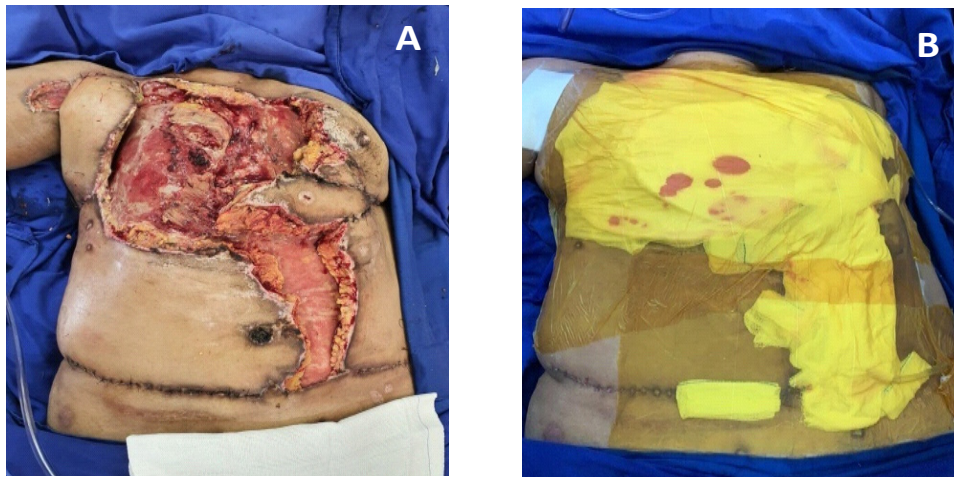


Figura 3 – (A) Desbridamento de escara necrótica em parede torácica anterior direita e abdominal, desbridamento do leito da ferida, reavivamento dos bordos, fechamento primário em área de deiscência em região axilar direita. (B) Confeção de curativo a vácuo adaptado.

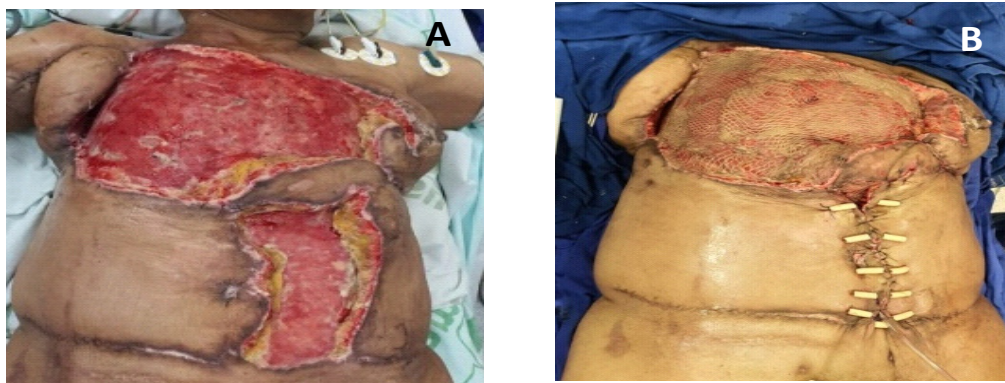


Figura 4 –(A) Aspecto da ferida após 15 dias de terapia por pressão negativa adaptada. (B) Aspecto do pós-operatório imediato da reconstrução por enxertia de pele parcial com técnica MESH e fechamento primário do defeito abdominal com pontos captanados subtotais.

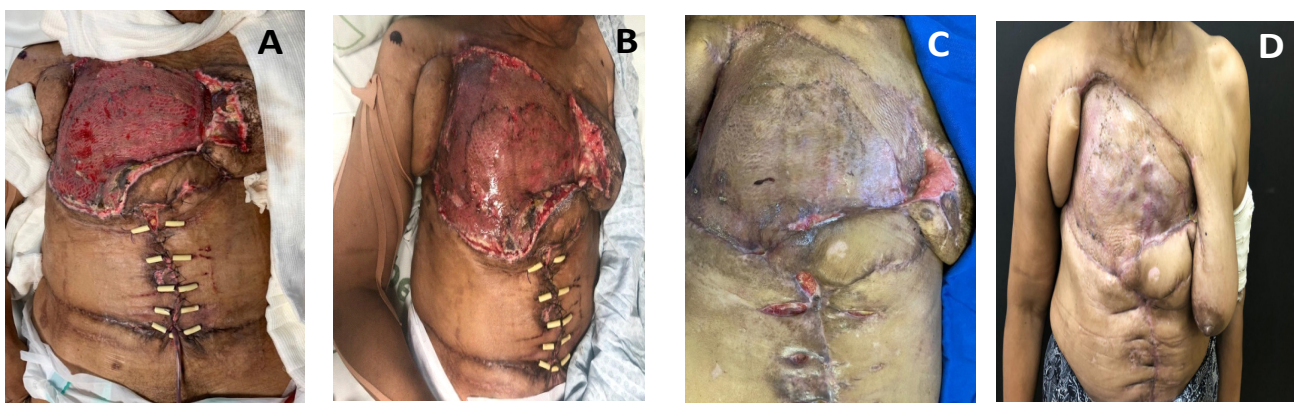


Figura 5 - Aspecto da reconstrução da parede toracoabdominal (A) 5 dias. (B) 10 dias. (C) 2 meses. (D) 4 meses.

DISCUSSÃO

Este caso corrobora com a literatura quanto ao conceito de que comorbidades descompensadas influenciam negativamente a viabilidade e a cicatrização do retalho, como idade avançada, tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes, todos presentes na paciente do relato apresentado³⁻⁶. Outro ponto importante a ser considerado é o aspecto técnico, incluindo

o tipo de incisão, o volume da mastectomia, o plano de dissecação, a espessura do retalho e a tensão no fechamento da pele^{1,3,5,6}.

A abordagem adotada diante da necrose do retalho depende das condições gerais do paciente e da extensão do acometimento. Inicialmente, a equipe da mastologia, optou por tratamento conservador devido à aparente pequena área de necrose inicial, com realização de trocas de curativos com diferentes tecnologias e ação antimicrobiana, em conformidade com a literatura⁴⁻⁶. As medidas não tiveram sucesso e houve piora gradativa do quadro. A extensão da necrose atingiu mais de 30% da parede torácica, que caracterizava uma necrose extensa^{2,5}, cuja abordagem cirúrgica está indicada

por diversas literaturas^{3,4}. A equipe de cirurgia plástica foi acionada e optou por compensação clínica com uso de antibióticos, terapia nutricional, e desbridamento de área de necrose. A terapia com pressão negativa facilitou a manipulação pela equipe médica para a melhora do leito da ferida com maior conforto para a paciente⁴⁻⁶. A área cruenta foi coberta com enxerto de pele parcial expandida em malha 1/3 apenas para melhor índice de integração (*Mesh graft*). Complementarmente, foi associada a sutura primária reforçada e curativo a pressão negativa, pois os retalhos pediculados já haviam sido utilizados na primeira reconstrução que evoluíram com necrose, e o fechamento por segunda intenção levaria maior tempo para cicatrização⁵.

CONCLUSÃO

Deve-se primeiramente planejar e programar qualquer reconstrução, principalmente em pessoas fora das condições ideais, como por exemplo, pacientes infectados, anêmicos, desnutridos e com comorbidades descompensadas. Este relato demonstra exatamente o que a literatura mostra como fatores de risco para necrose de retalho em qualquer que seja a reconstrução. O manejo instituído pelo Serviço de Cirurgia Plástica foi determinante para

a rápida recuperação e desospitalização. Conceitos como o desbridamento agressivo, adequado aporte nutricional, intervenção rápida e atuação de equipe multidisciplinar atuante são imprescindíveis. Vale a pena reforçar a terapia com pressão negativa como ponto auxiliar no conforto dos pacientes e equipes médicas no tratamento de áreas e feridas cruentas e complexas, seja para preparo do leito e para integração de enxertos ou cicatrização de retalhos.

REFERÊNCIAS

1. Khavanin N, et al. Intraoperative Perfusion Assessment in Mastectomy Skin Flaps: How Close are We to Preventing Complications? *J Reconstr Microsurg*. 2019; 35 (7):471-478.
2. Lemaine V, et al. Introducing the SKIN Score: A Validated Scoring System to Assess Severity of Mastectomy Skin Flap Necrosis. *Ann Surg Oncol*. 2015; 22 (9):2925-32.
3. Matsen C, et al. Skin Flap Necrosis After Mastectomy With Reconstruction: A Prospective Study. *Ann Surg Oncol*. 2016; 23 (1):257-264.
4. Patel, K et al. Management of Massive Mastectomy Skin Flap Necrosis Following Autologous Breast Reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*. 2012; 69 (2):139-144.
5. Robertson, S et al. Mastectomy skin flap necrosis: challenges and solutions. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2017;13 (9);141-152.
6. Sue, G et al. Management of Mastectomy Skin Necrosis in Implant Based Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2017; 78, (5 suppl 4):S208-S2.